



Colloque international Sciences sociales et VIH/sida en Afrique subsaharienne Abidjan · 12-14 décembre 2016

Programme et Résumés



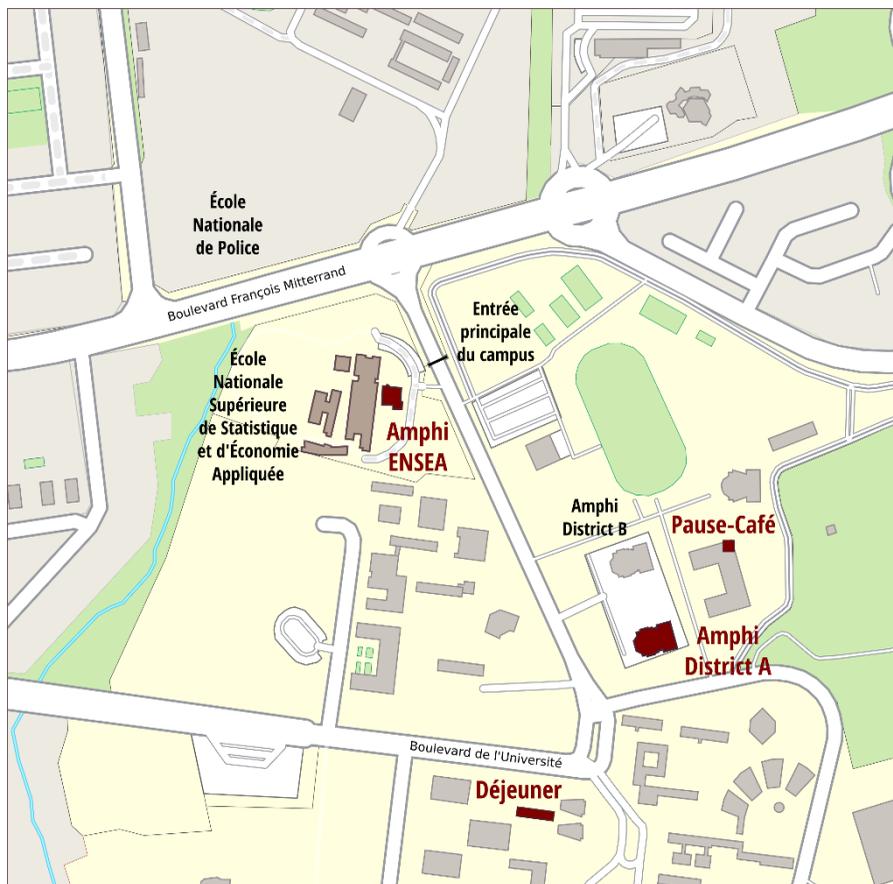
TABLE DES MATIÈRES

Informations pratiques.....	3
Comités	5
Partenaires.....	7
Programme synthétique	9
Lundi 12 décembre 2016	13
Mardi 13 décembre 2016.....	19
Mercredi 14 décembre 2016.....	25
Posters.....	28
Résumés des communications orales	31
Résumés des posters.....	129
Index des participants	159
Contact des participants	167
Notes personnelles.....	175

INFORMATIONS PRATIQUES

Les lieux du colloque

Le colloque se tiendra sur le campus de l'Université Félix Houphouët-Boigny à Cocody Abidjan. Il se déroulera dans l'Amphi District A et l'Amphi de l'ENSEA (voir plan ci-dessous), accessibles facilement à pied depuis l'entrée principale du campus (i.e. l'entrée située près de l'école nationale de police).



Informations pratiques

Venir en taxi

Pour venir en taxi, l'indication la plus simple consiste à demander à être déposé devant l'entrée de l'université de Cocody, près de l'école de police.

Tabac

L'ensemble du campus est non-fumeur.

COMITÉS

Comité scientifique

- » **Parfait D. AKANA**, CODESRIA, Sénégal
- » **Francis AKINDÈS**, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- » **Bouma Fernand BATIONO**, LARISS, Burkina Faso
- » **Charles BECKER**, IMAF, France
- » **Blandine BILA**, IRSS-CNRST, Burkina Faso
- » **Auguste Didier BLIBOLO**, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire
- » **Séverine CARILLON**, IRD Ceped, France
- » **Alice DESCLAUX**, UMI TransVIHMI, CRCF, Sénégal
- » **Annabel DESGRÉES DU LOÛ**, IRD Ceped, France
- » **Jean-Pierre DOZON**, FMSH, France
- » **Fred EBOKO**, IRD Ceped, France
- » **Marc EGROT**, MIVEGEC, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- » **Maurice ENGUÉLÉGUÉLÉ**, IAG, Sénégal
- » **Sylvain Landry FAYE**, Université Cheikh Anta Diop, Sénégal
- » **Dakouri GADOU**, Institut d'ethnosociologie, Côte d'Ivoire
- » **Fatoumata HANE**, Université de Ziguinchor, Sénégal
- » **Mariatou KONÉ**, Ministre de la solidarité, de la cohésion sociale et de l'indemnisation des victimes, Côte d'Ivoire
- » **Estelle KOUOKAM MAGNE**, UCAC, Cameroun
- » **Guillaume LACHENAL**, Université Paris Diderot, France
- » **Frédéric LE MARCIS**, ENS Lyon, Ifé & Triangle UMR 5206, France
- » **Marie-Thérèse MENGUÉ**, UCAC, Cameroun
- » **Philippe MSELLATI**, UMI TransVIHMI, PACCI, Côte d'Ivoire
- » **Olivier NAY**, Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, France
- » **Vinh-Kim NGUYEN**, IHEID, Suisse
- » **Aimé César Maxime OGA**, PACCI, Côte d'Ivoire
- » **Fatoumata OUATTARA**, LPED, France
- » **Khoudia SOW**, CRCF, Sénégal
- » **Bernard TAVERNE**, UMI TransVIHMI, France
- » **Laurence TOURÉ**, Miseli, Mali
- » **Laurent VIDAL**, IRD, Sénégal

Comités

Comité d'organisation

- » **Blandine BILA**, IRSS-CNRST, Burkina Faso
- » **Séverine CARILLON**, IRD Ceped, France
- » **Alice DESCLAUX**, UMI TransVIHMI, CRCF, Sénégal
- » **Véronique DORÉ**, ANRS, France
- » **Dakouri GADOU**, Institut d'ethnosociologie, Côte d'Ivoire
- » **Estelle KOUOKAM MAGNE**, UCAC, Cameroun
- » **Gabrièle LABORDE BALEN**, ANRS, CRCF, Sénégal
- » **Philippe MSELLATI**, UMI TransVIHMI, PACCI, Côte d'Ivoire
- » **Aimé César Maxime OGA**, PACCI, Côte d'Ivoire

Coordination

- » **Anne BEKELYNCK**, PACCI, Côte d'Ivoire
- » **Christophe BROQUA**, UMI TransVIHMI, PACCI, Côte d'Ivoire
- » **Joseph LARMARANGE**, IRD Ceped, France

PARTENAIRES



PROGRAMME SYNTHÉTIQUE

Lundi 12 décembre 2016

8h-8h30 · Amphi District A
Accueil des Participants

8h30-9h15 · Amphi District A · #PL01
Mots d'accueil

9h15-10h15 · Amphi District A · #PL02
Plénière d'ouverture

Pause-café

10h45-12h15 · Amphi District A ·
#SP01
Pratiques thérapeutiques

10h45-12h15 · Amphi ENSEA · #SP02
Stigmatisation et violences

Déjeuner

13h15-14h00 · Amphi District A · #SA01
Rencontre des jeunes chercheur·e·s

14h-16h · Amphi District A · #SP03
Lutter contre le sida

14h-16h · Amphi ENSEA · #SP04
**Allaitement maternel
sécurisé**

Pause-café

16h30-18h · Amphi District A · #SP05
Populations clés

16h30-18h · Amphi ENSEA · #SP06
Vulnérabilités

19h30 Cocktail

Mardi 13 décembre 2016

8h30-10h · Amphi District A · #PL03

Conférence plénière
**« Regards croisés sur l'histoire de la recherche
 et de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire »**

Pause-café

10h30-12h30 · Amphi District A ·
 #SP07
Dépistage

10h30-12h30 · Amphi ENSEA ·
 #SP08
Mobilisations associatives

Déjeuner

13h15-14h00 · Amphi District A · #SA02
Présentation d'ouvrages

14h-16h · Amphi District A · #SP09
Fonds mondial

14h-16h · Amphi ENSEA · #SP10
Du sida à Ebola

Pause-café

16h30-18h · Amphi District A · #SP11
**Enjeux disciplinaires et
 méthodologiques**

16h30-18h · Amphi ENSEA · #SP12
Genre

20h Dîner

Mercredi 14 décembre 2016

9h-10h30 · Amphi District A · #SP13

**Nouveaux enjeux
de la prévention**

9h-10h30 · Amphi ENSEA · #SP14

Enfants et adolescents

Pause-café

11h-12h30 · Amphi District A · #SP15

**L'éthique sous le regard des SHS :
charte ANRS**

11h-12h30 · Amphi ENSEA · #SP16

Mobilités

Déjeuner

13h45-14h30 · Amphi District A · #SA03

Réunion inter-sites ANRS

14h30-16h · Amphi District A · #PL04

Rapports de synthèse

LUNDI 12 DÉCEMBRE 2016

8h30-9h15 · Amphi District A · #PL01

Mots d'accueil

Président de séance : **Raoul MOH**, PACCI

- » ANRS
- » ENSEA
- » Institut d'ethnosociologie
- » IRD
- » PACCI
- » Université Félix Houphouët-Boigny

9h15-10h15 · Amphi District A · #PL02

Plénière d'ouverture

Président de séance : **Raoul MOH**, PACCI

#PL0201 · **Sylvain Landry FAYE**, Université Cheikh Anta Diop

#PL0202 · **Vinh-Kim NGUYEN**, IHEID

Lundi 12 décembre 2016

10h45-12h15 · Amphi District A · #SP01

Pratiques thérapeutiques

Président de séance : **Bouma Fernand BATIONO**, LARISS

#SP0101 · *Depuis le tremplin du sida : rebonds répétés des médicaments néotraditionnels, à la croisée de logiques politiques, économiques, identitaires et sanitaires*

Marc EGROT*

#SP0102 · *Des mères perdues de vue dans les programmes PTME au Burkina Faso au temps de l'option B+ : opinions des soignants*

Alice BILA*, Blandine BILA*

#SP0103 · *Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH : lecture historique et critique de la problématique*

Séverine CARILLON*

#SP0104 · *Démarche thérapeutique et dimension bipolaire du VIH en Côte d'Ivoire : cas de la co-infection VIH/TB dans les CAT d'Adjamé et de Bouaké*

Konan Bah Modeste GNAMIEN*, Blé Marcel YORO, Atta KOUAMÉ

#SP0105 · *Pratique et recherche de la psychologie clinique dans la prise en charge et la lutte contre le VIH/sida : une expérience à Abidjan, Côte d'Ivoire*

Hortense AKA DAGO-AKRIBI*

10h45-12h15 · Amphi ENSEA · #SP02

Stigmatisation et violences

Président de séance : **Dakouri GADOU**, IES – Université Félix Houphouët-Boigny

#SP0201 · *La marginalisation des parturientes atteintes du VIH/sida au Gabon*

Inès Chanchan KOUNBA MOUNGUENGUI*

#SP0202 · *Comprendre la notion de stigmatisation à l'heure de la normalisation du corps chez les PVVIH*

Estelle KOUOKAM MAGNE*

Lundi 12 décembre 2016

#SP0203 · *Stigmatisation des femmes séropositives au Cameroun : de la séropositivité vers les violences basées sur le genre*

Uilrich Inespéré WAFFO*, Gervais **BENINGUISSE**, Willy Adrien **YAKAM YEMTCHOUA**

#SP0204 · *Institution sanitaire publique, orientation sexuelle et discrimination médicale au Cameroun*

Basile NDJIO*

#SP0205 · *Les sites de rencontre pour les minorités sexuelles à Abidjan, Côte d'Ivoire : les implications pour la violence et la prévention VIH/IST*

Matthew THOMANN*

13h15-14h · Amphi District A · #SA01

Rencontre des jeunes chercheur·e·s

Présidentes de séance : **Anne BEKELYNCK**, PACCI et **Lucille GALLARDO**, SOPHIAPOL

Organisé par le **Réseau des Jeunes Chercheur·e·s Sciences Sociales et VIH/sida**

14h-16h · Amphi District A · #SP03

Lutter contre le sida

Président de séance : **Jean-Pierre DOZON**, FMSH

#SP0301 · *Apports des sciences sociales et contraintes de recherche dans un programme interventionnel et multidisciplinaire : 12 années de recherche à partir de la « cohorte ANRS 1215 » au Sénégal (1999-2011)*

Bernard TAVERNE*, Alice **DESCLAUX**, Khoudia **SOW**, Ibra **NDOYE**

Lundi 12 décembre 2016

#SP0302 · *La promotion de la recherche transnationale au Sud : leçons scientifiques et politiques à partir de quelques travaux de l'ANRS (Cameroun, Sénégal). Un New Deal pour l'Afrique ?*

Fred EBOKO*, **Mathias OWONA NGUINI**

#SP0303 · *Une action publique sans entrepreneurs : à propos de la prise en charge des enfants confrontés au VIH/sida au Cameroun*

Larissa KOJOUÉ*

#SP0304 · *Les politiques sociales de lutte contre le sida au Cameroun : de l'impréparation institutionnelle à la démobilisation locale*

Abdoul KADRI*

#SP0305 · *Approche inclusive du VIH/sida dans un contexte de langues bantoues en R.D. Congo et au Mozambique*

Sophie KOTANYI*

14h-16h · Amphi ENSEA · #SP04

Allaitement maternel sécurisé

Président de séance : **Philippe MSELLATI**, UMI TransVIHMI, PACCI

#SP0401 · *L'amnésie de la santé publique : succession des recommandations relatives à l'allaitement pendant la PTME & alimentation de nourrissons de mères séropositives (Ouagadougou)*

Frédéric LE MARCIS*

#SP0402 · *Des méthodes mixtes et géographiques pour caractériser la pratique de l'allaitement sécurisé*

Emmanuel BONNET*

#SP0403 · *Spatialisation des pratiques de soins et VIH : L'accessibilité à la PTME revisitée*

Aude NIKIEMA*

#SP0404 · *Évaluer le jeu différentiel des contraintes à l'allaitement maternel exclusif chez les mères séropositives à Ouagadougou*

Alix Rosemonde Wend-Bénédo TOUGMA*

Lundi 12 décembre 2016

#SP0405 · *Choisir le risque, penser la sécurité dans le contexte de l'allaitement maternel exclusif*

Zenabe KOUMBEM*

#SP0406 · *Les hommes s'impliquent ! Typologie de l'accompagnement masculin des femmes allaitantes avec le VIH*

Christelle KAFANDO*

#SP0407 · *Logique de production des perdus de vue dans la mise en œuvre de la PTME/VIH au Burkina Faso : études de cas en milieu urbain et rural*

Adama TRAORÉ*

#SP0408 · *Éthique et PTME : Perceptions et négociations ?*

Bouma Fernand BATIONO*

16h30-18h · Amphi District A · #SP05

Populations clés

Président de séance : **Lazare SIKA**, ENSEA

#SP0501 · *Atlas du VIH à Abidjan : un exemple d'outil d'aide à la décision dans la mise en œuvre des programmes en direction des populations clés*

Kouamé ABO*, **Fatou Maria DRAMÉ**, **Daouda DIOUF**, **Stefan BARAL**, **Sosthenes KETENDE**, **Abdourakhmane DIA**, **Evelyne-Patrice OBODOU**, **Marguerite THIAM**

#SP0502 · *Apport d'une étude qualitative dans l'identification des déterminants de la non observance thérapeutique chez les usagers de drogues vivant avec le VIH (UDPVVIH) à Abidjan*

Félicien Yomi TIA*, **Charlotte DÉZÉ**, **Stanislas Sonagnon Ahouansou HOUNDJI**, **Julie BOUSCAILLOU**, **Jérôme EVANNO**

#SP0503 · *Doit-on traiter les consommateurs de drogues (héroïne, cocaïne/crack) en Afrique ? Approche socio-anthropologique d'une médicalisation au Sénégal*

Albert Gautier NDIONE*

Lundi 12 décembre 2016

#SP0504 · *Obstacles à l'implication des partenaires réguliers des travailleuses de sexe dans la lutte contre le VIH à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)*

Adjara MILLOGO*, **Abdramane BERTHÉ**, **Blahima KONATÉ**, **Anselme SANON**, **Isidore TRAORÉ**, **Patrice TOÉ**

16h30-18h · Amphi ENSEA · #SP06

Vulnérabilités

Présidente de séance : **Estelle KOUOKAM MAGNE**, UCAC

#SP0601 · *La médicalisation de la PTME : une nouvelle forme de vulnérabilité féminine ?*

Khoudia SOW*, **Alice DESCLAUX**

#SP0602 · *Vivre du VIH/TB ou mourir de la faim : programmes verticaux et production du soin en milieu carcéral*

Simon Patrick AWONDO AWONDO, **Marcel BLÉHOUE**, **Frédéric LE MARCIS***, **Karim TRAORÉ**

#SP0603 · *Les sourds : une population particulièrement vulnérable au VIH en Afrique de l'Ouest*

Anne-Lise GRANIER*, **Pierre DEBEAUDRAP***

#SP0604 · *Santé sexuelle et risque d'exposition au VIH des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : le cas des femmes de Douala et Abidjan*

Anne SUSSET*, **Denise KOLIA***, **Joséphine MANDENG**

#SP0605 · *De la nécessaire prise en compte des besoins en santé sexuelle et reproductive en Côte d'Ivoire des lesbiennes, bissexuelles, queers, transgenres et femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (LBQTFSF)*

Lydet Roland Adolphe OULAYE*

MARDI 13 DÉCEMBRE 2016

8h30-10h · Amphi District A · #PL03

Regards croisés sur l'histoire de la recherche et de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire

Président de séance : **Jean-Marie MASUMBUKO**, PACCI

Projection d'extraits du film « Les Gestes ou la vie » de **Kitia TOURÉ**

#PL0301 · **Jean-Pierre DOZON**, FMSH

#PL0302 · **Annabel DESGRÉES DU LOÛ**, IRD Ceped

#PL0303 · **Toily Anicet ZRAN**, Université Alassane Ouattara

10h30-12h30 · Amphi District A · #SP07

Dépistage

Président de séance : **Marc EGROT**, MIVEGEC, Université Alassane Ouattara

#SP0701 · *Factors affecting the quality of public HIV testing and counseling services in the city of Douala, Cameroon: an exploratory qualitative study*

Patrice NGANGUE*

#SP0702 · *Contexte, expériences et suivi après un dépistage positif des hépatites virales B et C à Yaoundé, Cameroun*

Fanny CHABROL*

#SP0703 · *Du dépistage tout venant au dépistage (très) ciblé du VIH en Côte d'Ivoire : entre optimisation des ressources et remise en cause de l'accès universel au dépistage*

Anne BEKELYNCK*

Mardi 13 décembre 2016

#SP0704 · *Le dépistage du VIH intégré en routine dans les services de soins en Côte d'Ivoire : réalités contemporaines*

Séverine CARILLON*

#SP0705 · *Le sida, paradigme de la transfusion sanguine au Gabon : analyse sociologique du recours au don de sang pour effectuer des dépistages*

Maheba TONDA*

10h30-12h30 · Amphi ENSEA · #SP08

Mobilisations associatives

Présidente de séance : **Fatoumata HANE**, Université de Ziguinchor

#SP0801 · *Les associations burkinabés de lutte contre le sida et la dynamique de la professionnalisation : controverses, enjeux et stratégies d'adaptation*

André SOUBEIGA*

#SP0802 · *Les médiatrices dans la PTME au Burkina Faso : entre engagements et craintes*

Assita GOUO*, Blandine BILA*

#SP0803 · *De la mobilisation à la « participation » des séropositifs béninois aux politiques de lutte contre le sida : mise à distance des logiques militantes et redéfinition des modalités de l'action associative*

Clément SORIAT*

#SP0804 · *Développement de la vie associative au sein des populations clés comme stratégie d'empowerment pour une meilleure santé sexuelle et reproductive : cas des femmes travailleuses du sexe au Bénin*

Fernand Aimé GUÉDOU*, Emmanuelle BÉDARD, Nassirou HOUNSA, Frédéric KINTIN, Georges BATONA, Charles SOSSA, Josèphat AVOCÈ, Adolphe Codjo KPATCHAVI, Michel ALARY

#SP0805 · *Vers un tournant développementaliste du militantisme en faveur de la cause homosexuelle ? Réflexions à partir du cas du réseau Africagay contre le sida*

Lucille GALLARDO*

Mardi 13 décembre 2016

#SP0806 · *Décoloniser la représentation, déconstruire la vulnérabilité : l'engagement associatif des femmes d'Afrique subsaharienne dans la cause du VIH en France*

Marjorie GERBIER-AUBLANC*

13h15-14h · Amphi District A · #SA02

Présentation d'ouvrages

Présidente de séance : **Alice DESCLAUX**, UMI TransVIHMI

14h-16h · Amphi District A · #SP09

Fonds mondial

Présidente de séance : **Saran BRANCHI**, Ambassade de France

#SP0901 · *Gouvernance et sida en Afrique : les instances de délibération transnationale pour l'action publique en Afrique. Le cas des instances de coordination nationale du Fonds mondial (Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun)*

Fred EBOKO*

#SP0902 · *De la gouvernance du sida à travers l'exemple du CCM au Sénégal*

Fatoumata HANE*

#SP0903 · *Le Pefpar au sein du CCM/FM en Côte d'Ivoire : entre collaboration et subordination*

Souleymane KOUYATÉ*, **Anne BEKELYNCK**, **Ranie-Didice BAH**, **Elias GNAGNE**, **Eugénie AGOUA**

#SP0904 · *L'instance de coordination nationale du Fonds mondial (CCM) du Cameroun : sociogenèse et trajectoire d'une institutionnalisation incrémentale*

William TCHUINKAM*

#SP0905 · *Entropie et réceptivité par les associations membres du CCM de la gouvernance du Fonds mondial au Burkina Faso ?*

Anicet KABORÉ*

Mardi 13 décembre 2016

#SP0906 · *Importance des savoirs experts dans l'élaboration des notes conceptuelles déposées au Fonds mondial : l'exemple du Niger*

Stéphanie TCHIOMBIANO*

14h-16h · Amphi ENSEA · #SP10

Du sida à Ebola

Président de séance : **Bernard TAVERNE**, UMI TransVIHMI

#SP1001 · *Les animaux qui défient Dieu : prime étiologie du sida et d'Ebola*

Michèle CROS*

#SP1002 · *Ebola et VIH/sida : similarité des interprétations causales et attitudes et comportements des populations face à Ebola. Le cas de Forécariah en Guinée Conakry*

Djédou Martin AMALAMAN*

#SP1003 · *Du sida à Ebola : regards croisés sur les rumeurs en santé*

Serge Alain Yao N'DA*, **Alex N'GORAN**, **Dyé SOW**, **Jean Vincent KOUA**, **Francis AKINDÈS**, **Marc EGROT**

#SP1004 · *Peur du risque, pratiques soignantes et préjugés pour les personnes souffrantes et les acteurs du care et du cure : du sida à Ebola*

Magne Sandrine Larissa MALAN*, **Arlette N'GUESSAN**, **Fona KONATÉ**, **Pornan DIARRASSOUBA**, **Roseline N'DA**, **Francis AKINDÈS**, **Marc EGROT**

#SP1005 · *Ebola et sida : éclairage contrasté sur les rituels funéraires*

Kouadio Firmin KRA*, **Roseline N'DA**, **Francis AKINDÈS**, **Marc EGROT**

#SP1006 · *Plus ça change, plus c'est la même chose ? Anthropologie et global health, du sida à Ebola*

Frédéric LE MARCIS*

#SP1007 · *Of what is global health the symptom: authorization, value, and anticipation after the new epidemics*

Vinh-Kim NGUYEN*

Mardi 13 décembre 2016

16h30-18h · Amphi District A · #SP11

Enjeux disciplinaires et méthodologiques

Président de séance : **Parfait D. AKANA**, CODESRIA

#SP1101 · *Redefining HIV/AIDS surveillance: participatory surveillance, citizen's activism and HIV/AIDS monitoring in West and Central Africa*

Gabriel BLOUIN GENEST*

#SP1102 · *La participation des communautés à la recherche : un processus de transformation continue*

Vincent DOURIS*

#SP1103 · *Difficultés et leçons apprises pour mener une enquête sur le VIH et la santé sexuelle auprès des personnes handicapées (Étude HandiVIH – ANRS 12302)*

Alice Noël TCHOUMKEU PENDEME*, Pierre DEBEAUDRAP, Gervais BENINGUISSE

#SP1104 · *L'observateur observé : les sciences sociales vues par la recherche clinique*

Xavier ANGLARET*

#SP1105 · *Mémoires du VIH/sida en Afrique : quelques propositions pour un fonds d'archives ouvertes*

Charles BECKER*

16h30-18h · Amphi ENSEA · #SP12

Genre

Présidente de séance : **Blandine BILA**, IRSS-CNRST

#SP1201 · *Le vagin : miroir des inquiétudes sociales face à l'épidémie de VIH/sida*
Francesca MININEL*

#SP1202 · *Les nouvelles stratégies de lutte contre la transmission du VIH se font-elles de nouveau au détriment des femmes ?*

Sophie SERVAIS*, Philippe MSELLATI

Mardi 13 décembre 2016

#SP1203 · *L'autre face du genre : hommes, masculinités et VIH/sida en Afrique subsaharienne*

Christophe BROQUA*

#SP1204 · *Lutte contre le VIH/sida au Tchad : silence masculin, silence de mort...*

Augusta ANATA MAWATA*

MERCREDI 14 DÉCEMBRE 2016

9h-10h30 · Amphi District A · #SP13

Nouveaux enjeux de la prévention

Présidente de séance : **Véronique DORÉ**, ANRS

#SP1301 · *Circoncision masculine et sida en Afrique : épistémologie et sociologie d'une pratique contestable*

Michel GARENNE*

#SP1302 · *Accès à la prophylaxie préexposition (PrEP) en Afrique de l'Ouest : nouvelles questions et enjeux*

Joseph LARMARANGE*

#SP1303 · *La réaction du couple à l'annonce du VIH/sida*

Carole BILOA*

#SP1304 · *De la révélation au secret sur le VIH/sida : vers un changement de paradigme dans la recherche en sciences sociales en Afrique subsaharienne ?*

Julie PANNETIER*

9h-10h30 · Amphi ENSEA · #SP14

Enfants et adolescents

Président de séance : **Philippe MSELLATI**, UMI TransVIHMI

#SP1401 · *30 ans d'infection pédiatrique par le VIH en Afrique, histoire, questions et perspectives*

Philippe MSELLATI*

Mercredi 14 décembre 2016

#SP1402 · *Processus d'information collective des parents/tuteurs et des enfants dans une recherche à l'aide d'un support audiovisuel : expérience de l'étude SNAC'S*

Marie VARLOTEAUX*, **Caroline DESCLAUX SALL**, **Mohamed Lamine Ibrahima SOUANÉ**, **Philippe MSELLATI**, **Sidy Mokhtar NDIAYE**, **Karim DIOP**, **Fatou NIASS**, **Cécile CAMES**

#SP1403 · *Stratégies de prévention du VIH par le dépistage précoce des enfants de 6 à 26 semaines dans les formations sanitaires en Côte d'Ivoire*

Aimé César Maxime OGA*

11h-12h30 · Amphi District A · #SP15

L'éthique sous le regard des SHS : perspectives pour la charte ANRS

Président de séance : **Francis AKINDÈS**, Université Alassane Ouattara

Session organisée par : **Alice DESCLAUX***, **Brigitte BAZIN*** et **Francis AKINDÈS***

Avec la participation de :

Yoro Stéphane-Alain BABO*, **Vincent BASTIEN***, **Marc EGROT***, **Joseph LARMARANGE*** et **Calice TALOM YOMGNE***

11h-12h30 · Amphi ENSEA · #SP16

Mobilités

Président de séance : **Fred EBOKO**, IRD Ceped

#SP1601 · *Migration et VIH : regard des sciences sociales sur la construction politique d'une « population clé »*

Sandrine MUSSO*, **Dolorès POURETTE***

#SP1602 · *Rapports de genre, trajectoires conjugales et révélation du statut VIH aux partenaires de l'Afrique à la France : Résultats de l'étude ANRS-PARCOURS*

Julie PANNETIER*, **Andrainolo RAVALIHASY**, **Annabel DESGRÉES DU LOÛ**

Mercredi 14 décembre 2016

#SP1603 · *Les déterminants de la mobilité des travailleuses de sexe et prévention du VIH au Bénin : ethnographie des sites de prostitution à partir d'une enquête qualitative dans le cadre du projet « Équité en santé »*

Adolphe Codjo KPATCHAVI*, **Michel ALARY**

#SP1604 · *Féminités et VIH : de la vulnérabilité à la maladie comme facteur de mobilité sociale*

Carolina DE ROSIS*

13h45-14h30 · Amphi District A · #SA03

Réunion inter-sites ANRS

Présidents de séance :

Estelle KOUOKAM MAGNE, UCAC et **Bernard TAVERNE**, UMI TransVIHMI

14h30-16h · Amphi District A · #PL04

Rapports de synthèse

Président de séance : **Assemien BOA**, IES – Université Félix Houphouët-Boigny

#PL0401 · **Francis AKINDÈS**, Université Alassane Ouattara

#PL0402 · **Alice DESCLAUX**, UMI TransVIHMI

#PL0403 · **Vincent DOURIS**, Sidaction

#PL0404 · **Fred EBOKO**, IRD Ceped

#PL0405 · **Christine Epse HOUSSOU GONHI**, Réseau Ivoirien des organisations de PVVIH (RIP+)

#PL0406 · **Philippe MSELLATI**, UMI TransVIHMI

#PL0407 · **Khoudia SOW**, CRCF

POSTERS

#P01 · *Dépistage communautaire auprès des homosexuels : une stratégie innovante afin de booster le dépistage et d'atteindre les 90/90/90 d'ONUSIDA*

Franck-Arnaud AMANI KOUADIO

#P02 · *Genre et sexualité : comportements sexuels à risque et facteurs de la vulnérabilité au VIH/sida chez les jeunes à Kinshasa*

Justin BEYA MULUMBA

#P03 · *Contraintes sociales et prolongation de l'allaitement chez les mères vivant avec le VIH au Burkina Faso*

Alice BILA, Blandine BILA

#P04 · *Existe-t-il une continuité spatiale des comportements à risque face au VIH ?*

Fatou Maria DRAMÉ, Daouda DIOUF

#P05 · *Caractéristiques, risques et comportements face au VIH, chez les jeunes âgés de moins de 25 ans et fréquentant les sites de rencontre au Sénégal*

Fatou Maria DRAMÉ, Daouda DIOUF, Mouhamed Ibrahima SY, Ibrahima BA, Nguissali TURPIN

#P06 · *Communauté et amélioration des politiques de santé : de la collecte empirique au rendu scientifique des données de l'accès aux soins*

Paul Patrick ENDELE

#P07 · *La prise en charge hospitalière des PVVIH au Cameroun : expériences et vécus des patients*

Boniface Hervé ESSAMA OWONA

#P08 · *La discrimination et stigmatisation des PVVIH LGBTI*

Edinedi ESSIOMLE

#P09 · *Conceptions populaires sur l'origine de la maladie à virus Ebola au Burkina Faso*

Assita GOUO, Blandine BILA

#P10 · *Difficultés dans le fonctionnement des services PTME au Burkina Faso : analyse anthropologique*

Assita GOUO, Blandine BILA

Posters

#P11 · *L'Observatoire communautaire sur l'accès aux services de santé : une initiative de la société civile pour la promotion du droit des usagers à des soins de qualité dans les centres de santé du Burkina Faso*

Simon KABORÉ, Hamidou OUEDRAOGO, Eugène BAKOUAN, George ROUAMBA

#P12 · *Réflexion sur les enjeux épistémologique et méthodologique de l'approche anthropologique en recherche médicale sur le VIH/sida en contexte africain*

Atta KOUAMÉ

#P13 · *La gestion de la sexualité dans les couples sérodifférents dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : question de littérature et perspectives*

Adjara MILLOGO, Abdramane BERTHÉ, Blahima KONATÉ, Anselme SANON, Isidore TRAORÉ, Patrice TOÉ

#P14 · *Perception et prise en charge de l'infection par le VIH chez les personnes âgées séropositives dans la ville de Bobo-Dioulasso*

Adjara MILLOGO, Abdramane BERTHÉ, Blahima KONATÉ, Isidore TRAORÉ, Patrice TOÉ

#P15 · *Le retour et le temps des acteurs : des enquêtes CAP aux récits biographiques des personnes affectées par le VIH/sida*

Honoré MIMCHE

#P16 · *Évolution spatio-temporelle du VIH/sida en Afrique Centrale*

Abét MONGBET, Willy Adrien YAKAM YEMTCHOUA

#P17 · *Failure to return for post-test counseling and HIV test results at the prevention and voluntary testing and counseling centers of Douala, Cameroon: an evaluation of a routine five-year program*

Patrice NGANGUE

#P18 · *Prendre connaissance de son résultat après un dépistage volontaire du VIH au Cameroun*

Patrice NGANGUE

#P19 · *Mobilisations associatives dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida au Cameroun : instruments de renégociation des rapports sociaux de sexes ?*

Léna NGOUEBENG

Posters

#P20 · *Exclus du don de sang du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) et personnes infectées VIH suivies au Centre médical de suivi des donneurs de sang (CMSDS) : perceptions et représentations du dépistage et de la prise en charge à Abidjan, Côte d'Ivoire*

Aimé César Maxime OGA, Pélagie KOUASSI, Isabelle COULIBALY, Guillaume DAKON, Kouamé N'GUESSAN, Mariatou KONÉ

#P21 · *Prévention de la contamination parents-enfants*

Guy Armand ONAMBELE

#P22 · *Schémas Précoces Inadaptés comme déterminants de l'observance chez les personnes infectées par le VIH sous ARV au Burkina Faso*

Anselme SANON, TOUSSO TOUSSO, Adjara MILLOGO, Abdramane BERTHÉ, Isidore TRAORÉ

#P23 · *Analyse des représentations sociales du VIH/sida chez les usagers de drogues à Abidjan*

Félicien Yomi TIA, Charlotte DÉZÉ, Stanislas Sonagnon Ahouansou HOUNDJI, Julie BOUSCAILLOU, Jérôme EVANNO

#P24 · *Analyse comparative des offres de soins du VIH/sida par la médecine moderne et la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire*

Gouin Bénédicte Edwige TIE, Taïba Germaine AINYAKOU

#P25 · *Déterminants sociaux du recours des malades du sida à la médecine traditionnelle au Bénin*

Timothée Codjo TOGBE, Issiaka KONÉ, Charles BABADJIDE, Adolphe Codjo KPATCHAVI

#P26 · *Mobilisation communautaire dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Cameroun : enjeux et défis*

Ulrich Inespéré WAFFO, Sariette Agnès NGUEGANG TAYOU, Sandra Lindsay NOUETAGNI NOGUEM

RÉSUMÉS DES COMMUNICATIONS ORALES

#SP0101

Depuis le tremplin du sida : rebonds répétés des médicaments néotraditionnels, à la croisée de logiques politiques, économiques, identitaires et sanitaires

Marc EGROT

MIVEGEC, Montpellier, France

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Parmi les effets révélateurs et catalyseurs du sida, qu'ils soient considérés comme positifs ou négatifs, certains concernent un objet particulier, les médicaments néotraditionnels. Ils ont été définis comme des produits à visée thérapeutique caractérisés par un syncrétique mobilisant des références cumulées, à une « tradition », à la nature et aux sciences biomédicales. Bien que difficile à circonscrire, cette catégorie avaient montré sa pertinence, notamment comme catégorie émique produite par les acteurs sociaux eux-mêmes.

Ces produits thérapeutiques ont connu une période particulièrement faste dans le champ du sida, initialement dans les années 1990, mais aussi plus tard au cours des années 2000, alors que beaucoup avaient prédits leur effacement avec l'arrivée des antirétroviraux. Beaucoup se souviendront des produits les plus célèbres : Antilaléka, Tobaccoak's, Metrafaids, Apisida, Viralgic, Immubost ou encore Spiruline ou certaines formes d'Aloe Vera.

Depuis quelques années, ces objets thérapeutiques s'estompent dans le champ du sida mais diffusent vers d'autres espaces de la santé publique, pour d'autres maladies que le sida. L'Apisida cède la première place à l'Apipalu ; l'Immubost s'efface derrière le Glucosy qui traite à la fois le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité ; le Metrafaids est oublié pour laisser la vedette à un nouveau traitement de la Prometra International présenté dans la presse comme la « solution à l'épidémie à virus Ebola ».

Un regard sur 20 ans d'histoire de ces produits, porté depuis divers espaces de la santé publique, du sida à Ebola en passant par le paludisme, permettra d'apporter quelques éclairages nouveaux sur un fait social mondialisé et complexe, encore insuffisamment analysé. En effet, l'émergence (ou la réémergence ?) de ces produits dans divers espaces de la santé permet, plus encore avec l'effet du temps, de se rendre compte de la complexité des logiques d'acteurs autour de ces objets thérapeutiques particuliers, qui pour la plupart se réfèrent à différents registres de légitimités, dont les principales ne sont pas construites dans l'espace scientifique et médical.

La très grande diversité des acteurs impliqués et concernés par la circulation et la promotion de ces produits est déjà à elle seule un défi pour les anthropologues, mais aussi pour les autorités sanitaires des pays concernés : une association d'ingénieurs et de techniciens issus d'entreprises françaises célèbres ; des premières dames de différents pays africains ; le ministre des affaires étrangères d'une principauté australienne ; l'ordre des camilliens directement placé sous l'autorité du Vatican ; des médecins, des universitaires ou des chercheurs en provenance d'horizons disciplinaires ou géographiques variés ; des personnalités politiques dont certaines élus dans des parlements au Nord ; des institutions de promotions de la recherche ou de santé publique au Nord comme au Sud ; de puissantes entreprises de produits « alternatifs », etc.

Les logiques de ces différents acteurs sont également diverses et s'entremêlent le plus souvent de manière complexe et difficile à déchiffrer : des logiques économiques voire mercantiles ; les logiques politiques, notamment dans le registre de la promotion et la valorisation des médecines présentées comme « traditionnelles » ; des logiques identitaires fortes, notamment opposant les « noirs » et les « blancs », et bien souvent construites sur une histoire coloniale et des rapports Sud/Nord difficiles, parfois profondément marqués par le ressentiment. Dans ce registre, la médiatisation de ces produits néotraditionnels prend quelquefois des formes et repose sur des contenus qui s'apparentent à des rumeurs, surtout lorsque pour certains d'entre eux, leur promotion s'articule avec des théories du complot.

La seule solution pour aborder cet objet social total mais complexe, serait une ethnologie multisituée, réalisée de manière synchronique et diachronique, et ce à différentes échelles spatiales, sociales et temporelles.

Mots-clés : médicaments, néotraditionnel, légitimité, logiques d'acteurs, rumeurs, ethnologie multisituée

#SP0102 · Résumés des communications orales

#SP0102

Des mères perdues de vue dans les programmes PTME au Burkina Faso au temps de l'option B+ : opinions des soignants

Alice BILA¹, Blandine BILA^{2,3}

¹ Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS), Burkina Faso

² Institut de recherche en sciences de la santé / Centre national de la recherche scientifique et technique (IRSS/CNRST), Burkina Faso

³ Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)

Objet de l'étude : En janvier 2015, le Burkina Faso est passé à la mise en œuvre de l'option B+ dans sa stratégie nationale PTME. Cette option repose sur une trithérapie ARV (un comprimé par jour pris par les femmes enceintes et les mères au coucher). Toutefois, certaines mères la refusent après leur test de dépistage ou leur premier mois de traitement, et ne reviennent plus dans le service. L'étude a pour objectif de comprendre les motivations du non-retour des mères séropositives dans le programme PTME, bien que le traitement actuel apparaisse relativement simplifié.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative réalisée entre novembre et décembre 2015. Cette étude repose sur 20 entretiens semi-directifs menés auprès des agents de santé dont 8 à Bobo- Dioulasso et 12 à Ouagadougou, un focus group avec 10 professionnels de santé réalisé en mai 2014, sept (7) focus groups (8 à 10 femmes séropositives) dont cinq (5) réalisés à Ouagadougou de décembre 2013 à janvier 2014 et deux (2) entre novembre et décembre 2015. Les entretiens ont été transcrits et analysés manuellement.

Résultats : Certains soignants déclarent que depuis l'institution de l'option B+, ils constatent une augmentation du nombre de femmes perdues de vue dans les services de PTME. Ils ne savent pas ce qu'elles deviennent, parce que les coordonnées qu'elles laissent généralement ne sont pas fonctionnelles à cause du manque de ressources pour les rechercher. Les enquêtés perçoivent différentes motivations de ce non-retour, qui comprennent : l'insuffisance de compétence des prestataires de santé dans l'accueil et dans l'application du conseil/dépistage et de l'éducation thérapeutique à la mère ; la non acceptabilité de la sérologie VIH+ et du traitement antirétroviral à vie ; la nature chronique de la maladie ; les difficultés de partage de l'information sur le statut sérologique avec le conjoint ; la peur de la stigmatisation.

Conclusion : Les opinions des personnels de santé concernant l'option B+ donnent quelques pistes pour comprendre la déperdition des femmes qui appliquent l'option B+. En les comparant aux perceptions des femmes, la communication permettra de préciser si leurs opinions correspondent aux motivations des femmes, et si les motifs de non retour sont spécifiques à l'option B+ ou concernent des aspects récurrents de la PTME.

Mots-clés : PTME, ARV, option B+

#SP0103

Les ruptures de suivi médical des personnes vivant avec le VIH : lecture historique et critique de la problématique

Séverine CARILLON

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Savoir comment, dans quelle proportion et jusqu'à quel point les patients suivent un traitement médicamenteux ou encore pourquoi certains individus ne s'en tiennent pas au strict respect des prescriptions médicales sont des questions constamment remises en chantier par les disciplines médicales et les sciences sociales depuis la fin des années 1950. Les travaux de recherche émergent en plus grand nombre depuis les années 1980 suite à la recrudescence des maladies chroniques. La question est couramment abordée par les professionnels de la santé et dans la littérature en termes d'« observance thérapeutique ». Depuis la fin des années 1990, l'avènement des traitements antirétroviraux contre le VIH/sida réitère cette problématique avec une acuité particulière.

Les comportements des personnes vivant avec le VIH face à leurs prescriptions médicales et/ou médicamenteuses ont depuis suscité un regain d'intérêt des cliniciens et chercheurs. Ils n'ont cessé depuis de faire l'objet de recherches, au Nord puis au Sud, le questionnement et la terminologie associée évoluant au fil du temps, simultanément aux évolutions thérapeutiques et cliniques de l'infection. Les comportements des PVVIH face aux prescriptions médicales ont ainsi fait l'objet de diverses conceptualisations, de discours et de savoirs spécialisés par différentes disciplines dont cette communication vise à rendre compte.

Il s'agira en effet de mettre en exergue les conditions d'émergence de cette question dans la réalité sociale et dans la littérature, ainsi que ses enjeux. Comment, où, en quels termes et dans quel contexte cette question a-t-elle émergé ? Comment a-t-elle été problématisée ? Comment et par qui a-t-elle été construite et analysée dans la littérature au fil des années ? Sous quelle forme ? Quelles sont les dimensions du problème qui ont été sélectionnées et quelles sont celles qui ont été au contraire peu explorées ? Il s'agira ainsi de mettre en évidence les apports et limites des différentes conceptualisations. Cet état des lieux implique de restituer cette question au travers des évolutions du contexte thérapeutique dans lequel elle s'est développée de 1996 jusqu'à aujourd'hui.

Cette lecture historique et critique de la problématique implique également d'opérer un retour sur le point d'ancrage de la problématique dans les pays du Nord. Cela permettra de rendre compte de la construction, au Nord, d'un problème de santé publique abordée en termes d'« observance thérapeutique ». Je montrerai ensuite comment celle-ci a pris corps dans le contexte particulier de l'Afrique subsaharienne en tant qu'enjeu politique ; puis, comment le questionnement a progressivement été orienté vers les ruptures de suivi médical avec l'émergence de la question dite des PVVIH « perdues de vue » suivie de

#SP0104 · Résumés des communications orales

celle de la « rétention » des patients dans le circuit de soin. Enfin, je proposerai le terme de ruptures de suivi médical pour une approche compréhensive du phénomène.

Mots-clés : ruptures de suivi médical, historique, analyse critique, observance, sciences sociales

#SP0104

Démarche thérapeutique et dimension bipolaire du VIH en Côte d'Ivoire : cas de la co-infection VIH/TB dans les CAT d'Adjamé et de Bouaké

Konan Bah Modeste GNAMIEN¹, Blé Marcel YORO¹, Atta KOUAMÉ¹

¹ Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire, comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, est frappée par la double pandémie du VIH/sida et de la tuberculose. En 2014, sur 23750 patients tuberculeux toutes formes confondues dont 22108 ayant fait le test de dépistage du VIH, 5292 ont été déclarés positifs, soit 24% de taux de co-infection (PNLT, 2015). Dans les CAT d'Adjamé et de Bouaké, les taux de co-infection s'établissent respectivement à 20% et 22% (PNLT, 2015). Ainsi, La prévalence du VIH chez les tuberculeux reste encore élevée, dans ces deux CAT avec un taux important de rechute estimé à 6,3% pour le CAT d'Adjamé et 4,2 % pour le CAT de Bouaké. Les horizons sociaux des malades co-infectés sont à l'épreuve d'une multitude de références doublement marquée par cette infection conjointe. L'instabilité thérapeutique qui constitue l'un des troubles faits qui minent la prise en charge de la co-infection TB/VIH est issue d'une combinaison de facteurs qui méritent réflexion. Les directives de prévention ont une dimension unipolaire (TB ou VIH). Ainsi, il nous semble important de favoriser le développement d'études qui se fondent sur des méthodologies de type qualitatif, de manière à mieux cerner les valeurs et les cultures ainsi que les oppositions entre bienfaits et risques inhérentes à la notion d'usage optimal des médicaments dans le cadre de la prise en charge de la co-infection TB/VIH. Dans ce sens nous avons initié cette étude qui a pour but de déterminer et d'interroger tous les déterminants qui conditionnent les différentes prescriptions des soignants, les différents escalas et détours thérapeutiques chez le malade co-infecté en Côte d'Ivoire, plus précisément dans les CAT d'Adjamé et de Bouaké. La méthode utilisée est qualitative, la technique choisie est l'entretien et l'outil de collecte des données est le guide d'entretien. Le corpus sur lequel nous avons travaillé était constitué de 77 locuteurs répartis en catégories proches de patients. Cette étude s'est déroulée de 2013 à 2015 dans le cadre d'une thèse de doctorat.

L'absence d'un protocole thérapeutique unique et l'inexistence de molécules exclusives à cette affection conjointe imposent une application additive des process thérapeutiques et

rendent la prise en charge lourde. La multiplicité des symptômes, du fait de la dimension sommative de cette affection entraîne une massification des recours aux thérapies alternatives, disperse les orientations et entraîne des cas d'échecs thérapeutiques. La co-infection TB/VIH symbolise la cohabitation du curable à long terme (TB) et de l'incurable (VIH). Le curable à long terme plaide en faveur d'une pénibilité du traitement biomédicale et l'incurable en faveur d'une incompétence biomédicale, ce qui entraîne une sollicitation de la médecine traditionnelle.

L'apparition de la seconde infection amène les malades déjà sous traitement biomédical à douter de l'efficacité de la médecine moderne et les poussent à adjoindre un traitement traditionnel. Les soins de la médecine moderne sont ainsi stigmatisés, laquelle stigmatisation peut engendrer des comportements de boycott des soins. Cette quête de soins traditionnels les pousse à aller d'un lieu à un autre (transhumance) pour la rencontre de tradipraticiens réputés, ce qui les éloignent des CAT et entraîne des interruptions thérapeutiques.

Ainsi des actions de sensibilisation sont à mener, une modélisation des symptômes de cette affection est à entreprendre pour favoriser sa connaissance par la population et éviter la multiplicité des recours thérapeutiques. La mise en place d'un guide de conduite social et de molécules exclusivement dédiées à la co-infection s'impose pour une simplification de la prise en charge. Tout ceci, afin que la co-infection TB/VIH soit définitivement acquise à la stabilité thérapeutique.

Mots-clés : Cote d'Ivoire, VIH / tuberculose, anthropologie, ARV, antituberculeux

#SP0105

Pratique et recherche de la psychologie clinique dans la prise en charge et la lutte contre le VIH/sida : une expérience à Abidjan, Côte d'Ivoire

Hortense AKA DAGO-AKRIBI

Département de Psychologie, UFR SHS, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire avec 3,4% de séroprévalence au VIH, reste le pays le plus touché en Afrique de l'Ouest. Dès le début, le VIH/sida a été considéré comme étant le principal problème de santé publique et une menace sans précédent pour le développement régional. Vu la mortalité élevée, l'intérêt de la recherche était axé sur les pathologies somatiques. Puis, les sciences sociales, humaines, se sont intégrées : le sujet infecté sans distinction d'âge, de sexe, de niveau socio-économique, de croyances, du fait de ses représentations de la maladie, est perturbé aux plans physique et psychique. De plus les

#SP0105 · Résumés des communications orales

relations sociales et l'implication sociétale sont touchées. Des questions transversales apparaissent : l'annonce, l'observance, la sexualité, les projets de vie, etc.

La psychologie comme moyen de connaissance du comportement humain et d'intervention est peu connue en Afrique. Cependant, cette dimension perçue assez tôt dans les algorithmes de prise en charge, est présente dans le générique « psychosocial ». Pratiqué par des agents de santé, assistants sociaux, conseillers, il comprend le counseling autour du dépistage.

La démarche psychologique clinique est basée sur la vie mentale et des techniques psychothérapeutiques. Elle s'intéresse aux personnes de tous âges souffrant de troubles au niveau psychique et/ou somatique, ou qui en sont menacées. Les remaniements psychiques du sujet séropositif, sa singularité, son vécu, son histoire et son discours, prévalent car le symptôme est porteur de sens. Les activités pratiques ouvrent sur la recherche et l'enseignement, considérés comme essentiels car sans eux, une discipline peut rapidement dégénérer en praxéologie.

La pratique a été permise dès 1997 avec la première consultation psychologique des femmes séropositives du projet DITRAME, le groupe de parole thérapeutique à l'origine de la première association ivoirienne de ces femmes : AMEPOUH.

L'observation, l'écoute de la souffrance des soignants ont orienté une recherche et mis en évidence le « burnout » en 2000. En effet, la complexité psychologique et sociale montre que les institutions finissent par reproduire les caractéristiques des clients accueillis : isolement, déficit en communication, rejet.

L'accès aux ARV a une incidence positive sur la qualité et l'espérance de vie des patients. En 2000, une recherche qualitative psychologique sur la dépression adossée à celle quantitative de l'ONUSIDA a permis la validation de l'échelle CES-D.

La prise en charge de l'enfant séropositif en Côte d'Ivoire prouve l'intérêt de l'approche psychologique. Dans le projet « ANRS 1277 », la consultation psychologique dédiée à l'enfant et aux parents dans un contexte où la visibilité d'un avenir n'existait pas, explique le succès du suivi et la pérennisation au CePReF. Aujourd'hui la problématique adolescente, les préoccupations identitaires et les questions transversales reprises dans PRADOCI, préoccupent le psychologue.

La capitalisation des connaissances s'observe par l'intégration de ce volet dans la rédaction de manuels nationaux, la formation des soignants, l'organisation des soins qui mettent l'accent sur l'unité et l'unicité du sujet dans une démarche thérapeutique appartenant aux sciences humaines. L'implication dans les équipes de recherches pluridisciplinaires fait valoir la recherche compréhensive, l'éthique et la déontologie. Malgré tout, les difficultés de la psychologie demeurent et sont liées à la méconnaissance de ses objets et pratiques. Empreinte de préjugés dans la représentation des autres soignants, la confusion sur le terrain des pratiques n'aide pas à sa reconnaissance. Le concept psychosocial vaste « fourre-tout » regroupant toutes les problématiques en dehors du médical, explique le flou de l'approche psychologique, naturellement pensée comme accessible en tant que pratique à toute personne s'y intéressant.

Force est de reconnaître que la psychologie qui aide à la prise en charge holistique, est espérée dans celle des autres maladies chroniques, des soins palliatifs et reconnue comme faisant partie des bonnes pratiques.

Mots-clés : VIH/sida, psychologie clinique, fonctionnement psychique, prise en charge, recherche, Côte d'Ivoire

#SP0201

La marginalisation des parturientes atteintes du VIH/sida au Gabon

Inès Chanchan KOUNBA MOUNGUENGUI

Institut des mondes africains (IMAF), Paris, France

L'accouchement est un moment pendant lequel les médecins sont en contacts directs avec le sang de la parturiente. Cette proposition est une analyse des rapports sociaux entre personnel médical et parturientes en salle d'accouchement. L'enquête de terrain menée en 2015 au Centre Hospitalier Universitaire de Libreville, a relevé une marginalisation des femmes atteintes du sida venues accoucher. Cette marginalisation se manifeste par l'isolement et/ ou l'abandon de ces femmes dans les box d'accouchements par le personnel soignant, exposant ainsi le secret de leur sérologie à toutes les personnes dans cette salle, du personnel soignant aux parents d'autres parturientes, en passant par les femmes de ménages par exemple.

Face à ce constat, nous avons formulé le questionnaire suivant : comment comprendre la marginalisation des parturientes atteintes du VIH lors de l'accouchement dans un contexte où le sida semble ne plus constituer un tabou ? Quelles sont les conséquences d'une telle marginalisation ?

C'est à partir des entretiens et d'observations réalisés au CHUL en 2015, que nous avons formulé l'hypothèse selon laquelle la marginalisation des parturientes atteintes du VIH en salle d'accouchement est le résultat des différents dysfonctionnements structurels.

Autrement dit, les femmes malades sont mises à l'écart lors de l'accouchement parce qu'il y a une contradiction entre les politiques de santé publique mises en place par l'État et le fonctionnement des structures thérapeutiques. En effet, on observe au CHUL un manque d'éléments indispensables pour la pratique d'un accouchement. Nous avons observé par exemple, la recrudescence des coupures d'eau, or l'eau est un élément essentiel pour la pratique obstétricale, car elle permet de stériliser les outils (ciseaux, bassins, plateaux, bistouris) et de les maintenir en bon état. Ajouté à cela, il y a également le manque de matériel adapté pour un accouchement des parturientes atteintes du VIH : gants, masques, tabliers et médicaments. Cette absence de matériel expose le personnel soignant à des grands risques de contamination et par mesure de sécurité, ils isolent ces

#SP0202 · Résumés des communications orales

femmes, les abandonnent et se passent le mot entre eux afin de réduire le risque de contamination autour d'elles. Toutefois, cette pratique réduit la parturiente et la renferme à sa condition de personne infectée, mise à la marge de la société et dont la condition est différente de celle des autres parturientes : elles vivent cela comme une violence.

L'intérêt de cette étude se trouve dans le fait qu'elle fournit une analyse du rapport entre personnel médical et parturiente infectée. Elle nous permet de comprendre les mécanismes qui animent les actions des individus dans un espace donné en vu de déconstruire le discours officiel « le sida n'est plus une maladie tabou au Gabon », de le reconstruire à partir des éléments du terrain et de faire une analyse sociologique. Ainsi, il sera aussi question d'expliquer et de comprendre le recours à des accouchements à domiciles pour les femmes infectées du VIH, conséquences du refus de la marginalisation et de violence subie en salle d'accouchement, et qui constituent un véritable problème de santé publique.

Nous inscrivons ce travail dans le champ de la sociologie de la santé, car elle met en lumière les rapports sociaux autour d'une pratique biomédicale, qui permet de « comprendre les logiques sociales des principaux protagonistes, en faisant varier les échelles d'analyse de santé, de l'individu aux collectivités publiques, et en s'attachant aux enjeux politiques économiques majeurs qui y sont liés » (Halpern et al., 2010, p. 5).

Mots-clés : marginalisation, parturientes, VIH/sida

#SP0202

Comprendre la notion de stigmatisation à l'heure de la normalisation du corps chez les PVVIH

Estelle KOUOKAM MAGNE

Université catholique d'Afrique Centrale (UCAC), Yaoundé, Cameroun

La stigmatisation est l'une des notions les plus récurrentes dans les études portant sur l'infection à VIH dans les années 1980 et 2000. Elle renvoie dans certaines études à la mise à l'écart d'une population jugée à risque et à l'origine de l'opprobre que suscite l'infection à VIH lorsqu'elle atteint le stade de maladie. L'on peut entre autres citer les travaux de Paul Farmer qui resitue l'épidémie de sida à Haïti dans le cadre de la géographie politique et économique des relations internationales notamment à partir des inégalités existant entre Haïti l'un des pays les plus pauvres du monde et les États-Unis, ou encore ceux issus de l'ouvrage *Vivre et penser le sida en Afrique* (Becker et al., 2000). Lors de la production de ces travaux peu de patients dans les pays d'Afrique Francophone subsaharienne bénéficient alors d'un accès gratuit aux ARV. L'une des conséquences est

l'évolution de l'infection à VIH au stade de maladie ayant pour corollaire un malade désexualisé, défiguré, effrayant. À cela s'ajoutent les représentations sociales de la transmission de la maladie où la construction épidémiologique de population à risque se transforme au plan social en système accusatoire : cela au détriment du vécu des personnes concernées (Vidal, 2000).

Aujourd'hui il est de plus en plus question de la normalisation du corps des PVVIH grâce à l'accès des patients aux ARV. Toutefois cette normalisation du corps de PVVIH contribue-t-elle à faire de l'infection à VIH une pathologie comme les autres ? Qu'en est-il aujourd'hui de la stigmatisation des patients ? Comment est-elle perçue par les patients eux-mêmes et leur entourage ? En quoi le Corps ici employé comme artefact de la « bonne santé » contribue-t-il à réinterroger la notion de stigmatisation à l'écoute des discours et des pratiques des différents acteurs (patients et soignants).

À partir des recherches anthropologiques conduites dans le cadre du projet EVOLCAM ANRS 12288 (Évolution du programme camerounais de prise en charge du VIH et des co-infections) mené au Cameroun de 2014 à 2015, dans les villes de Yaoundé et de Douala, notre communication vise à analyser la notion de stigmatisation dans un contexte caractérisé par trois principaux changements : accès gratuit aux ARV, chronicité de l'infection à VIH, normalisation du corps des PVVIH.

La recherche anthropologique menée dans le cadre du projet EVOLCAM ANRS 12288 en 2014 montre que bien que devenus invisibles, les stigmatés sont bien présents dans les imaginaires des patients et de leurs réseaux d'interconnaissances. Par conséquent, la séropositivité reste un secret gardé par le réseau restreint d'interconnaissances du patient (1). Les patients élaborent des stratégies de dissimulation des médicaments pour être observants (2). Ils s'approprient les pratiques médicales avec une attention particulière à la triade « CD4-médicament-pèse-personne » afin d'avoir un corps conforme aux normes sociales de l'esthétique corporelle (3). Pour les femmes, la parturition contribue à cette protection vis-à-vis de la stigmatisation (4).

Mots-clés : stigmatisation, CD4, médicament, pèse, personne, parturition

#SP0203

Stigmatisation des femmes séropositives au Cameroun : de la séropositivité vers les violences basées sur le genre

Uilrich Inespéré WAFFO¹, Gervais BENINGUISSE², Willy Adrien YAKAM YEMTCHOUA¹

¹ Centre d'études et de recherches appliquées en sciences sociales (CERASS), Yaoundé, Cameroun

² Cellule d'appui à la recherche et à l'enseignement des institutions francophones d'Afrique (CARE-IFA), Yaoundé, Cameroun

Contexte et justification : La discrimination et la stigmatisation à l'encontre des personnes atteintes du VIH/sida influent de plusieurs manières sur la propagation et l'impact de la maladie. Suite à la révélation de leur séropositivité, les femmes plus que les hommes subissent très souvent des réactions de rejet qui tendent à prendre des formes de violences basées sur le genre (VBG). Ainsi, être infectées par le VIH/sida exposerait-il significativement les femmes camerounaises au risque d'être davantage des cadettes sociales et partant davantage exposées à des formes de violences diverses ? Cette étude vise à répondre à cette question en mettant en évidence les mécanismes d'influence du statut sérologique de femmes sur les violences basées sur le genre au Cameroun, notamment les violences auxquelles seraient exposées les femmes séropositives dans leurs sociétés de vie eu égard à leur statut sérologique.

Méthodologie : Cette recherche se fonde sur une triangulation des méthodes qualitatives et quantitatives à travers des données collectées auprès de 864 femmes (432 séropositives et 432 supposées saines) âgées de plus de 18 ans, au sein des districts sanitaires et des unités de prise en charge (UPEC) de trois régions du Cameroun avec les plus fortes prévalences de VIH (Centre et Littoral) et de VBG (Nord). En marge des analyses bivariées, un modèle de régression logistique a été utilisé afin de mieux cerner le lien existant entre la séropositivité des femmes VIH+ et les violences qu'elles subissent. L'analyse de contenu des données qualitatives a permis de pouvoir comprendre les raisons sous-jacentes et d'affiner les analyses.

Résultats : Il ressort des analyses des données collectées que la stigmatisation des femmes séropositives s'accroît et persiste en prenant de plus en plus la forme de violences psychologiques, économiques et physiques. En effet, près de 45,8% des femmes VIH+ ont déclaré subir des violences verbales ou psychologiques à travers des injures, des propos blessants et l'humiliation devant d'autres personnes. Une femme VIH+ sur cinq a subi des violences physiques tandis que 10,2% d'entre elles ont subi des violences économiques suite à leur séropositivité. En outre, le statut sérologique a une influence directe sur la survenance d'une violence étant donné que le modèle de régression révèle que la séropositivité multiplie par 5,82 le risque de subir une VBG comparativement aux femmes supposées saines.

Implications : Cette étude suggère des réflexions pour une meilleure prise en charge psychosociale des PVIH en particulier les femmes VIH+ au regard de toutes les violences qu'elles subissent suite à leur statut sérologique.

Mots-clés : violences, VIH, genre, séropositivité

#SP0204

Institution sanitaire publique, orientation sexuelle et discrimination médicale au Cameroun

Basile NDJIO

*Institute for Advanced Study, School of Social Science, Princeton, États-Unis
Université de Douala, Cameroun*

De manière générale, cette étude, qui prolonge le débat engagé il y a quelques années par Yannick Jaffré et Oliver de Sardan sur ce qu'ils appellent la « médecine inhospitalière » (voir Jaffré et de Sardan 2003), aborde le problème d'exclusion et de discrimination inhérent au système de santé publique au Cameroun. La présente étude s'appuie en grande partie sur les résultats d'une enquête de terrain que j'ai coordonnée entre 2011 et 2013 au sein d'un groupe de LGBTI des villes de Douala et Yaoundé, et qui établissait déjà un lien entre leur marginalisation dans les programmes gouvernementaux de lutte contre le VIH/sida et leur vulnérabilité par rapport à cette grande pandémie (voir Ndjio 2013). Dans cette contribution, je vais m'appuyer sur la notion foucauldienne d'« hétérotopie » pour examiner les institutions de santé publique dans ce pays. Celles-ci seront interprétées non pas seulement comme des lieux où l'État met en pratique sa politique sanitaire ou fournit des soins de santé au grand public, mais aussi comme des espaces où l'ordre politique établit ou formule des modalités d'accès aux soins de santé, et surtout institutionnalise ce que j'appellerais la « ségrégation médicale ». Plus explicitement, les institutions sanitaires publiques seront analysées dans cette étude comme des sites où le pouvoir médical au Cameroun pratique des formes d'exclusion et de discrimination des patients non pas seulement sur la base de leur statut socio-économique, comme le suggère l'ouvrage collectif dirigé par Jaffré et de Sardan, mais aussi sur la base de leur orientation et leur identité sexuelles jugées « dangereuses » ou « criminelles ». S'appuyant sur les récits de vie de quelques LGBTI vivant avec le VIH/sida, lesquels sont stigmatisés dans des institutions hospitalières publiques lorsqu'ils sollicitent les soins, cette étude soutient que, dans le sillage d'une politique étatique particulièrement agressive et répressive à l'égard des personnes homosexuelles généralement considérées comme de dangereux pervers ou criminels sexuels, les institutions médicales publiques au Cameroun perpétuent d'une certaine manière

#SP0205 · Résumés des communications orales

l'homophobie médicale et sanitaire ; parce qu'elles ont été transformées en des sites d'exclusion et de marginalisation des personnes LGBTI dont l'orientation et le comportement sexuels non conventionnels vont à l'encontre de l'idéologie hétérosexualiste promue par le gouvernement camerounais, laquelle lie le droit à la santé à une certaine forme de citoyenneté (hétéro) sexuelle. La présente étude soutient aussi que la discrimination médicale dont sont victimes les personnes homosexuelles, pourtant considérées comme des groupes les plus exposés aux infections au VIH/sida, impacte négativement sur la politique sanitaire du gouvernement camerounais, et plus précisément sur son ambition de lutter plus efficacement contre la pandémie du sida.

Mots-clés : institution sanitaire publique, orientation sexuelle, personnes homosexuelles, discrimination médicale, gouvernement camerounais

#SP0205

Les sites de rencontre pour les minorités sexuelles à Abidjan, Côte d'Ivoire : les implications pour la violence et la prévention VIH/IST

Matthew THOMANN

Kalamazoo College, Department of Anthropology and Sociology, États-Unis

Malgré leur intégration grandissante dans les politiques de lutte contre le VIH et les programmes de préventions, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH) restent considérablement exposés au risque de s'infecter avec le VIH. Internet constitue un lieu de rencontres de plus en plus important pour les HSH et les trans en Afrique subsaharienne. Or, très peu d'études ont été menées sur ces lieux virtuels en dehors des pays du Nord. Cette communication présente les résultats d'une étude que j'ai menée en 2015 sur les représentations et les pratiques des utilisateurs de « PlanèteRoméo » en Côte d'Ivoire – un pays où la séroprévalence des HSH est estimée à 18%. J'ai analysé plus particulièrement les pratiques de sélection des partenaires, ainsi que les types de violences subies par les utilisateurs. Cette recherche est fondée sur une méthodologie mixte : j'ai conduit une enquête quantitative par questionnaires auprès de 105 participants complétée par une enquête qualitative auprès de 25 utilisateurs (recrutés en ligne et hors ligne). Ainsi, 45% des participants déclarent trouver leurs partenaires principalement en ligne et 73% d'entre eux ont déjà trouvé au moins une fois un partenaire en ligne. Quand les participants rencontrent leurs partenaires en ligne, ils ont plus de chance de les informer de leur statut sérologique et de demander le leur. Les entretiens ont révélé que la première motivation pour utiliser des sites de rencontre réside dans leur discrétion et leur anonymat, ces sites pouvant permettre aux utilisateurs d'éviter la discrimination et la violence liées à leurs orientations sexuelles et à leur

identité de genre. Or, tandis que les participants perçoivent les sites de rencontres comme une mesure de protection contre la stigmatisation et la violence, plus de 25% d'entre eux ont déjà subi des formes de chantage et/ou d'extorsion avec des partenaires qu'ils ont rencontrés sur le site. Au final, cette communication montre un usage des sites de rencontre spécifique lié aux difficultés de protéger les droits des minorités sexuelles en Afrique subsaharienne.

Mots-clés : HSH, Côte d'Ivoire, NTIC, la sexualité, droits humains, prévention

#SP0301

Apports des sciences sociales et contraintes de recherche dans un programme interventionnel et multidisciplinaire : 12 années de recherche à partir de la « cohorte ANRS 1215 » au Sénégal (1999-2011)

Bernard TAVERNE^{1,2}, Alice DESCLAUX^{1,3}, Khoudia SOW³, Ibra NDOYE³

¹ *Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)*

² *Centre Norbert Elias, Marseille, France*

³ *CRCF, Dakar, Sénégal*

En 1998, le Sénégal fut l'un des premiers pays d'Afrique à rendre disponibles les médicaments antirétro à travers un programme gouvernemental : l'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux – l'ISAARV, appuyé sur un programme de recherche conduit sous la dénomination générale « cohorte ANRS 1215 », initié en 1999. Ce programme de recherche, interventionnel et multidisciplinaire, fut l'un des premiers à apporter des réponses aux questions soulevées par la mise en place du traitement par les médicaments ARV en Afrique, concernant l'efficacité thérapeutique sur les souches virales locales, l'observance, l'émergence des résistances virales, l'adhésion au traitement, l'accès aux soins, etc. Dès 2000, ces recherches ont été à l'origine d'une intense activité de communications scientifiques contribuant à la visibilité internationale de l'ISAARV, alors citée comme ayant fait la preuve de la faisabilité de l'utilisation des traitements ARV dans les pays du Sud. Initialement prévu pour une durée de trois années, le programme ANRS 1215 sera reconduit à trois reprises, ce qui a permis de poursuivre les recherches sur des questions renouvelées jusqu'en 2011.

Cette communication a pour objectif de discuter les apports et les limites des recherches en sciences sociales dans cette configuration particulière, et les questions scientifiques, épistémologiques et éthiques soulevées, avec une approche réflexive.

La communication commencera par rappeler succinctement les principaux apports des douze années de recherche en sciences sociales réalisées avec les participants de la cohorte, en distinguant les apports nationaux et internationaux. Concernant la place des

#SP0301 · Résumés des communications orales

sciences sociales dans le programme, elle fut d'abord marquée par une approche spécifique liée au contexte international du programme. Les recherches en sciences sociales développées au sein de la cohorte, ou étroitement articulées avec elles, ont été d'emblée envisagées dans une double perspective : appliquée (aux décisions de santé) et théorique (dans le champ de la connaissance anthropologique). Or, si les travaux appliqués étaient très bien accueillis dans le champ de l'intervention, la nature pluridisciplinaire du programme (et donc la place des sciences sociales dans celui-ci) et sa dimension interventionnelle, ont été parfois mal comprises. Ce fut le cas notamment d'observateurs extérieurs jugeant que les sciences sociales étaient inféodées à l'intervention médicale, alors que l'articulation tripartite entre recherche médicale, recherche socio-anthropologique, et intervention, relevait d'un parti-pris scientifique, épistémologique et éthique.

En termes de temporalités, la nature interventionnelle du programme a conduit à privilégier d'abord les publications à dimension appliquée afin de répondre aux questions de santé publique, ce qui a eu un impact sur les conditions de la production théorique et pose la question des rapports entre ces deux dimensions du point de vue du chercheur. En termes de limites, le parti-pris multidisciplinaire a permis à des praticiens et des chercheurs de diverses disciplines des sciences médicales et sociales de travailler ensemble dans un climat de reconnaissance des compétences scientifiques respectives, ce qui a permis d'éprouver les opportunités et limites de l'interdisciplinarité, notamment dans le cadre d'une recherche de longue durée, qui seront discutées au cours de la communication.

En termes d'éthique, la dimension interventionnelle de la composante médicale a permis de gérer un certain nombre de questions identifiées par les enquêtes sociales, et d'identifier les insuffisances des Bonnes pratiques cliniques (par exemple en termes de « standard social »).

Parce qu'elle constitue un exemple abouti de dispositif de recherche pluridisciplinaire (sciences sociales, santé publique, sciences médicales) et d'apports scientifiques en lien avec l'épidémie de VIH en Afrique, la cohorte ANRS 1215 ouvre a posteriori une opportunité de bilan critique et de réflexion sur le rapport entre ambitions et résultats concernant la contribution des sciences sociales à une approche globale.

Mots-clés : Sénégal, ANRS 1215, VIH, ARV

#SP0302

La promotion de la recherche transnationale au Sud : leçons scientifiques et politiques à partir de quelques travaux de l'ANRS (Cameroun, Sénégal). Un New Deal pour l'Afrique ?

Fred EBOKO¹, Mathias OWONA NGUINI

¹ Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

À partir d'un historique des recherches financées par l'ANRS en Afrique, se mettent en lumière les modalités politiques, scientifiques qui montrent comment les « petites histoires » entre partenaires construisent la « grande histoire » de la recherche sur le sida en Afrique. En confrontant d'une part, les objectifs de quelques projets de recherche, construits sur les bases d'un partenariat entre des scientifiques du Nord et des partenaires (scientifiques et/ou institutionnels) en Afrique, et d'autre part, les résultats les plus emblématiques de ces recherches, se révèle la combinatoire qui fait la force et l'excitation du travail scientifique : la glorieuse incertitude de la recherche. Néanmoins, d'un projet à l'autre, la logique des découvertes est plus ou moins prévisible suivant les disciplines et les objectifs de la recherche, des plus fondamentales à la recherche opérationnelle, en passant par les recherches en sciences sociales. Deux pays illustrent notre argumentaire : le Cameroun et le Sénégal.

Au-delà la commodité de l'idiome « Nord-Sud », nous voulons montrer comment les travaux menés sous l'égide de l'ANRS, comme d'autres, incarnent des dynamiques et des temps de recherche qui structurent des réseaux transnationaux, au gré des défis politiques et sanitaires, des impératifs de la production de la connaissance et de l'ambition de la reconnaissance scientifique.

Dans la filiation de ce qui précède, la seconde interrogation concerne les modalités de la traduction de ces projets en action publique. Ainsi, du côté sénégalais, l'évaluation de l'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (l'ISAARV), publiée par l'ANRS en 2002 [1] et les travaux sur l'action publique contre le sida dans ce pays constituent la base sénégalaise de cette approche comparée. Du côté camerounais, le programme d'évaluation de la décentralisation d'accès aux médicaments contre le VIH/sida, mené entre 2006 et 2008 [2] peut être comparé aux travaux de recherche et d'évaluation, conduits au Sénégal depuis la fin des années 1990.

Dans un cas (le Sénégal) les résultats de la recherche donnent lieu au réaménagement relativement rapide de l'action publique contre le sida, dans l'autre (le Cameroun), cette conversion de la recherche vers les politiques publiques est plus aléatoire. Cette comparaison permet de proposer une homologie théorique inédite en science politique, entre les travaux menés aux États-Unis dans les années 1930-1940 (les Policy sciences, les Government studies), sous l'impulsion du New Deal de Roosevelt. L'urgence du sida en Afrique et la proximité entre chercheurs et pouvoirs publics rendent possibles l'hypothèse de cette homologie structurale entre deux contextes et des époques très différentes, reliés par la filiation des études sur l'action publique dont l'origine est

#SP0303 · Résumés des communications orales

précisément la période du New Deal américain. La différence fondamentale entre les deux contextes est liée au caractère multi-acteurs et transnational au principe de la recherche sur le sida en Afrique. Cette gouvernance multiniveaux renforce plus qu'elle ne les sépare, le potentiel de cette comparaison complexe.

[1] Desclaux A., Lanièce I., Ndoye I., Taverne B., Eds, 2002, *L'Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*, Paris, ANRS (coll. Sciences sociales et sida), 260 p. ; Taverne B., 2015, « La gratuité des médicaments antirétroviraux au Sénégal. Biographie d'une décision de santé publique », In Desclaux A. & Egrot M., Eds, *Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan (coll. Anthropologies & Médecines) : 47-61.

[2] Sylvie Boyer, Fred Eboko, et al. « Scaling Up access to antiretroviral treatment for HIV infection: the impact of decentralization of healthcare delivery in Cameroon », *AIDS*, 2010, 24 (suppl): S5-S15. ; Eboko F., Abé C., Laurent C., Eds, 2010, *Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, ANRS (coll. Sciences sociales et sida), 324 p.

Mots-clés : VIH/sida, ANRS, action/politique publique, santé publique, science politique

#SP0303

Une action publique sans entrepreneurs : à propos de la prise en charge des enfants confrontés au VIH/sida au Cameroun

Larissa KOJOUÉ

Fondation Paul Ango Ela de géopolitique en Afrique Centrale (FPAE), Yaoundé, Cameroun

Le premier facteur qui explique pourquoi tels problèmes (plutôt que d'autres) retiennent l'attention des décideurs est la capacité que possèdent certains acteurs à faire prendre en compte leurs représentations du problème par la puissance publique. La définition d'un problème, sa prise en compte à l'agenda politique de même que sa résolution sont indissociables d'un travail cognitif et social mené par des « entrepreneurs de politiques publiques ». L'examen attentif des différents programmes définis depuis 2000 pour prévenir, atténuer et soigner les conséquences de l'épidémie de VIH/sida chez les enfants de moins de quatorze ans au Cameroun témoigne et renforce la « dissonance » du modèle camerounais d'action publique. Qu'il s'agisse en effet des différents programmes PTME, du programme bi multi OEV (2000-2004), du programme national de soutien aux OEV (2006-2010) ou du programme Enfants, VIH et Sida (2008-2012), les acteurs qui portent le problème des conséquences du sida chez les enfants sur la scène publique sont rares et peu visibles. Derrière chacune des initiatives citées et pourtant

déterminantes (Enfants et VIH/sida : le sujet n'est pas mineur !), les acteurs nationaux font figure de pâles accompagnateurs de programmes définis, financés et évalués par des partenaires étrangers. L'absence d'entrepreneurs de politiques publiques mobilisés pour les enfants explique en grande partie la timidité, voire l'échec des actions entreprises à l'échelle nationale en faveur des enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida (enfants infectés par le VIH, enfants orphelins du fait du sida, enfants vivant dans un foyer affecté par le VIH). Cette absence constitue par ailleurs une entrée propice pour montrer à quelles conditions l'action publique du sida peut éclairer l'étude des (non)transformations politiques et citoyennes en cours en contextes camerounais. Étudier l'action publique à destination des enfants permet alors de construire une réflexion autour des processus de décision en santé publique, la nature et les caractéristiques des acteurs qui y participent, les institutions dans et à partir desquelles ces acteurs (inter)agissent.

Mots-clés : VIH/sida, entrepreneurs, enfants, politiques publiques, Cameroun

#SP0304

Les politiques sociales de lutte contre le sida au Cameroun : de l'impréparation institutionnelle à la démobilisation locale

Abdoul KADRI

Au terme de l'approbation de son plan stratégique de lutte contre le sida en 2000, le Cameroun a bénéficié d'un crédit de 40 milliards de FCFA, destinés au financement du Programme National de Lutte contre le sida (PNLS) de 2000 à 2005. Près de 80% de ces fonds étaient destinés à la riposte locale au sida pour servir principalement à la formation, sensibilisation et prise en charge psychosociale d'environ 3000 diverses associations et 5000 Comités locaux de lutte contre le sida (CLLS), mobilisés au cours de la période précitée.

À l'issue de nos enquêtes de terrain de 2010 et de 2011, fondées sur l'observation, des entretiens, aucun CLLS actif n'a été identifié parmi les 12 pionniers de notre échantillon d'étude, étalé sur 4 régions du Centre, de l'Extrême-nord, du Littoral et du Nord-ouest. Tous se sont démobilisés au lendemain de l'arrêt du financement de la Banque mondiale en 2007. Une démobilisation imputée à l'inorganisation nationale et locale de cette riposte.

Pour décrypter afin de mieux analyser cette démobilisation, nous avons opté pour l'interactionnisme et construit notre problématique sur trois principales articulations. La première s'appuie sur l'observation de l'organisation et du fonctionnement du Comité National de Lutte contre le sida (CNLS) en tant qu'acteur de 2001 à 2010. La deuxième se penche sur nos résultats d'enquête de terrain de recherche et la dernière se fonde sur la

#SP0304 · Résumés des communications orales

revue de littérature. À la suite de ces constats interpellateurs, nous avons cherché à cerner le degré d'influence de l'organisation locale de la lutte contre le sida sur la démobilisation des comités et d'agents locaux. Une réponse provisoire nous a permis de dégager une hypothèse principale et trois hypothèses secondaires. L'hypothèse principale, s'attarde sur la « verticalité » des formats d'organisation institutionnels et leur médiatisation accrue, comme principaux facteurs ayant largement influencé la mobilisation massive des populations locales. Les hypothèses secondaires se penchent d'abord sur cet engouement de début qui s'estompe rapidement, ce qui traduirait un engagement tronqué de communautés locales ; ensuite sur la démotivation d'agents locaux qui aurait facilité la démobilisation des dites communautés et enfin sur le « patrimonialisme » des biens publics affectés au PNLS.

À l'issue de nos analyses, quelques goulots d'étranglement ont été retenus comme ayant favorisé cette absence d'« appropriation » des activités par les bénéficiaires locaux, notamment l'absence des études socio-anthropologiques des milieux d'accueil des actions opérationnelles ; la mécanisation, la bureaucratisation, le « diktat », voire la généralisation de l'approche participative de développement à toutes les populations concernées.

Ayant établi au terme de notre recherche un lien d'efficacité entre les études socio-anthropologiques et l'« appropriation » des activités de développement par les bénéficiaires locaux, nous avons repéré quelques pistes de recherche susceptibles de conduire un programme de développement à terme et de permettre aux populations bénéficiaires des activités qui en découlent de les pérenniser. Pour cela, il serait d'abord indispensable de repenser l'approche participative « top down » en « bottom up ». Ensuite, il serait important de se pencher sur la vague des financements octroyés à une population donnée, par plusieurs bailleurs de fonds à la fois, pour un même objectif et souvent au cours d'une même période. Puis, il nous semble intéressant d'étudier les mobiles et les dérives socio-économiques voire juridico-professionnelles qu'entraînent les recrutements massifs d'agents locaux dans les programmes nationaux de développement. Enfin, il devient urgent de se « déconnecter » de l'« impérialisme collectif », entretenu par les puissances économiques, pour penser et mettre en œuvre des programmes de développement endogènes, s'appuyant sur des idées et analyses constantes, véhiculées par Séverin Cécile Abéga, Samir Amin, Laurent Vidal, Fred Eboko et bien d'autres.

Mots-clés : anthropologie, sida, institutionnel, politiques sociales, démobilisation locale

#SP0305

Approche inclusive du VIH/sida dans un contexte de langues bantoues en R.D. Congo et au Mozambique

Sophie KOTANYI

Südasien Institut, Heidelberg, Allemagne

Dans des pays Africains où la prévalence du VIH est très forte, comme par exemple le Mozambique, les approches conventionnelles d'inspiration biomédicales de l'épidémie du VIH ont montré peu d'efficacité concernant la prévention et l'éducation en santé. Le Mozambique est aussi un des pays où selon USAID les gens se soumettent le moins aux tests du VIH, et où l'interruption des antirétroviraux est assez forte ; peu de gens ont accès aux médicaments les plus performants (à prendre une seule fois par jours), préférant souvent des remèdes « traditionnels » ayant peu pour se nourrir et supportant mal les ARV – mais les interruptions médicales restent un tabou.

L'étude systématique et comparative des interférences sociales et culturelles concernant le VIH/sida dans 9 groupes linguistiques Bantous au Mozambique et 4 groupes au sud-ouest RDC (au Bas-Congo et Kwango) démontre que dans de tels contextes linguistiques Bantou, il y a quelques paradigmes centraux qui sont similaires et qui caractérisent les étiologies socioculturelles que les gens préconisent (en addition au concept du virus), et qui impliquent des interférences avec le VIH/sida.

Il s'agit soit du rôle en santé des ancêtres, ce qui concerne spécialement les interdits (tabous) concernant les contacts/échanges de fluides sexuels, avec le sang et à la mort. Les transgressions de ces interdits sont assumées de provoquer des maladies dont les symptômes correspondent à ceux liés au VIH (c'est l'étiologie socioculturelle principale défendue par les tradipraticiens). En plus, la majorité des personnes vivant avec le VIH/sida se sentent ensorcelées ; ceci en milieu rural et urbain, populaire ou académique. Ces interférences socioculturelles sont connues, mais les programmes de prévention, d'éducation et les services de counseling biomédicaux y sont souvent mal préparés, et n'appliquent pas systématiquement une approche inclusive qui permettrait d'obtenir plus d'efficacité en motivant plus au testage, à plus de prévention, à des traitements précoces en évitant des interruptions d'ARV produisant des virus résistants.

La présentation part de l'analyse des étiologies socioculturelles dans le contexte du sida dans un contexte de langue Bantoue. Quels types de communication est-elle nécessaire afin d'adresser ces étiologies de forme efficace ? Comment approcher l'étiologie de l'ensorcellement, et comment dynamiser la motivation à la prévention du VIH, par des biais indirects adressant des notions de la dite sorcellerie que chacun aimerait pouvoir éviter ? Un certain type de communication permet d'adresser ces étiologies. En quoi consiste une approche inclusive d'éducation à la prévention dans un contexte multi-générationnel tel que les rites d'initiations de jeunes ?

La présentation résume 17 années de recherches et diverses applications. Au delà des affiliations religieuses, scientifiques ou politiques, les étiologies socioculturelles ont une

#SP0401 · Résumés des communications orales

forte résilience en tous types de contextes africains, en Afrique comme en migration. Malgré cela, les programmes de counseling, de promotion et d'éducation à la prévention n'appliquent pas systématiquement une approche inclusive qui est pourtant assez efficace. Quels types de connaissances sont en jeu ? Les luttes idéologiques dévalorisent les connaissances locales, qui sont traitées de superstitions à abolir. Mais les gens cherchent le soutien des ancêtres pour assurer leur santé et bien-être, pour la fertilité, et beaucoup considèrent diverses maladies chroniques (toux, DTS, sida) surtout quand elles provoquent des morts prématurées, comme étant provoquées – et ceci en terme de sorcellerie. Comment ces convictions peuvent-elles être approchées en défaisant le stigma et augmentant la prévention ?

Mots-clés : inclusion socioculturelle, tabous, sorcellerie, prévention et éducation, connaissances locales, tradipraticiens, chefs, rites initiation

#SP0401

L'amnésie de la santé publique : succession des recommandations relatives à l'allaitement pendant la PTME & alimentation de nourrissons de mères séropositives (Ouagadougou)

Frédéric LE MARCIS

École normale supérieure de Lyon, France

Constat : Depuis 2010, les recommandations relatives à l'allaitement maternel en situation de séropositivité sont passées de l'option A, à B, puis B+. Plus largement depuis 2006 les recommandations ont varié entre sevrage précoce, dose unique de névirapine, traitement ARV permanent, pendant la grossesse uniquement. Plus globalement ces recommandations qu'on présente ici volontairement dans une liste désordonnée pour en souligner la complexité se sont inscrites dans un débat où les points de vue oscillaient entre soutien à l'allaitement maternel ou à l'allaitement artificiel.

Question : Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'application des recommandations, divers facteurs sont soulignés pour rendre compte de leur difficile application : manque de formation des personnels de santé, mauvaise communication, absence d'éducation et de compréhension des mères, difficulté de leur application. Ce que l'on souhaite montrer ici c'est en quoi la rapidité et la fréquence des recommandations sur l'allaitement en contexte de VIH sont elles-mêmes génératrices d'incertitudes et d'ignorance sur le terrain et conduisent les acteurs à s'appuyer plus sur leur expérience que sur un savoir perçu comme non stabilisé.

Méthode : Les résultats présentés proviennent du projet ANRS 12316 (2014-2016) portant sur la problématique des contraintes liées à la pratique de l'allaitement maternel

sécurisé. L'étude a combiné une approche socio-anthropologique et géographique et s'est déroulée en milieu urbain dans la région sanitaire du Centre (région de Ouagadougou). Elle a concerné 30 mères séropositives allaitantes ayant participé de façon libre et volontaire à la collecte des données (entretiens et observations). À cette enquête in situ est articulée une revue de la littérature grise et scientifique relative à l'allaitement maternel et la PTME.

Discussion : Penser la question de l'application des recommandations relatives à l'allaitement maternel en matière de PTME suppose de reconnaître la diversité des contextes : l'un représentationnel considère le contexte comme un univers clos fait de données stabilisées (les conditions de transmission du virus). Ce contexte évolue en fonction de la progression de la science. Il s'agit de « matter of facts » (Latour). L'autre est interactionnel, il consiste à reconnaître le contexte en fonction de réalités sociales, économiques, politiques mais aussi en fonction de l'expérience des mères. Il s'agit de « matter of concerns ».

Les femmes mettent en œuvre l'allaitement à partir d'une articulation entre matter of facts et matter of concerns. Alors que les recommandations relatives à l'allaitement reposent sur un contexte figé (mais qui ne représente que l'état de l'art à un temps T), les mères quant à elles s'appuient sur leur expérience et celle de leurs interlocuteurs (qui paraissent bien souvent moins incertaines que les recommandations officielles). Les recommandations successives concernant l'allaitement sécurisé constituent un mille-feuille avec lequel négocient les acteurs (professionnels et mères en situation d'allaitement). La succession des recommandations produit finalement une incertitude et génère finalement de l'ignorance qui conduit les femmes à se tourner vers leur expérience personnelle pour répondre aux questions que pose l'allaitement dans le cadre de la PTME.

Mots-clés : PTME, recommandations, allaitement, anthropologie, ANRS 12316

#SP0402

Des méthodes mixtes et géographiques pour caractériser la pratique de l'allaitement sécurisé

Emmanuel BONNET

UMI 236 Résiliences, France

Contexte : Les recherches sur les pratiques de l'allaitement sécurisé dans les pays du Sud sont principalement réalisées avec des méthodes qualitatives (en dehors des travaux dans une perspective de santé publique). Dans ce contexte très cloisonné, l'approche mixte développée dans le programme ANRS 12316 est originale. Elle postule que les lieux

#SP0402 · Résumés des communications orales

et le territoire de vie des populations sont un facteur important dans les pratiques et la gestion du risque des individus et des communautés. La prise en compte de ces dimensions spatiales dans l'analyse globale de la pratique de l'allaitement sécurisé revêt autant un enjeu dans les méthodes à déployer que dans les éléments complémentaires qu'elles peuvent apporter pour mieux comprendre les comportements des femmes porteuses du VIH. L'autre originalité de cette approche est l'articulation de deux disciplines, la géographie et l'anthropologie, qui se sont accordées pour produire des résultats pertinents et nouveaux dans la connaissance des pratiques de l'allaitement sécurisé.

Méthodes : Nous proposons de présenter le développement, la mise en œuvre et la faisabilité de croiser des méthodes qualitatives et quantitatives dans une perspective de méthodes mixtes convergentes pour saisir les contraintes de l'environnement construit, l'accessibilité aux soins ou encore la conception/pratique des distances des femmes. Le programme ANRS 12316 repose sur une enquête menée pendant deux ans dans cinq districts sanitaires de la ville de Ouagadougou mobilisant les méthodes de la géographie et de l'ethnographie. Un échantillon de 30 femmes séropositives issues de différents types de quartiers, pauvres/aisés, anciens/récents, lotis/non lotis a été suivi depuis la grossesse jusqu'au sixième mois de vie de leur enfant. Des entretiens et des observations ont été menés auprès d'elles afin de décrire la façon dont elles ont négocié allaitement et suivi médical. Du point de vue géographique, les entretiens ont été complétés par la géolocalisation et le repérage des éléments de l'environnement construit ainsi que des lieux de soins. Les données relatives aux pratiques spatiales ont été codées pour être analysées avec des diagrammes à double permutation qui permettent une complémentarité entre traitements algorithmiques et graphiques sur de petits échantillons.

Résultats / Discussion : Ces méthodologies ont permis de produire des données géospatiales pour mieux comprendre l'environnement construit des femmes et son impact dans leur pratique de l'allaitement sécurisé. Des cartes, des verbatim ou encore des matrices de distances ont été produits. Elles révèlent des connaissances nouvelles sur les pratiques, mais au-delà des résultats scientifiques, c'est l'interaction des méthodes qui est intéressante pour ce qu'elle produit autant pour que ce qu'elle révèle de l'interdisciplinarité.

Pour les anthropologues, les approches géographiques apportent la prise en compte des distances, des effets de la distribution spatiale des structures sanitaires et la localisation des femmes. Pour les géographes, le ressenti, l'imprégnation auprès des familles sont confirmés par les récurrences mesurées par les méthodes quantitatives. Ces convergences renforcent les résultats et persuadent les chercheurs des deux disciplines de l'efficacité de cette approche mixte.

Mots-clés : méthodes mixtes, via, géographie, anthropologie

#SP0403

Spatialisation des pratiques de soins et VIH : l'accessibilité à la PTME revisitée

Aude NIKIEMA

Institut des sciences des sociétés (INSS/CNRST), Burkina Faso

Constat : En zone rurale les auteurs considèrent que la distance est un facteur structurant de l'accès aux soins (Haddad et al 2004, Soubeiga 2012). En zone urbaine, les auteurs considèrent que l'abondance, la diversité et l'accessibilité de l'offre font que la distance géographique des centres de santé est une valeur mineure (Apparicio et al 2008, Fryer et al 1999). Cette appréhension de la distance vis-à-vis de l'accès aux soins sous-tend les politiques de soins au Burkina Faso (PNDS 2001-2010).

Question : Contrairement à la tendance à l'abolition de la distance comme facteur structurant l'accès aux soins en milieu urbain, l'analyse géographique et ethnographique des distances parcourues par des femmes concernées par la PTME montre qu'elle reste un facteur discriminant au moins pour deux raisons. Tout d'abord parce qu'elle permet de maîtriser le risque de stigmatisation dans son quartier d'origine (une logique déjà largement décrite), ensuite parce même si les femmes soulignent la difficulté d'accès des centres de santé fréquentés, la qualité perçue des soins reçus transforme la distance en valeur positive.

Méthode : Les résultats présentés ici reposent sur une enquête menée pendant deux ans dans les cinq districts sanitaires de la ville de Ouagadougou et fondée sur des méthodes mixtes mobilisant les outils de la géographie et de l'ethnographie. Un échantillon de 30 femmes séropositives issues de différents types de quartiers, pauvres/aisés, anciens/récents, lotis/non lotis a été suivi depuis la grossesse jusqu'au sixième mois de vie de leur enfant. Des entretiens et des observations ont été menés auprès d'elles afin de décrire la façon dont elles ont négocié allaitement et suivi médical.

Résultats – Discussion : Les cartes réalisées à partir des itinéraires de soins dans la ville de Ouagadougou et les entretiens réalisés auprès des femmes montrent :

- 1) L'inscription territoriale des soins spécifiques PTME et leur fréquentation conduit les femmes à parcourir de longues distances. Les femmes expliquent que cela leur permet de gérer les risques de stigmatisation. Cela confirme ce que la littérature a décrit par ailleurs : la distance, ici géographique, est une variable d'ajustement face au risque de stigmatisation (Nikiema, 2008).
- 2) Alors que les femmes se plaignent de la distance d'accès aux soins, elles y recourent dans des centres de santé éloignés, pas seulement pour éviter la stigmatisation, mais parce qu'elles font le choix d'un service qu'elles perçoivent comme de meilleure qualité (lait, examens, qualité de l'interaction avec le personnel soignant, gratuité). La distance, ici perçue comme un éloignement, est abolie. Elle est vécue comme « proximité organisée » (Rallet et Torre, 2004).

#SP0404 · Résumés des communications orales

Les femmes, quelle que soit leur situation socio-économique, témoignent ainsi de leurs capacités à faire des choix qui remettent en question la distribution d'une offre dont l'abondance devrait réduire les déplacements physiques.

Mots-clés : distance d'accès, stigmatisation, ville, Ouagadougou

#SP0404

Évaluer le jeu différentiel des contraintes à l'allaitement maternel exclusif chez les mères séropositives à Ouagadougou

Alix TOUGMA

Université Ouaga 1, Burkina Faso

Constat : Le programme PTME 2011-2015 du Burkina Faso préconise la pratique de l'allaitement maternel exclusif sécurisé dans le cas où l'allaitement artificiel n'est pas abordable, faisable, acceptable, durable et sûr (AFASS). Ce qui est sous-jacent dans cette proposition c'est que pour la « femme africaine moyenne » l'allaitement maternel exclusif sécurisé est la pratique la plus adaptée et comportant le moins de risque pour l'enfant.

Question : Nous proposons de discuter la faisabilité de l'allaitement maternel exclusif en identifiant, à partir des pratiques observées, les contraintes à la pratique de l'allaitement maternel exclusif sécurisé. Comment les femmes négocient-elles ce type d'allaitement ? Comment mesurer les contraintes à l'allaitement ? En quoi cela nous informe-t-il sur l'expérience objective des mères séropositives ?

Méthode : Les résultats présentés ici reposent sur une enquête menée pendant deux ans dans les cinq districts sanitaires de la ville de Ouagadougou et fondée sur des méthodes mixtes mobilisant les outils de la géographie et de l'ethnographie. Un échantillon de 30 femmes séropositives issues de différents types de quartiers, pauvres/aisés, anciens/récents, lotis/non lotis a été suivi depuis la grossesse jusqu'au sixième mois de vie de leur enfant. Nous avons établi une hiérarchie des différentes contraintes à l'allaitement maternel exclusif sécurisé, une codification et une analyse avec un outil cartographique (PHILCARTO) et statistique (CAH).

Résultats – discussion : Les contraintes rencontrées par les femmes sont multiples : température, incohérence voire absence de recommandation de la part des agents de santé, non partage de la sérologie, pressions de la famille (type d'alimentation) ; activités économiques menées par les femmes, types de cours (individuel, collectif) et la mobilité (en dehors des activités économiques). La chaleur apparaît comme la contrainte la plus importante. Viennent ensuite l'influence de la belle-famille, le discours tenu par les agents de santé, le non partage de la sérologie et l'activité économique. La mobilité, le type de cour et l'influence de la famille de la femme sont des contraintes que la majorité des

femmes parviennent à contourner. Habiter en zone non lotie dans des conditions de vie souvent moins bonnes qu'en zone lotie en raison de l'absence d'équipements sociaux de bases ne constitue pas a priori une contrainte à l'allaitement exclusif. Si les femmes vivant dans des zones défavorisées (zone non lotie, ou récemment lotie) appliquent l'allaitement maternel exclusif, c'est moins parce qu'elles n'ont pas le choix (financier, cognitif) que parce que leur environnement construit et d'habitat leur permet plus facilement de le respecter.

Mots-clés : VIH/sida, allaitement maternel sécurisé, contrainte, Ouagadougou

#SP0405

Choisir le risque, penser la sécurité dans le contexte de l'allaitement maternel exclusif

Zenabe KOUMBEM

Université Ouaga 1, Burkina Faso

Constat : La promotion de l'allaitement maternel exclusif sécurisé fait partie des recommandations de l'OMS (2011-2015) dans l'objectif de réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans ce contexte les mères séropositives et allaitantes de la région de Ouagadougou sont invitées à allaiter leurs enfants durant les six premiers mois de la naissance de façon exclusive et sécurisée. La pratique de l'allaitement maternel exclusif sécurisé implique de la part des femmes de réorganiser leurs activités socioéconomiques.

Question : La pratique de l'allaitement maternel exclusif sécurisé suppose notamment de privilégier la prise en compte du risque d'infection de l'enfant (en cas de non-application des recommandations) ou de privilégier la maîtrise d'un risque socio-économique (conséquences de l'application des recommandations sur les activités économiques, sur les relations sociales). Comment ce choix est-il réalisé selon quelles logiques et avec quelles appréciations relatives du risque sanitaire et des risques socioéconomiques ?

Méthode : Les données collectées proviennent du projet ANRS 12316 (2014-2016) portant sur la problématique des contraintes liées à la pratique de l'allaitement maternel sécurisé. L'étude a combiné une approche socio-anthropologique et géographique et s'est déroulée en milieu urbain dans la région sanitaire du Centre (région de Ouagadougou). Elle a concerné 30 mères séropositives allaitantes ayant participé de façon libre et volontaire à la collecte des données.

Résultats – Discussion : Les femmes ne subissent pas uniquement les recommandations et font des choix. Ces choix sont réalisés « sous contraintes » : celle du risque sanitaire perçu et du coût socioéconomique de la décision prise. Pour faire ces choix, les femmes disposent de ressources et sont soumises à des contraintes (information du mari,

#SP0406 · Résumés des communications orales

pression sociale, chaleur, environnement construit, expériences précédentes de la PTME). La mobilisation de la notion AFASS conduit à une simplification et une homogénéisation de l'expérience des femmes concernées par la PTME. La vulnérabilité apparaît comme un processus, un statut susceptible de négociation. L'AFASS nie cette possibilité. Les résultats de cette enquête invitent au contraire à mieux accompagner les femmes dans leurs choix.

Mots-clés : risque, vulnérabilité, allaitement maternel exclusif, VIH/sida, Burkina Faso

#SP0406

Les hommes s'impliquent ! Typologie de l'accompagnement masculin des femmes allaitantes avec le VIH

Christelle KAFANDO

Université Ouaga 1, Burkina Faso

Constat : Les auteurs soulignent l'importance de l'implication des hommes dans le cadre de la PTME (Ditekemena et al., 2012). Cette implication reste cependant insuffisante en raison de programmes trop orientés vers les femmes alors qu'ils semblent cependant s'engager auprès de leurs conjointes au quotidien (Tijou Traoré, 2009 ; Orne-Gliemann, 2009). Pourtant le conjoint n'est pas l'unique acteur masculin jouant un rôle dans l'accompagnement des mères allaitantes.

Question : Quelles sont les figures masculines participant à l'accompagnement des mères allaitantes séropositives au delà du conjoint ? Souhaitant dépasser une lecture du couple comme incarnation de la famille (dimension nucléaire) on veut ici proposer une typologie des acteurs masculins s'impliquant dans l'allaitement maternel exclusif sécurisé. Cette typologie repose sur une conception large de la famille plus proche de l'expérience des femmes.

Méthode : Les données collectées proviennent du projet ANRS 12316 (2014-2016) portant sur la problématique des contraintes liées à la pratique de l'allaitement maternel sécurisé. L'étude a combiné une approche socio-anthropologique et géographique et s'est déroulée en milieu urbain dans la région sanitaire du Centre (région de Ouagadougou). Elle a concerné 30 mères séropositives allaitantes ayant participé de façon libre et volontaire à la collecte des données. Les femmes ont décrit la diversité des acteurs masculins et de leurs actions pour la réalisation de la PTME. Des observations ont également été réalisées.

Résultats – Discussion : Les mères mobilisent des acteurs masculins au delà de la famille nucléaire pour pratiquer l'allaitement maternel exclusif sécurisé. Leur implication varie en fonction de leur statut lignager et en fonction de la proximité affective avec la mère : frère

de la mère, frère du père au lignage duquel l'enfant appartient, simple voisin, oncle (yesba). La nature de l'aide de ces hommes peut être morale, matérielle et financière et/ou concrète.

Mots-clés : hommes, typologie, allaitement maternel sécurisé, VIH/sida, Burkina Faso

#SP0407

Logique de production des perdus de vue dans la mise en œuvre de la PTME/VIH au Burkina Faso : études de cas en milieu urbain et rural

Adama TRAORÉ

Centre national de recherche et de formation sur le paludisme (CNRFP), Burkina Faso

L'infection du VIH de la mère à l'enfant est une forme de la transmission qui contribue à maintenir le taux d'infection relativement élevé du fait des multiples difficultés rencontrées par les acteurs (les patients et les agents de santé) dans sa réalisation. Les relations entre les soignants et les soignés dans le milieu hospitalier, doublé d'un dysfonctionnement des structures de santé peuvent entraver la réussite d'une politique de santé. Dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME/VIH), les consultations prénatales constituent la principale porte d'entrée par la proposition du dépistage sérologique aux femmes enceintes. La PTME/VIH consiste une prise en charge de la mère séropositive pendant la grossesse, puis de l'enfant après l'accouchement. Cette prise en charge est proposée par les agents de santé aux femmes enceintes dépistées séropositives lors de leurs consultations prénatales (CPN). Cependant, dans le cadre de cette prise en charge, plusieurs patients (femmes et enfants) deviennent des « perdus de vue », et les raisons de ces « ruptures de soins » ne sont pas assez connues (Zongo, 2009). Ouattara F. et al. (2008) précisent que les centres de santé sont confrontés à des ruptures fréquentes d'intrants, pourtant la PTME/VIH nécessite un suivi médical régulier des patients. Cette étude a pour objectif principal de comprendre et analyser les logiques de production des perdus de vue dans le cadre de la PTME/VIH au Burkina Faso. La technique de choix raisonné a été utilisée pour cette étude qui a concerné deux centres de santé en milieu urbain, puis un en milieu rural. Nous avons mené des observations directes dans les centres de santé, puis réalisé des entretiens semi-directifs (96) avec les différents acteurs de la PTME/VIH (les femmes enceintes et les mères séropositives, puis les agents de santé). Les entretiens réalisés en langue dioula (langue locale) ont été transcrits selon la méthode philologique afin d'être le plus proche possible du sens du discours des enquêtés. Taverne B. (2011 : 29), trouve que les pertes de vus sont provoqués par des raisons financières du moment où plusieurs prestations médicales telles que « les examens complémentaires, les analyses biologiques, l'imagerie

#SP0408 · Résumés des communications orales

médicale » restent payantes. Par ailleurs, nos résultats démontrent que le dysfonctionnement du système de santé et la nature des interactions entre les acteurs de la PTME/VIH sont des causes importantes. À partir des études de cas (10), nous avons déterminé quatre facteurs qui provoquent des pertes de vues PTME/VIH dans les centres de santé : les contraintes familiales ; les ruptures d'intrants et le coût des examens complémentaires ; la nature des interactions entre les acteurs de la PTME/VIH ; et le refus de statut de personne séropositive.

Mots-clés : PTME/VIH, perdu de vue, prise en charge

#SP0408

Éthique et PTME : Perceptions et négociations ?

Bouma Fernand BATIONO

Laboratoire de recherche interdisciplinaire en sciences sociales et santé (LARISS), Université Ouaga 1, Burkina Faso

Constat : Étudier les pratiques sociales de l'allaitement maternel exclusif sécurisé implique de prendre des précautions pour ne pas lever le voile de la confidentialité qui couvre la mère séropositive dans un environnement social stigmatisant. L'enquête réalisée auprès de mères séropositives allaitantes nécessite des entretiens semi-structurés à passages répétés et des observations des espaces et de leurs comportements dans leurs domiciles par des anthropologues, sociologues et des géographes paraît nécessairement intrusive dans un contexte délicat d'infection et soulève bien des questions éthiques (Desclaux, 2008 ; Fassin, 2008 ; Switzer, Guta et al., 2015). Il s'agit dans ce travail de discuter les arrangements sociaux développés entre acteurs entrant dans des négociations perpétuelles de redéfinitions de règles et de responsabilités qui vont au delà d'une éthique attestée par la signature d'un formulaire de consentement par les femmes.

Question : Les règles de l'éthique en sciences sociales, ou précisément dans ce projet (anthropologie et géographie), sont un processus qui met en interactions plusieurs acteurs utilisant des outils formels (formulaires de consentement) pour protéger les identités des individus (participants à l'étude et les chercheurs). Comment les règles de l'éthique sont-elles négociées par les différents acteurs (femmes, anthropologues, sociologues et géographes) ? Au delà de l'institutionnel (formulaire de consentement), comment les participantes s'approprient-elles les normes éthiques dans leur environnement social afin de contribuer à la protection de leur identité ? Qui protège qui ? Contre quoi ? Il s'agit d'analyser les perceptions que les acteurs se font des règles éthiques pour produire des données dans une recherche en sciences sociales.

Méthode : Les réflexions menées sur les normes éthiques se fondent sur une approche interdisciplinaire (anthropologie/sociologie et géographie) développée dans le projet ANRS 12316 (2014-2016) portant sur les pratiques de l'allaitement maternel sécurisé. Elle s'est déroulée en milieu urbain dans la région sanitaire du Centre (région de Ouagadougou) et a concerné 30 mères séropositives allaitantes qui ont accepté librement et volontairement de participer à l'étude, c'est-à-dire à la collecte des données.

Résultats – Discussion : Sur un ensemble de 30 femmes ayant participé à l'étude, 19 ont signé le formulaire contre 11 qui ont refusé. Accepter ou refuser de signer le formulaire n'a pas modifié la qualité relationnelle entre les chercheurs et les participantes dans la production des données. La confiance établie au cours des interactions (observations et entretiens à domicile) dans le processus de la collecte des données a permis aux différents acteurs (participantes, sociologues et géographes) de s'approprier les règles d'éthiques et de les appliquer selon les contextes rencontrés et dans le souci de préserver les identités. Au delà du caractère institutionnel du formulaire de consentement, chaque acteur s'est engagé à re-négocier ou redéfinir sa position sociale et ses responsabilités à travers des arrangements sociaux et des normes.

Mots-clés : éthique, VIH/sida, allaitement maternel sécurisé, Burkina Faso, perceptions, négociations

#SP0501

Atlas du VIH à Abidjan : un exemple d'outil d'aide à la décision dans la mise en œuvre des programmes en direction des populations clés

Kouamé ABO¹, Fatou Maria DRAMÉ², Daouda DIOUF³, Stefan BARAL⁴, Sosthenes KETENDE⁴, Abdourakhmane DIA³, Evelyne-Patrice OBODOU⁵, Marguerite THIAM

¹ Programme national de lutte contre le sida. Ministère de la santé, Côte d'Ivoire

² Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal

³ Enda Santé, Dakar, Sénégal

⁴ Johns Hopkins University, États-Unis

⁵ Enda Santé, Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire avec une prévalence du VIH auprès de la population générale estimée à 3,7% selon l'EDS MICS 2012, présente tout de même des poches de concentration de fortes prévalences au sein des populations clés exposées aux risques d'infection, telles que professionnelles du sexe. La crise post-électorale ivoirienne a entraîné une entrée en prostitution estimée à 17 % due à la perte d'emplois, au déplacement massif des populations, à la perte des parents, à l'augmentation du coût de la vie (PUMLS, ENSEA,

#SP0501 · Résumés des communications orales

PLS-PHV, 2012) avec une bonne proportion de PS non affichées (60 %) et un niveau de connaissance bas du VIH (28 %). En outre, des obstacles importants, notamment la stigmatisation et la discrimination, l'environnement juridique et social défavorable sont autant de facteurs qui freinent l'accès aux services de prévention et de prise en charge des IST du VIH et du sida (ONUSIDA, 2006 ; Wade et al., 2010).

Face à cette situation, le Ministère de la santé et de la lutte contre le sida (MSLS) a mené avec l'appui financier du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'appui technique d'ENDA Santé et l'Université Johns Hopkins, une recherche sur les populations clefs. Cette recherche vise à évaluer les besoins en prévention et prise en charge des IST/VIH/sida chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les professionnelles de sexe (PS) dans les villes d'Abidjan, Bouaké, Gagnoa, Grand-Bassam, et Yamoussoukro.

La collecte de données effectuée dans la période du mois de janvier au mois de mars 2014, a permis de recueillir des informations sur l'accès, la qualité des services de prévention et de prise en charge des IST/VIH/sida afin d'identifier les obstacles à l'utilisation des services dans ces différentes localités. Une cartographie de la vulnérabilité des professionnelles du sexe (PS) enquêtées dans la ville d'Abidjan a permis de localiser la vulnérabilité au VIH en fonction des communes afin de mieux prendre en compte les réalités locales dans la ville d'Abidjan, de saisir les facteurs extérieurs liés au contexte qui peuvent influencer sur les caractéristiques décrites dans les analyses épidémiologiques.

À Abidjan, un échantillon de 466 PS a été enquêté et la spatialisation des informations a concerné 10 communes (Abobo, Adjamé, Attécoubé, Cocody, Koumassi, Marcory, Plateau, Port-Bouët, Treichville et Yopougon). Cette spatialisation a permis la mise à disposition d'un atlas du VIH à Abidjan en cartographiant :

- » le risque et la vulnérabilité à travers le non port du préservatif, la non appartenance à une association, l'absence de test du VIH ou de test d'IST, le grand nombre de clients pour des rapports anaux ou vaginaux ;
- » les prévalences du VIH et des IST.
- » L'espace est désormais perçu comme un point focal où se rencontrent et s'intègrent des phénomènes étudiés, les lieux deviennent un instrument d'analyse pour l'observation, la conceptualisation et la simulation des complexes sociaux. Cet atlas éclaire les acteurs dans la réponse sous un angle nouveau afin de mettre en place des réponses adaptées et territorialisées.

Mots-clés : professionnelles du sexe, cartographie, Abidjan, VIH, comportements, IST

#SP0502

Apport d'une étude qualitative dans l'identification des déterminants de la non observance thérapeutique chez les usagers de drogues vivant avec le VIH (UDPVIH) à Abidjan

Félicien Yomi TIA^{1,2}, Charlotte DÉZÉ^{2,3}, Stanislas Sonagnon Ahouansou HOUNDJI^{1,4}, Julie BOUSCAILLOU, Jérôme EVANNO

¹ *Institut des sciences anthropologiques de développement (ISAD), Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire*

² *Médecins du Monde Côte d'Ivoire*

³ *Médecins du Monde France*

⁴ *Association Foyer du bonheur, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Après l'étude bio-comportementale de Médecins du Monde (MdM) de 2014 auprès de 450 usagers de drogues (UD) à Abidjan qui a révélé que le taux de prévalence dans cette population est de 9,5% dont 26,5% chez les UD femmes et 39% chez les UD hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), et l'étude qualitative sur les représentations sociales du VIH/sida chez les usagers de drogues à Abidjan, les UD infectés ont été mis sous traitement ARV.

Cependant, la mauvaise observance du schéma thérapeutique par les usagers de drogues sous traitements antirétroviraux a conduit MdM à réaliser par la suite une étude qualitative auprès de ceux-ci afin d'identifier les déterminants de leur inobservance thérapeutique. La collecte des informations a nécessité la combinaison d'un focus group et d'entretiens individuels (10). Les données récoltées ont été dépouillées manuellement, suivies d'une analyse du contenu thématique.

Il ressort de l'étude l'association de plusieurs facteurs dans le processus d'inobservance thérapeutique des usagers de drogues vivant avec le VIH (UDPVIH). En effet, cette inobservance aux traitements s'expliquerait chez la grande majorité d'abord par les fausses croyances et la faible compréhension du traitement du fait d'un manque d'éducation thérapeutique et de contacts avec les soignants, qui n'ont pas de connaissances spécifiques dans la prise en charge (PEC) des UD vivant avec le VIH. Ensuite les exigences liant la prise des ARV à la nourriture. Les UDPVIH interviewés ont souligné que la prise des ARV impose un bon régime alimentaire alors que leur situation économique est précaire. Par la suite, ils ont énuméré les exigences du schéma thérapeutique, les désagréments causés par les modifications de prescriptions ne leur permettant pas de s'habituer aux nouveaux effets secondaires et aux nouveaux schémas thérapeutiques et l'incompatibilité de l'usage de la drogue et la prise des ARV dans leur prise en charge.

L'étude a révélé aussi que la consommation de drogues entraîne un comportement non observant. Le fait pour les UD d'être trop occupés à consommer ou à chercher à consommer la drogue, entraîne l'oubli de prise des ARV puisque leur état de conscience est guidé uniquement vers la satisfaction de leurs envies toxicomaniaques. De même, le

#SP0503 · Résumés des communications orales

fait que les UDPVVIH préfèrent dépenser tout leur argent dans l'achat des drogues et non dans le transport pour se rendre à la consultation ou pour se réapprovisionner en ARV seraient également un autre facteur déterminant de leur inobservance thérapeutique. Enfin, un autre facteur fortement associé à l'inobservance thérapeutique est les conditions de vie précaires de la majorité des UD qui vivent dans les fumoirs. Cette situation (précarité de leurs dortoirs) entraîne des difficultés de conservations de médicaments et la perte des médicaments résultant de la destruction de leurs dortoirs pendant les descentes policières dans les fumoirs.

L'étude qualitative en plus de l'étude bio-comportementale a permis à MdM une compréhension approfondie des habitudes de prises et de non prises des médicaments chez les UDPVVIH, de mieux appréhender les UD et d'adapter les activités du projet, notamment les thématiques des groupes GAS, les sensibilisations, les consultations et l'importance de former les agents de santé des centres de PEC du VIH (et aussi utilité du PMA).

Mots-clés : inobservance thérapeutique, antirétroviraux, schéma thérapeutique, usager de drogues

#SP0503

*Doit-on traiter les consommateurs de drogues (héroïne, cocaïne/crack) en Afrique ?
Approche socio-anthropologique d'une médicalisation au Sénégal*

Gautier NDIONE

*Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)
CRCF, Dakar, Sénégal*

Introduction : Dans les pays d'Afrique de l'Ouest, longtemps réputés dans le trafic des drogues, se diffuse l'usage de la cocaïne/crack et de l'héroïne. Au Sénégal, les usagers de drogues vivent une triple vulnérabilité : (1) au niveau social : perte d'emploi, divorce, perte de la garde des enfants, conflits avec la famille, etc. ; (2) au niveau sanitaire : atteinte par le VIH, le VHB et le VHC (étude UDSEN, ANRS 12243) ; (3) au niveau du système de soins : demande sans cesse renouvelée de traitement pour « rompre avec les drogues », dans un contexte d'approche répressive des addictions. En réponse, le Centre Régional de Recherche et de Formation (CRCF-CHNU/Fann) a appuyé, en 2011, la mise en place d'un programme de réduction des risques et procédé, en 2014, à l'ouverture du Centre de Prise en Charge Intégré des Addictions (Cépiad), incluant un programme méthadone.

Objectif et méthode : La mise en place du dispositif de traitement des usagers de drogues à Dakar a mobilisé les sciences sociales appelées à plusieurs niveaux (enquêtes socio-comportementales ; enquêtes sur les profils et les pratiques de sevrage ;

participation à une étude de suivi de cohorte ; recherche sur la situation particulière des femmes consommatrices de drogues). La présente communication se propose de décrire et d'analyser les enjeux sociaux et sanitaires de la médicalisation de l'usage des drogues en Afrique à partir d'une ethnographie au Sénégal. Les données qui servent de base à cette communication sont issues des enquêtes qualitatives doctorales (entretiens, focus groupe, observation-participation) auprès de plusieurs populations à Dakar (usagers de drogues ; acteurs de la mise en place du dispositif, soignants, associatifs, autorités étatiques) entre 2012 et 2016.

Résultats : Les investigations socio-anthropologiques montrent que le contexte institutionnel répressif et l'attention portée sur les usagers de cannabis en particulier au niveau des ONG et associations, font que les usagers d'héroïne et de cocaïne/crack sont la population à « parent pauvre » du système sénégalais de traitement des drogues. Le profil des usagers de drogues à Dakar (âge moyen = 40 ans ; sexe : 86,4% d'homme ; infection par le VIH : 5,2%), montre qu'ils constituent une population vulnérable, vieillissante (hommes) et cachée (femmes, jeunes), coupée des circuits médicaux et sociaux. Dans ce contexte marqué par l'absence de dispositif approprié, les usagers de drogues versent dans des pratiques de consommation (matériel de consommation non stérile et/ou partagé) et d'auto-sevrage (automédication, incarcération volontaire) mal contrôlées et non encadrées.

Conclusion, discussion : Le traitement délivré au Cépriad est bien apprécié par les usagers de drogues qui le disent approprié à leur situation et leur permet de retrouver leur « estime de soi » et de renouer avec leurs rôles sociaux (présence dans les foyers, mariage, insertion et promotion professionnel, retour à la pratique religieuse). Ils manifestent de nouvelles attentes sur leur traitement notamment sur sa durée indéfinie et ses effets sur leur sexualité et sur leurs activités professionnelles. La médicalisation de la consommation des drogues en Afrique permet l'accès aux soins pour des populations en quête de traitement. Cependant, pour mieux prendre en compte les spécificités africaines, leur traitement doit intégrer plusieurs aspects significatifs tels que le contexte de pauvreté, les réticences religieuses, les traumatismes familiaux, la sexualité et la maternité des usagers de drogues.

Mots-clés : usagers de drogues, médicalisation, addiction, Sénégal

#SP0504 · Résumés des communications orales

#SP0504

Obstacles à l'implication des partenaires réguliers des travailleuses de sexe dans la lutte contre le VIH à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)

Adjara MILLOGO¹, Abdramane BERTHÉ, Blahima KONATÉ, Anselme SANON, Isidore TRAORÉ, Patrice TOÉ

¹ Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Introduction : Au Burkina Faso, les travailleuses sexe continuent à jouer un rôle important dans la concentration et la transmission du VIH avec des prévalences de 16,1 % (villes de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou) (PAMAC 2011-2015).

Pour faire reculer l'épidémie, plusieurs programmes de prévention du VIH ont vu le jour (CSLS 2010 ; PAMAC 2011-2015 ; CSLS 2010 ; Berthé et al. 2007). Mais aucun ne ciblait les partenaires réguliers des TS. L'objectif de cette étude était de contribuer à une meilleure implication des partenaires réguliers dans les politiques lutte contre le VIH.

Méthode : Cette étude a été réalisée à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). Il s'agit d'une étude qualitative qui a duré 1 mois. Elle a concerné les TS et leurs partenaires réguliers. Les données ont été collectées à travers un guide d'entretien. Trente entretiens individuels et 2 focus groupes ont été réalisés avec les partenaires réguliers et les TS (20 partenaires réguliers et 10 TS). Ces données ont été traitées et analysées de façon manuelle.

Résultats : Dans cette étude la plupart des partenaires réguliers des TS ont une situation socioéconomique précaire. Certains justifient la relation avec la TS par des avantages purement matériels : « Moi je suis un chômeur, si tu vois que nous sommes ensemble c'est parce qu'elle m'épaula financièrement. Si j'ai des problèmes financiers elle m'aide » (Ya, du 20-04-2016).

D'autres trouvent que les TS comblent leur besoin d'affection et de loyauté.

Les partenaires réguliers sont conscients du risque d'infection à VIH. La peur de découvrir sa sérologie est un obstacle au dépistage : « Il y a la peur, la crainte, et d'autres aussi, vu le milieu, tu te dis déjà, le milieu que tu fréquentes là, c'est déjà un milieu qui n'est pas sain. Donc autant ne pas connaître sa sérologie ça vaut mieux » (Yo, du 22-04-2016). Le fait de fréquenter une TS est une honte « Des fois toi-même tu vois, tu es dérangé parce que c'est une passe partout. C'est tout le monde qui couche avec elle. Et toi aussi tu couches avec elle. Mais tu vas te lever pour aller faire ton test et tu vois que tu es infecté, comment tu vas te comporter ? ». Les enquêtés ont une vision « sinistre » des centres de dépistage qu'ils comparent à des morgues.

La situation géographique de la clinique Yerelon située au centre-ville est citée comme un obstacle au dépistage en ce sens que les usagers seraient exposés aux regards de la population. Egalement, les TS seraient censées se protéger et réaliseraient le test de dépistage du VIH ce qui apparait comme une garantie contre le VIH chez les partenaires réguliers : « Moi je ne suis pas habitué à porter la capote, se protéger là, sauf si c'est Dieu

qui me protège sinon en réalité moi je ne me protège pas » (Yj, du 23-04-2016). Les partenaires réguliers dénoncent une facilité de vie avec les TS.

Conclusion : Les partenaires réguliers des TS ne font pas partie des populations clés dans la lutte contre le VIH. Pourtant les nouvelles infections à VIH surviennent de nouveau dans ce milieu. Alors leur prise en compte dans la lutte contre le VIH s'avère nécessaire.

Perspectives : L'implication des partenaires réguliers occuperaient une place prépondérante dans la lutte contre le VIH.

Mots-clés : partenaire régulier, travailleuse de sexe, VIH/sida

#SP0601

La médicalisation de la PTME : une nouvelle forme de vulnérabilité féminine ?

Khoudia SOW¹, Alice DESCLAUX¹

¹ CRCF, Dakar, Sénégal

Au cours des années 1990, les recherches biocliniques et en sciences sociales ont participé à la construction d'un concept de « triple vulnérabilité » sociale biologique et épidémiologique des femmes au VIH/sida qui les expose à des souffrances accrues. Les stratégies de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant se sont multipliées au travers des services de santé reproductive. À partir de 2013, l'option B+ permet aux femmes enceintes séropositives d'être immédiatement mises sous traitement et d'allaiter leurs enfants naturellement. Depuis 2013, une recherche socio anthropologique (ANRS12271) vise à décrire et analyser les dimensions sociales, culturelles et politiques, de l'option B+ ainsi que leurs effets et limites au Sénégal et au Burkina Faso.

L'objectif de la présentation est d'analyser les perceptions et le vécu des femmes séropositives ayant bénéficié de l'option B+ afin d'approfondir l'évolution du concept de vulnérabilité tel que décrit dans la décennie précédente.

Méthodes : Une méthodologie qualitative a été mise en œuvre dans 4 sites PTME à Dakar, Sédhiou, Ziguinchor, Ouagadougou, Bobo Dioulasso. Des réunions d'informations, 50 Focus group et 125 entretiens semi-directifs avec 90 fVIH ayant l'expérience de la PTME dont la majorité avec l'option B+, des médiatrices fVIH, des spécialistes de la sensibilisation sur la PTME, des professionnels de santé et des leaders de PVIH.

Résultats : L'accès à une thérapie efficace contre la transmission du VIH à l'enfant et favorisant la santé des femmes, ouvrant la possibilité d'allaiter normalement, a modifié les perceptions et le vécu des femmes séropositives. Les professionnels de santé rapportent que la mise immédiate sous traitement et l'allaitement protégé facilitent

#SP0602 · Résumés des communications orales

l'annonce du statut VIH+ aux femmes enceintes séropositives. Soulagés par la réduction du risque de transmission du VIH à l'enfant avec les ARV, ils optent désormais pour un discours rassurant mais réduisent le soutien spécifique qu'ils accordaient aux femmes séropositives pour l'accompagnement, le suivi biomédical, psychosocial, familial, le renforcement de l'observance aux ARV ou diverses médiations. La plupart des femmes adhèrent au traitement et sont observantes. Les craintes des risques résiduels des risques de transmission du VIH lors de l'allaitement se sont estompées au fur et à mesure que le statut VIH- des premiers enfants en ayant bénéficié a été partagé et diffusé. Les informations sur l'absence de transmission du VIH lors des relations sexuelles en cas de charge virale non détectable sont également de plus en plus diffusées auprès des femmes. Les attitudes face au partage de l'information avec le conjoint ont évolué. De plus en plus de femmes remariées optent pour ne pas informer leur conjoint. Les maternités des femmes séropositives ne sont plus redoutées comme elles l'étaient dans le passé, et certaines ont plusieurs enfants successivement. Toutefois, dans un contexte où les activités d'accompagnement des associations de PVVIH sont de plus en plus réduites, beaucoup de femmes séropositives se retrouvent isolées, avec l'injonction répétée par les soignants de prendre régulièrement leurs médicaments ARV sans suivi ou soutiens adaptés.

Conclusion : L'adoption de l'option B+ a favorisé une normalisation de la procréation des femmes séropositives et une médicalisation de la prévention du risque de transmission du VIH à leur enfant ou leur conjoint qui repose essentiellement sur elles. Ces charges souvent excessives peuvent être analysées comme une nouvelle forme de vulnérabilité féminine peu reconnue.

Mots-clés : vulnérabilité, médicalisation, PTME, femme

#SP0602

Vivre du VIH/TB ou mourir de la faim : programmes verticaux et production du soin en milieu carcéral

Simon Patrick AWONDO AWONDO, Marcel BLÉHOUE, Frédéric LE MARCIS¹, Karim TRAORÉ

¹ *École normale supérieure de Lyon, France*

Constat : Lorsqu'il s'agit de la santé en prison, la majorité des programmes financés sur le continent africain concerne les questions de VIH et Tuberculose. Si cela s'explique en fonction de l'identité des bailleurs (qui alimentent des programmes verticaux : Fonds Mondial, ex-Esther, Solthis, initiative 5%, GIZ), cela tient également de la façon dont le risque sanitaire est pensé à partir de l'articulation VIH-TB et prison.

La prison apparaît en effet comme une opportunité d'accéder à une population le plus souvent située en périphérie du système médical, elle est souvent perçue comme un lieu de production du risque épidémique : parce que les détenus y développent des pratiques les exposant à la contamination, et qu'une fois sortis ils exposent leurs partenaires.

Question : Nous souhaitons dans cette communication discuter des conséquences pratiques créées par ce surinvestissement sur le VIH et la tuberculose sur la reconnaissance et la prise en charge des questions sanitaires globales et plus généralement du bien-être des détenus.

Quelles sont les conséquences de l'omniprésence de financements verticaux sur l'offre de soin dans le milieu carcéral ? Quelles réalités sont masquées par l'omniprésence du VIH/TB en prison ? Comment les acteurs apprécient ils et négocient ils cette surdétermination du VIH/TB ? En quoi l'emphase mise sur ces deux pathologies construit-elle de nouveaux risques dans la prison ? Les sources de financement différentielles VIH, TB, malnutrition, maladies de peau, créent un fonctionnement du système de santé basé sur des screenings systématiques à l'entrée et à la sortie conduisent à la production d'une échelle de valeur des pathologies qui a pour conséquence l'inversion du risque. Le VIH peut devenir une opportunité quand la faim n'enclenche pas de mécanismes de soutien et peut conduire au Beri-beri.

Méthode : Cette communication repose sur trois enquêtes en cours dans des prisons burkinabè (MACO), ivoirienne (MACA) et camerounaise (EBOLOWA). Les auteurs ont soit menés des enquêtes de terrain au sein de ces établissements, et/ou y exercent comme médecin. Aux résultats de l'enquête ethnographique (observation et entretiens) s'ajoutent la discussion de la littérature grise et scientifique sur la question et l'expérience des trois praticiens.

Résultats : L'analyse des sources de financement dans la prison et l'observation des pratiques et des logiques de l'offre de soin en milieu carcéral traduisent l'existence d'un système de valeur au sein duquel des maladies graves mais finalement peu fréquentes (TB, VIH) invisibilisent des pathologies plus courantes. Les logiques de prise en charge populationnelles l'emportent sur le soin individuel. Notre proposition invite à décroiser les mécanismes de prise en charge de la santé en milieu carcéral en faisant plus de places à une prise en charge globale et régulière. Les politiques de soin du VIH en milieu carcéral sont l'un des derniers avatars des programmes verticaux ayant irrigués les systèmes de santé en Afrique au cours des trois dernières décennies. Il apparaît nécessaire d'inscrire la prise en charge du VIH dans le cadre des politiques sanitaires globales en milieu carcéral.

Mots-clés : programmes verticaux, prison, MACO, MACA, Ebolowa, tuberculose, VIH/sida, production du soin, milieu carcéral.

#SP0603 · Résumés des communications orales

#SP0603

Les sourds : une population particulièrement vulnérable au VIH en Afrique de l'Ouest

Anne-Lise GRANIER¹, Pierre DEBEAUDRAP¹

1 Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Au cours des 10 dernières années, la réponse à l'épidémie de VIH a permis une amélioration spectaculaire de la situation dans le monde permettant, pour la première fois, d'évoquer la fin de cette épidémie. Pourtant, les personnes sourdes sont toujours ignorées des programmes de lutte contre le sida et constituent en Afrique subsaharienne une minorité importante fortement exposée aux pratiques sexuelles à risques. La méconnaissance de cette population et de ses langues des signes en fait un groupe d'exclus parce que difficile à atteindre.

Cette recherche qualitative est l'une des premières études à avoir été réalisée sur « sourds et VIH » dans cette partie du monde. Menée à Ouagadougou, Burkina Faso, d'octobre 2014 à juillet 2015 par l'Institut de Recherche pour le Développement et Handicap International, elle a eu pour objectifs d'évaluer les connaissances et attitudes des sourds face au VIH, de comprendre les déterminants et les freins de l'accès à la prévention et aux soins, et d'identifier des interventions pour l'améliorer.

Une centaine d'entretiens ont été menés auprès : de 30 sourds (hommes et de femmes) communiquant exclusivement en langue des signes, de membres de leurs familles, de personnels soignants et/ou associatifs. Le côté novateur de ce travail tient à la prise en compte des différents niveaux de langue des signes (hétérogènes selon le niveau de scolarisation et socialisation), à l'étroite collaboration entre chercheur et médiateur sourd formé aux techniques de recherches (entretiens et transcriptions) et à l'utilisation de la caméra.

Cette communication montrera :

1/ Des modes de connaissances distinctifs :

- » Un accès à l'information très limité : rares campagnes de sensibilisation, aucun relais professionnel en langue des signes ;
- » Des modes de transmission du VIH mal connus (confusion entre symptôme et maladie) et de faibles moyens de protection ;
- » La nécessité d'une utilisation professionnelle de la langue des signes : l'incompréhension de l'information reçue peut avoir de graves conséquences (confusion et/ou déformation d'information) : « le soleil donne le sida », « le préservatif donne la grossesse » ;
- » Une absence des sourds au sein des structures de suivi VIH La remise en cause de la confidentialité des informations à communiquer au patient en présence d'un accompagnant entendant.

2/ Des modes de vie spécifiques :

- » Des relations sexuelles marquées par un multipartenariat : peu de relations stables, grossesses multiples et avortements clandestins, abus et violences sexuelles ;
- » Une forte précarité et un sentiment d'exclusion social et familial : peu scolarisés et cantonnés aux tâches ménagères, les sourds sont souvent rejetés des familles et contraints de se livrer à des activités génératrices de revenus pouvant les exposer à de gros risques. Des réseaux de mendicité, sont organisés par des chefs sourds, au Burkina Faso et dans les pays avoisinants. Les filles sourdes emmenées à l'étranger sont soumises à une exploitation sexuelle et parfois contraintes à la prostitution.

Le faible accès à l'information d'une part, et des modes de vie très spécifiques d'autre part, exposent d'autant les sourds aux pratiques sexuelles à risques. Leur principale vulnérabilité est l'absence de prévention adaptée, en particulier par des professionnels sourds, et d'échanges avec les soignants. Il semble urgent de prendre en compte la langue des signes et de mettre en place une recherche action engagée au sein de structures de références.

Mots-clés : sourds, VIH, vulnérabilité, exploitation sexuelle, Burkina Faso

#SP0604

Santé sexuelle et risque d'exposition au VIH des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes : le cas des femmes de Douala et Abidjan

Anne SUSSET¹, Denise KOLIA², Joséphine MANDENG³

¹ Plateforme ELSA, France

² Alternative Côte d'Ivoire

³ Alternatives Cameroun

Contexte : Les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes (FSF) sont sujettes à une double vulnérabilité face au risque d'exposition du VIH : en tant que femmes et en tant qu'homosexuelles. Leurs risques spécifiques découlent de ce double statut : invisibilisées par les messages de prévention hétéro-normés, elles sont moins bien informées ; socialement stigmatisées, elles sont souvent forcées à des relations hétérosexuelles ; parfois rejetées par leurs familles, elles recourent au travail du sexe pour leur survie... Pour autant, cette question est encore peu documentée dans la littérature. L'objectif de l'étude était d'évaluer leur exposition aux risques de transmission du VIH et des IST, leurs connaissances de ces infections et des modes de prévention, ainsi que leurs capacités de recours aux soins.

#SP0604 · Résumés des communications orales

Méthode : L'enquête exploratoire a été réalisée en partenariat avec 2 associations communautaires : Alternatives Cameroun et Alternative Côte d'Ivoire auprès de 121 femmes issues des communautés FSF de Douala et Abidjan entre avril et novembre 2013. Le recrutement des répondantes s'est fait par « effet boule de neige » à partir des femmes fréquentant ces associations créées à l'origine par ou pour les communautés MSM. Les critères d'inclusion étaient d'être une femme et d'avoir eu au moins une relation sexuelle avec une femme au cours de sa vie.

Le questionnaire était auto-administré après explication de la démarche et des termes utilisés dans le questionnaire par des paires.

Résultats : 121 réponses ont été collectées, dont 85 à Douala (70%) et 36 à Abidjan (30%). 70% des répondantes avaient entre 20 et 30 ans et 95% avaient eu des relations sexuelles avec des femmes au cours des 12 derniers mois. Toutes vivent en milieu urbain.

Concernant leurs pratiques de prévention, 76% n'utilisent jamais de protection lors d'un rapport avec une femme. Parmi les 61% qui ont des rapports sexuels avec des hommes, 30% utilisent un moyen de prévention à chaque fois. Pourtant, elles sont plus d'un tiers à penser que les pratiques de cunnilingus, pénétration vaginale ou anale avec les doigts ou avec des objets sexuels peuvent transmettre le VIH ou d'autres IST.

Sur leur exposition au VIH et IST, 81% ont fait au moins un test VIH dans leur vie dont aucun ne s'est déclaré positif. 54% des femmes interrogées n'ont jamais fait de test de dépistage des IST mais 39% déclarent en avoir déjà contracté une.

Sur leur accès aux soins, environ la moitié des répondantes (54%) déclare consulter une gynécologue 1 fois par an ; un quart (26%) n'en a jamais consulté de sa vie. 38% ont eu un frottis vaginal (80% de ces examens concernent des femmes de Douala). Un tiers des femmes qui ont eu un dépistage des IST l'ont fait à l'occasion d'une grossesse. Par ailleurs, 57% déclarent avoir déjà subi des violences et 72% d'entre elles estiment que ces violences étaient liées à leur orientation sexuelle.

Conclusions : Si les FSF ne semblent pas être une « population clé » au regard de leur exposition au VIH, leurs besoins en termes de prévention et d'accès aux soins sont spécifiques et doivent être pris en compte, et leurs droits doivent être défendus. L'enquête montre que ces femmes accèdent peu aux services de santé, à moins qu'ils ne soient proposés en stratégie mobile (23% ont réalisé leur test lors d'une campagne mobile de dépistage) ou par des structures identitaires (consultations gynécologiques proposées au sein des structures identitaires et promues par des pairs-éducatrices). Des recherches approfondies doivent être menées afin de mieux connaître les réalités et les besoins de la population des femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes.

Mots-clés : FSF, santé sexuelle, populations clés, lesbiennes

#SP0605

De la nécessaire prise en compte des besoins en santé sexuelle et reproductive en Côte d'Ivoire des lesbiennes, bissexuelles, queers, transgenres et femmes ayant des rapports sexuels avec d'autres femmes (LBQTFSF)

Lydet Roland Adolphe OULAYE

Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

Pourquoi est-il nécessaire de prendre en compte les besoins en santé sexuelle et reproductive des LBQTFSF, en Côte d'Ivoire ? Telle est l'interrogation autour de laquelle s'articule la communication.

Elle part du constat de l'absence des LBQTFSF dans l'action publique de prévention des IST/VIH/sida au sein d'un pays qui est le plus affecté de l'Afrique de l'ouest, avec un taux de prévalence de 3,4%. Dans ce contexte, le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le sida ivoirien inclut dans son Plan Stratégique National de lutte contre le sida 2011-2015, les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HSH), comme population prioritaire dans la prévention. Les LBQTFSF sont en revanche laissées pour compte.

Or, outre les risques de transmission des IST/VIH/sida entre femmes en période de règles ou lors de l'utilisation et l'échange d'objets pénétrants sans protection, il est important de rappeler que les LBQTFSF entretiennent également avec des hommes, dans le cadre d'une relation conjugale ou non, des rapports sexuels non protégés. Tous ces comportements inscrivent ces femmes dans des schémas complexes d'infection, de transmission et de propagation potentiels des IST/VIH/sida.

Cette communication a ainsi pour objectif de démontrer que la prise en compte des besoins de santé sexuelle et reproductive des LBQTFSF est nécessaire et relève du domaine de la santé publique. Il s'agit encore de décrire le drame humain que vivent ces femmes à travers la non-prise en compte de leurs besoins en santé sexuelle et reproductive. Cette situation est vécue comme un déni de leurs droits, voire de leur existence en tant que minorité sexuelle et en tant que femme. Il est question enfin d'interpeler le gouvernement de Côte d'Ivoire sur son rôle de garant des divers droits des citoyens, dont celui de « se protéger et d'être protégées du VIH et des infections sexuellement transmissibles », tel que le souligne le protocole de Maputo auquel il a adhéré.

Pour ce faire, l'article s'appuie davantage sur quelques témoignages de LBQTFSF, que sur un décompte des victimes des IST/VIH/sida, pour comprendre la situation de ces femmes. Et pour cause, celles-ci sont difficiles à dénombrer et à comptabiliser en tant qu'infectées LBQTFSF des IST/VIH/sida, dans la mesure où avec le risque de stigmatisation, elles déclinent peu leur orientation sexuelle dans les services prestataires de santé. Cette démarche qui consiste à partir d'une étude qualitative pour cerner la réalité des besoins de santé sexuelle des LBQTFSF évoque le principe d'une intervention efficace des actions de santé, sur la base d'une connaissance des comportements de ces femmes en matière de sexualité. Certes, ceux-ci sont d'abord des comportements sociaux. Néanmoins ils

#SP0701 · Résumés des communications orales

doivent, surtout dans le contexte de la pandémie du VIH/sida, être regardés comme des comportements liés à la santé dans la mesure où ils ont des répercussions positives ou négatives sur la santé des individus et la santé publique.

Mots-clés : Côte d'Ivoire, santé sexuelle, santé publique, lesbiennes, sexualité, orientation sexuelle

#SP0701

Factors affecting the quality of public HIV testing and counseling services in the city of Douala, Cameroon: an exploratory qualitative study

Patrice NGANGUE

Université Laval, Québec, Canada

Introduction : The Cameroon government has made HIV testing and counseling (HTC) a priority in its HIV/AIDS strategic plan. However, little is known about the quality of HTC services or their staff. This exploratory study sought to identify the factors that influence the quality of HTC services in Douala's district hospitals.

Methods : Two primary data collection methods supported by the Donabedian healthcare model were used to explain the factors influencing the quality of HTC services. This consisted of semi-structured individual interviews with 6 nurses and 16 lay counselors and a non-participant observation of the physical environment for HTC by site. The study sites were the prevention and voluntary testing and counseling centres (PVTCC) of the six district hospitals of the city of Douala.

Results : The study reveals concerns about confidentiality and privacy during counseling sessions due to unsuitable and limited space. An absence of consent, including verbal consent, was reported in one PVTCC. There is no specific accredited training curriculum that leads to formal registration as PVTCC staff, and some lay counselors work without training. Lay counselors carry the burden of HIV counseling, but most work for many years without remuneration and recognition. Another quality challenge is the high workload in district hospital laboratories, leading to long waiting times for HIV test results, thus contributing to failures to return for results.

Conclusion : The findings of this study highlight some issues, such as lack of suitable space and equipment for HIV testing and counseling, that hinder the quality of HTC services, and should challenge Cameroon's health authorities on the need to reorganize HTC services and create a national HIV quality assurance program.

Mots-clés : Quality of health services, HIV testing and counseling, Cameroon, lay counselors, qualitative study

#SP0702

Contexte, expériences et suivi après un dépistage positif des hépatites virales B et C à Yaoundé, Cameroun

Fanny CHABROL

Cermes3, Paris, France

Contexte : Le Cameroun est un pays à épidémie d'infection à VIH généralisée qui est aussi une zone de forte endémicité des hépatites virales B et C, respectivement 2% et 12% de la population. La complexité et l'acuité des défis que posent les hépatites virales aux patients et aux soignants demeurent mal connus en particulier les circonstances du dépistage et le suivi immédiat et à plus long terme des patients récemment dépistés.

Méthodologie : Dans le cadre de l'étude EVOLCAM (Analyse du programme camerounais d'accès aux antirétroviraux face à la problématique des co-infections du VIH) notre enquête socio-anthropologique a cherché à documenter ces obstacles grâce à la conduite d'entretiens approfondis avec des patients (co-infectés VIH/VHB ou VHC et mono-infectés VHB ou VHC), soignants, responsables de santé publique et associatifs (n=42). À ces entretiens s'ajoutent des observations de consultations (n=98) dans le service de gastroentérologie d'un des plus grands hôpitaux de la capitale camerounaise.

Objectifs : L'objectif de notre étude visait à analyser les expériences des patients récemment dépistés pour l'hépatite B et C et le type de contraintes (cognitives, économiques, sociales) rencontrées par ces patients pour accéder aux soins (et le cas échéant, au regard de leur infection VIH). L'étude porte également sur les difficultés ressenties par les soignants pour améliorer la prise en charge de leurs patients.

Résultats : Le dépistage de l'hépatite B et C à Yaoundé se situe au point de rencontre entre plusieurs enjeux majeurs de santé publique en termes de prévention et d'accès aux soins. En premier lieu, les circonstances du dépistage désignent un contexte émotionnel difficile dans lequel des dépenses de santé importantes sont déjà engagées (don du sang pour assister un proche, suivi de l'infection à VIH, grossesse, symptômes), une situation dominante parmi les patients mono-infectés par le VHB et le VHC. Deuxièmement, l'information lacunaire et contradictoire dont disposent ces mêmes patients (messages radio, docteur, banque de sang) ne leur permet pas d'interpréter leur infection ni le suivi de cette infection. Enfin, les dépenses « catastrophiques de santé » engagées pour effectuer des bilans biologiques contribuent à éloigner ces patients des structures sanitaires. L'ensemble de ces facteurs explique le recours à la médecine traditionnelle plus accessible et efficace pour soulager certains symptômes.

Conclusion : Notre étude confirme un effet cumulatif des difficultés qui se cristallise autour du dépistage des hépatites virales. L'accès au dépistage est toutefois une opportunité pour envisager une stratégie robuste de prévention, d'information et d'accès aux traitements face à une urgence de santé publique.

Mots-clés : hépatite virale B, hépatite virale C, VIH, hôpital, patient, dépistage, cout des soins, information

#SP0703 · Résumés des communications orales

#SP0703

Du dépistage tout venant au dépistage (très) ciblé du VIH en Côte d'Ivoire : entre optimisation des ressources et remise en cause de l'accès universel au dépistage

Anne BEKELYNCK

PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire

Alors que les financements alloués à la lutte contre le VIH/sida stagnent depuis 2010 et que le nombre de personnes sous traitements ne cesse de croître (atteignant aujourd'hui 17 millions dans le monde), certains volets sont sacrifiés – au sein desquels le dépistage du VIH. Seulement 4% du budget mondial du VIH est alloué au dépistage, contrastant avec des recommandations prônant une mise sous traitement de plus en plus précoce. Tandis que l'ONUSIDA s'est fixé pour objectif que 90% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut d'ici 2020 (90/90/90), seulement 45% d'entre elles en ont connaissance aujourd'hui.

Cette communication analysera les stratégies actuelles de dépistage en Côte d'Ivoire, et spécifiquement le passage d'un dépistage tout venant à un dépistage très ciblé. Quels en sont les impacts tant en termes d'efficacité que du droit à l'accès aux services de santé ? Cette étude se fonde sur une enquête de terrain qualitative (2015-2016), conjuguant des entretiens auprès des acteurs clés (organisations internationales, ONG, acteurs gouvernementaux, associations, etc.) et des observations au sein d'instances de coordination nationales (Programme nationale de lutte contre le VIH/sida, CCM, etc.). En Côte d'Ivoire, un pays où l'épidémie est intermédiaire (3,5%), les stratégies de dépistage sont largement façonnées par les orientations du Pefpar, qui finance 78% du budget alloué au VIH/sida (2015). À la fin des années 2000, celles-ci étaient fondées sur le principe du tout venant, avec une approche systématique du dépistage en population générale, que ce soit dans les structures de santé (conseil et dépistage à l'initiative des prestataires systématique) ou à l'extérieur (campagnes de masse, porte-à-porte, etc.). Aujourd'hui, les stratégies de dépistage sont largement amputées financièrement (baisse de 70% du budget du Pefpar alloué au dépistage entre 2015 et 2016) et dans un souci d'optimisation des ressources, elles reposent sur le principe d'un ciblage aigu (populations, zones géographiques, structures de santé). Au final, dans près de la moitié des districts sanitaires de Côte d'Ivoire (40/82), l'offre de dépistage est strictement minimale (uniquement pour les tuberculeux, les femmes en PTME et pour les populations clés), tandis que dans les districts définis comme prioritaires, l'offre en stratégie avancée est resserrée sur certains groupes de populations (PS, HSH), au détriment d'une offre accessible à la population générale.

Cette stratégie de ciblage intensif est justifiée par une quadruple argumentation : scientifique, ce ciblage étant montré comme une rupture salutaire avec le dépistage tout venant, présenté comme inefficace, voire irrationnel ; économique, celui-ci permettant une meilleure « rentabilité » de l'aide américaine ; institutionnelle, en s'appuyant sur l'ONUSIDA et leur objectif du « 90/90/90 », ces stratégies de ciblage intensif sont

présentées comme leur application directe ; et enfin politique, le Pefpar appelant à la nécessaire prise de responsabilité de l'État.

Cette présentation montrera les limites d'une approche extrêmement ciblée, dans un contexte où l'épidémie est encore généralisée. Elle relativisera notamment sa « scientificité » et sa « rentabilité », en montrant que ces méthodes se focalisent davantage sur l'efficience à court terme que sur l'efficacité à long terme. Elle attirera l'attention également sur les usages sociaux du dépistage (occasion de sensibilisation, dépistage comme prévention, etc.), qui sont largement exclus d'un dépistage focalisé sur la recherche des personnes infectées et sur l'obtention de taux de séropositivité élevés. Elle soulignera également la nécessaire définition de stratégies de dépistage spécifiquement adaptées au contexte épidémique de pays intermédiaires telle que la Côte d'Ivoire (épidémie généralisée en population générale avec des prévalences élevées dans certains sous-groupes).

Mots-clés : dépistage, VIH/sida, Côte d'Ivoire, politiques publiques, Pefpar

#SP0704

Le dépistage du VIH intégré en routine dans les services de soins en Côte d'Ivoire : réalités contemporaines

Séverine CARILLON

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

La nécessité de traiter les personnes infectées par le VIH le plus précocement possible implique d'améliorer la couverture du dépistage et d'en faciliter l'accès. Le Conseil et Dépistage en routine réalisé à l'Initiative du Prestataire (CDIP) permet de garantir un diagnostic plus systématique de l'infection à VIH dans les établissements de santé. Il figure ainsi parmi les nouvelles stratégies proposées en matière de conseil et de dépistage du VIH dans les contextes d'épidémie généralisée. Comment cette stratégie est-elle mise en pratique dans les services de médecine générale ? Comment les professionnels de santé articulent-ils les exigences propres au dépistage du VIH (un conseil pré-test, une proposition incluant notamment la possibilité pour le patient de refuser le test, un recueil du consentement explicite du patient, des conditions de confidentialité) à leurs pratiques de soins quotidiennes dans le cadre de consultation de médecine générale ?

À partir d'une étude ethnographique multi-site des pratiques de dépistage intégré en routine dans des services de soins non VIH en Côte d'Ivoire (plus de 200 consultations médicales observées et 50 professionnels de santé impliqués dans le dépistage interrogés), il s'agira dans cette communication de décrire la mise en œuvre pratique du

#SP0705 · Résumés des communications orales

CDIP dans des consultations de médecine générale. Ceci amènera à mettre en évidence le décalage entre le CDIP tel qu'il a été pensé et écrit dans son exceptionnalité théorique et sa mise en œuvre pratique dans un cadre de consultation ordinaire où, comme nous le montrerons, le test VIH fait bien plus l'objet d'une prescription de routine non systématique (hormis en cas de suspicion clinique) que d'une proposition systématique « tous venants ». L'approche anthropologique de ce décalage permettra de mettre en évidence les logiques qui sous-tendent les discours et les actes des professionnels de santé et d'identifier les normes pratiques qui guident leurs comportements.

La banalisation de la prescription du test VIH et sa non systématisation ainsi mises en évidence posent la question de l'adaptation d'une démarche de dépistage singulière dans un cadre de consultation ordinaire et de routine. Le décalage entre normes théoriques et pratiques apparaît comme le résultat d'une articulation entre un cadre théorique réaffirmant l'exceptionnalité du VIH et le contexte de prescription des soins qui exige une routinisation de la prescription du test du VIH plus qu'une systématisation de la proposition de test. Ces constats amèneront à dégager les éventuelles implications et les questions que posent ces normes pratiques tant pour les soignants que pour les soignés, ainsi que pour la santé publique. La prescription d'un test VIH en routine inclus dans une batterie d'autres tests, promue par la majorité des professionnels de santé rencontrés, pose-t-elle un problème du point de vue des patients ? Et si oui, de quels patients ? Du point de vue de l'organisation des soins ? Ces normes pratiques constituent-elles des ressources ou au contraire des limites à la poursuite de ce dépistage en routine ? Quelles questions suscitent-elles pour optimiser les efforts vers l'objectif des Nations Unies visant 90% des adultes dépistés ?

Mots-clés : dépistage, professionnels de santé, normes pratiques, consultations médicales

#SP0705

Le sida, paradigme de la transfusion sanguine au Gabon : analyse sociologique du recours au don de sang pour effectuer des dépistages

Maheba TONDA

Institut de recherches interdisciplinaires sur les enjeux sociaux (IRIS), France

En 1994, le comité régional de l'OMS pour l'Afrique dressait un bilan du faible développement des structures transfusionnelles africaines, et en préconisait le renforcement des capacités, car il était admis que c'était la seule voie de contamination massive du VIH qu'il était possible de contenir totalement. Après avoir été l'un des vecteurs important de nombreux cas de contamination en Afrique (Lachenal, 2011 ;

Schneider, 2013), les centres de transfusion sanguine furent ainsi mis à contribution dans la lutte contre le sida. À partir de 1997, le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) du Gabon intégra de ce fait un réseau national de veille épidémiologique, avec notamment les différents laboratoires d'analyses médicales (Milleliri, 2004).

Dans la pratique proprement transfusionnelle, une sélection clinique et biologique des donneurs de sang permet de s'assurer au maximum de la qualité du sang, et empêcher de nouvelles contaminations chez les receveurs. Le parcours d'un donneur de sang au CNTS débute ainsi par un entretien médical dont le but est de le qualifier ou de le disqualifier, et se termine par la remise des résultats des tests biologiques effectués sur le sang prélevé. Dans les faits, le don de sang n'est donc pas simplement le moment du prélèvement sanguin, mais aussi tout le rituel médical qui l'encadre. Les entretiens et observations que je mène depuis 2014 au CNTS montrent que tous ces moments sont d'égales importances pour les donneurs, et même que pour la majorité, effectuer des examens de dépistage du VIH notamment est la première motivation à donner du sang.

Face à ce constat, quelques questions s'imposent : pourquoi certaines personnes choisissent-elles le centre de transfusion sanguine comme lieu de dépistage ? Comment comprendre cette relégation au second plan du don de sang « altruiste » pour le dépistage, dans un contexte global où il existe toujours des réticences à se faire dépister dans des centres spécifiques de dépistage ? Dans un contexte également où des failles sont observables dans les dispositifs de sélection des donneurs (non suivi de l'entretien médical pré-don, dépistages manuels pour cause de panne des appareils, rupture des tests de dépistage), ces questions pointent une situation dont l'enjeu sanitaire est important, notamment parce que dans l'état actuel des tests de dépistage couramment utilisés au CNTS, il est impossible de détecter une infection de VIH récente chez une personne qui viendrait donner du sang pour connaître son statut sérologique.

Cette recherche repose sur des entretiens semi-directifs et des observations participantes menées d'avril à novembre 2014, et de juin à octobre 2015 à Libreville. L'hypothèse qui la guide est qu'en se constituant comme dispositif de lutte contre le sida, les messages envoyés au public par le CNTS (« donner votre sang pour connaître votre sérologie ») et les discours moralisateurs des médecins, sur la vie sexuelle des donneurs de sang, ont fini par faire paraître le CNTS comme un laboratoire d'analyses médicales plutôt que comme une banque de sang. La connotation non exclusivement rattachée au sida, permet aux individus de s'y rendre avec moins de réticences que dans les centres de dépistages agréés, en dépit du paradoxe selon lequel le don de sang bénévole ne s'effectue que lorsque l'on est sûr d'être sain. Ainsi, le dispositif de transfusion sanguine produit des donneurs de sang qui ne se soucient pas d'être en bonne santé pour effectuer le don de sang, et cela traduit selon moi le fait que le sida est devenu le paradigme de la transfusion sanguine au Gabon. Et en le devenant, il fait ressurgir la possibilité de contaminations dont on pensait pourtant pouvoir se débarrasser complètement.

Mots-clés : dépistage, don du sang, sida, transfusion sanguine

#SP0801 · Résumés des communications orales

#SP0801

Les associations burkinabés de lutte contre le sida et la dynamique de la professionnalisation : controverses, enjeux et stratégies d'adaptation

André SOUBEIGA

Laboratoire de recherche interdisciplinaire en sciences sociales et santé (LARISS), Université Ouaga 1, Burkina Faso

Depuis l'irruption officielle sur la scène publique burkinabé (au milieu des années 1990) des premières ONG/associations de lutte contre le sida, l'engagement « communautaire » dans cette lutte n'a cessé de se renforcer, épousant les stratégies et les formes les plus diverses. En l'espace d'une décennie, les structures et les acteurs « communautaires » apparaissent au lendemain des années 2000, comme un maillon essentiel du dispositif institutionnel de la réponse au VIH. Une tendance qui se confirme chaque jour un peu plus avec le foisonnement sans précédent suivi de l'érection du monde associatif en tant que cheville ouvrière de l'engagement collectif contre le sida. En se positionnant de la sorte dans l'arène de cette lutte, le mouvement associatif a fortement contribué à changer le visage de l'action publique, au moyen d'actions de proximité, par sa capacité d'initiative et sa propension à innover, devenant ainsi un maillon complémentaire mais essentiel des politiques publiques mises en œuvre par l'État. Cependant, mues par des dynamiques internes et externes, les associations sortent de plus en plus des schémas de fonctionnement classiques en imprimant à leurs interventions des formes plus rationnelles. Un des instruments de la généralisation de ce processus en milieu associatif burkinabé reste le Programme d'Appui au Monde Associatif et Communautaire (PAMAC) qui œuvre au renforcement des capacités institutionnelles et techniques des structures associatives, afin de leur permettre « de délivrer des services communautaires de qualité ». En quelques années, les associations officiant dans le champ du sida sont passées d'un modèle de fonctionnement basé sur le volontariat et le bénévolat à une action « communautaire » empreinte du sceau du professionnalisme.

Problématique : Ce modèle du professionnalisme (largement inspiré par les bailleurs internationaux) tend à se généraliser et à supplanter les modes de fonctionnement traditionnels des associations, tout en suscitant des controverses au sein même du mouvement associatif. Ce changement se produit à un moment où les structures associatives sont confrontées à la baisse des financements publics et extérieurs due en partie à la « normalisation » du sida. Comment peuvent-être décryptés les enjeux dont ces dynamiques sont porteuses ? Comment, dans un tel contexte, les associations et leurs leaders réagissent face à ces contraintes ? Quelles stratégies mettent-elles en œuvre pour s'adapter à cette nouvelle réalité ?

En somme, cette étude tentera d'appréhender les initiatives et les stratégies développées par le monde associatif qui contribuent à la fabrique des politiques publiques, à partir des ressources (matérielles, financières, politiques, symboliques) dont elles disposent tout en interrogeant leur résilience face à la raréfaction des financements.

Méthode : Cette recherche repose sur une investigation de terrain faite d'entretiens semi-directifs auprès de différentes catégories d'acteurs institutionnels et étatiques et de responsables associatifs à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, les deux principales villes du pays.

Mots-clés : VIH/sida, politiques publiques, professionnalisation, résilience, Burkina Faso

#SP0802

Les médiatrices dans la PTME au Burkina Faso : entre engagements et craintes

Assita GOUO¹, Blandine BILA^{1,2}

¹ Institut de recherche en sciences de la santé / Centre national de la recherche scientifique et technique (IRSS/CNRST), Burkina Faso

² Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)

Contexte : L'implication des médiatrices communautaires dans la PTME (Prise en charge de la Transmission Mère-enfant) est majeure. Leur statut VIH+ est un élément clé pour l'aide qu'elles apportent aux PVVIH en général et les femmes en situation de PTME en particulier. Il est donc nécessaire d'analyser leur expérience et leurs conditions de travail, dans un contexte de tarissement progressif des financements pour leurs activités.

Méthode : Dans le cadre du projet ANRS 12271(2013-2015), des entretiens individuels semi-structurés avec une vingtaine de médiatrices à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso en avril 2013 et six autres entretiens semi-structurés complémentaires entre novembre 2015 et décembre 2015 dont quatre à Bobo-Dioulasso et deux à Ouagadougou, complétées par de l'observation, ont exploré leur statut, leur rôle et les difficultés qu'elles perçoivent dans l'exercice de leur métier.

Résultats : Toutes séropositives, mères de famille, dépendantes financièrement, veuves ou sans conjoint stable économiquement ou légalement, vivant en location ou chez des parents, elles travaillent bénévolement à plein temps dans des associations de lutte contre le VIH/sida et dans des formations sanitaires, sans affiliation à la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Le financement des activités du monde communautaire dont elles font parties se faisant de plus en plus rare, les gratifications qu'elles reçoivent pour leurs prestations sont elles aussi irrégulières. Les médiatrices ayant participé à l'étude depuis 2013, sont pour la plupart obligées, entre deux projets, de s'endetter pour assurer à leurs familles le minimum vital. Faute de revenus réguliers, elles peinent à s'acquitter pleinement des responsabilités qui leur sont dévolues. Malgré leurs difficiles conditions de travail et leur séropositivité, la plupart d'entre elles restent néanmoins déterminées à leur poste. Elles poursuivent leurs activités dans les associations et dans les structures de santé où leurs services sont considérés comme indispensables.

#SP0803 · Résumés des communications orales

Conclusion : Le caractère essentiel du rôle des médiatrices communautaires dans la prise en charge thérapeutique et psychosociale particulièrement des femmes dans les programmes PTME puis ETME (Élimination de la Transmission Mère-enfant), et les difficultés financières qui compromettent de plus en plus leur participation à la lutte contre le VIH/sida en général, imposent d'œuvrer pour l'amélioration de leurs conditions de travail.

Mots-clés : Médiatrices conditions

#SP0803

De la mobilisation à la « participation » des séropositifs béninois aux politiques de lutte contre le sida : mise à distance des logiques militantes et redéfinition des modalités de l'action associative

Clément SORIAT

Centre d'études et de recherches administratives, politiques et sociales (CERAPS), Lille, France

Contexte : La lutte contre le sida a donné lieu un peu partout dans le monde à de fortes mobilisations dont le rôle a été déterminant dans la construction de politiques en la matière. Au Bénin, contrairement à ce schéma « classique » de l'action publique, les politiques de lutte contre le sida semblent préexister à la construction du VIH/sida comme problème politique.

Méthode : Cette communication se fonde sur une enquête de terrain de type ethnographique réalisée au Bénin entre 2009 et 2013 dans le cadre d'une thèse en science politique. Soixante-quinze entretiens approfondis ont été réalisés et des observations participantes effectuées (avec un double statut d'acteur associatif et de chercheur).

Résultats et conclusions : L'hypothèse développée est que la diffusion de la thématique de la « participation » dans le contexte béninois est un puissant facteur de mutation des rapports qu'entretiennent les séropositifs avec l'action publique de lutte contre le sida et de redéfinition de leurs modalités d'intervention, dans le sens d'une convergence de leurs visions et pratiques avec un ensemble de standards véhiculés par l'aide au développement. À la fin des années 1990, un petit groupe de séropositifs réunis en groupe d'« auto-support » et connectés à des réseaux militants transnationaux tentent de politiser la question du VIH/sida. Ils œuvrent notamment en vue d'ériger la question de l'accès aux traitements antirétroviraux en cause collective. Dans le même temps, l'adhésion du Bénin au principe GIPA (Greater Involvement of People Living with AIDS) entraîne la mise en place de dispositifs participatifs et la structuration des séropositifs en associations de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH). Ce processus conduit à la

neutralisation politique de la lutte contre le sida et à une mise à distance des logiques militantes. Les séropositifs mobilisés sont en quelque sorte « domestiqués » par les dispositifs participatifs nouvellement créés. Leur potentiel protestataire est progressivement désamorcé, en partie du fait que les acteurs auxquels ils seraient susceptibles de se confronter deviennent leurs financeurs. Par ailleurs, « participer » suppose des ressources (culturelles notamment) bien spécifiques dont sont dépourvus la plupart des séropositifs. Les représentants d'associations de PVVIH inclus dans les espaces participatifs sont ceux dont les profils et les parcours sont les mieux ajustés aux exigences de l'aide au développement. Ils sont ainsi particulièrement disposés à placer l'action associative sur le registre du professionnalisme et de l'expertise. Ils contribuent notamment à la consécration du modèle des mobilisations collectives « par projet », dont la teneur politique entre en tension avec des enjeux techniques de plus en plus prégnants. Ce faisant, ils acquièrent de nouvelles ressources et renforcent leur légitimité dans tout un ensemble d'espace, le stigmate de la séropositivité étant ici renversé au service de la construction de leur notoriété locale. En analysant des profils et des parcours d'acteurs associatifs singuliers, nous apportons une contribution plus globale à l'analyse de l'évolution des modèles associatifs et de la recomposition sociologique des structures du pouvoir au Bénin.

Mots-clés : associations de PVVIH, participation, mobilisations collectives, action publique

#SP0804

Développement de la vie associative au sein des populations clés comme stratégie d'empowerment pour une meilleure santé sexuelle et reproductive : cas des femmes travailleuses du sexe au Bénin

Fernand Aimé GUÉDOU¹, Emmanuelle BÉDARD, Nassirou HOUNSA, Frédéric KINTIN, Georges BATONA, Charles SOSSA, Josèphat AVOCÈ, Adolphe Codjo KPATCHAVI, Michel ALARY

¹ Dispensaire IST, Centre de santé communal de Cotonou 1, Bénin

Justification : Le développement de la vie associative est considéré comme l'un des principaux piliers de l'empowerment des populations marginalisées. L'association des femmes travailleuses du sexe (TS) de Cotonou a vu le jour en mai 2014 sous le nom de « Solidarité ». Au cours de la première année de mise en association, quelques rencontres et activités de formation ont été réalisées avec les femmes TS.

Objectifs : Les objectifs de l'étude sont de documenter le processus de regroupement des femmes TS de Cotonou à partir du concept d'empowerment (LeBossé, 2003 ; Ninacs,

#SP0805 · Résumés des communications orales

2002 ; Wallerstein, 1992) et d'identifier les impacts à court terme de ce regroupement sur les plans individuel, organisationnel et communautaire.

Méthode : Entre les mois de mai 2014 et mars 2015, 13 femmes TS pairs éducatrices (PE) ont participé à un entretien individuel semi-dirigé et 3 femmes TS à un entretien de groupe. Ces données ont été complétées par de l'observation participante et des entretiens informels avec divers acteurs du milieu prostitutionnel. L'analyse qualitative des données a été réalisée selon les étapes proposées par L'Écuyer (1990).

Résultats : Au cours de la première année du regroupement, les femmes TS PE interrogées ont rapporté avoir fait diverses prises de conscience individuelles et collectives notamment sur la violence qu'elles vivent au quotidien, sur la réalité des IST et du VIH/sida et sur la négociation du préservatif. Ces prises de conscience ont mené à plus de solidarité entre elles pour contrer la violence et à de meilleures capacités à gérer la violence avec les acteurs du milieu et à négocier le préservatif avec leurs partenaires sexuels. Selon elles, tout cela contribue à un contexte de travail et à des comportements sexuels plus sécuritaires. De plus, cette mise en association a contribué à valoriser la corporation des femmes TS en ce que l'association « Solidarité » est devenue un interlocuteur privilégié des acteurs de la lutte contre le VIH au Bénin.

Discussion : Les impacts sur les plans individuel et organisationnel sont encourageants pour l'avenir de l'association. Comme le montre la littérature sur le sujet, les impacts dans la communauté sont plus lents à se faire sentir (Ninacs, 2002). Aussi, deux enjeux majeurs ressortent de l'analyse des résultats : la mobilisation des femmes TS et la transformation des rapports de pouvoir entre les femmes TS et les acteurs qui gravitent autour d'elles.

Conclusion : Les femmes TS PE qui dirigent l'association ainsi que les intervenants sociaux qui les soutiennent dans cette démarche devront tenir compte des enjeux de ce regroupement pour favoriser sa pérennité.

Mots-clés : vie associative, populations clés, travailleuses du sexe, santé sexuelle et reproductive, Bénin

#SP0805

Vers un tournant développementaliste du militantisme en faveur de la cause homosexuelle ? Réflexions à partir du cas du réseau Africagay contre le sida

Lucille GALLARDO

SOPHIAPOL, Université Paris Ouest Nanterre La Défense, France

L'universalisation de la dimension homosexuelle de l'épidémie de sida dans le courant des années 2000 s'est accompagnée d'une normalisation internationale de la reconnaissance des droits des personnes homosexuelles. La double « cause

homosexuelle », résultat de la fusion d'objectifs de justice sociale (reconnaissance des droits des homosexuels) et de santé publique (lutte contre le sida), fait désormais office de nouveau référentiel global. Celle-ci est justifiée par un lien de causalité simple qui fait aujourd'hui parti du sens commun. Il part du principe que la pénalisation des pratiques sexuelles entre personnes de même sexe favoriserait le développement de l'épidémie de VIH/sida. La dépénalisation des pratiques sexuelles entre personnes de même sexe et la protection légale de ces personnes, seraient alors essentielles à leur prise en charge, à la prévention et donc à l'éradication de l'épidémie. Aujourd'hui, cet argumentaire est promu par la majorité des acteurs de la lutte contre le sida, qu'il s'agisse des institutions internationales telles que l'OMS et l'ONUSIDA (OMS, 2011) ou des mobilisations associatives locales et transnationales.

Dès lors, à travers cette communication orale je proposerai des pistes de réflexion à même de comprendre en quoi l'internationalisation de la dimension homosexuelle de l'épidémie de sida a changé les orientations des luttes en faveur de la cause homosexuelle ? Qu'en est-il plus particulièrement en Afrique francophone où ce sujet produit bien souvent de nombreuses polémiques ? Quelle est la dimension protestataire de ces mobilisations ? Pour cela, je me baserai sur le travail ethnographique que je réalise depuis plus de deux ans sur le réseau associatif franco-africain Africagay contre le sida. Dans un premier temps, il s'agira de revenir sur les contextes d'émergence des mobilisations liant homosexualité et lutte contre le sida des différents membres du réseau. Je montrerai alors que contrairement aux mobilisations européennes et nord-américaines de la fin des années 1980, le militantisme « homosexuel » en Afrique francophone est né de la lutte contre le sida, et s'inscrit, dans le cas du réseau qui m'intéresse, dans des partenariats plus anciens avec l'association française Aides. Je décrirai ensuite le rôle majeur joué par Aides dans l'existence quotidienne du réseau. Il s'agira également par là de revenir sur l'histoire de l'engagement d'Aides en Afrique et de ses relations, dans ce cadre, avec l'État français depuis le milieu des années 1990. Ces éléments m'amèneront à proposer des pistes de réflexion sur le processus de « développementalisation » de l'espace sida français en Afrique francophone. Enfin, je me focaliserai sur l'importance prise par la question des droits humains dans le tiers secteur francophone depuis une décennie et la normalisation des objectifs de plaidoyer. Il s'agira de comprendre ce que l'approche « droit de l'homme » et le « passage à l'advocacy » (Ollion et Siméant, 2015 : 12) font aux discours et aux actions associatives. Ceci me permettra alors d'interroger la dimension protestataire d'Africagay contre le sida qui se présente comme un réseau de plaidoyer en faveur des droits à la santé et à la reconnaissance des homosexuels en Afrique francophone.

Mots-clés : cause homosexuelle, mobilisations collectives, plaidoyer, développementalisation

#SP0806 · Résumés des communications orales

#SP0806

Décoloniser la représentation, déconstruire la vulnérabilité : l'engagement associatif des femmes d'Afrique subsaharienne dans la cause du VIH en France

Marjorie GERBIER-AUBLANC

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Les femmes d'Afrique subsaharienne représentent en France le second groupe de population le plus touché par l'épidémie, avec environ 20% des nouveaux diagnostics annuels de séropositivité au VIH (Cazein et al., 2015). Doublement invisibles pendant près de 20 ans – en tant que femmes et immigrantes –, elles ont politiquement été construites comme une population « vulnérable » tandis que d'autres groupes sociaux ont très tôt été pensés comme des « acteurs » de la lutte contre le VIH en France. À partir des années 2000, elles deviennent cependant des actrices « clés » de la lutte contre l'épidémie sur le territoire français, en investissant activement les associations d'immigrant.e.s qui se développent dans l'espace social du VIH. L'objet de cette communication est de déconstruire la vulnérabilité que les femmes d'Afrique subsaharienne sont supposées incarner, en examinant la manière dont elles se constituent en collectifs d'auto-support et les jeux de représentation auxquels elles se livrent dans l'espace social du VIH en France. Ces réflexions sont issues d'une recherche doctorale enracinée dans le terrain (Olivier de Sardan, 2000). J'ai mené, entre 2011 et 2013, une enquête socio-ethnographique auprès de femmes d'Afrique subsaharienne engagées au sein d'associations d'immigrant.e.s situées en Ile-de-France. J'ai, pour ce faire, mobilisé deux méthodes : dix-huit mois d'observation-participante au sein de six collectifs et 86 entretiens semi-directifs, parmi lesquels 43 ont été conduits auprès de femmes engagées dans ces associations. Ce travail de terrain m'a permis d'identifier deux profils de femmes au sein des collectifs, les usagères et les aidantes associatives. Les usagères associatives intègrent les collectifs afin de répondre au cumul de situations de précarité provoqué par le diagnostic de séropositivité au VIH en contexte migratoire. Incarnant la figure de « femmes vulnérables », notamment aux yeux des soignant.e.s et des travailleuses sociales, elles puisent dans l'espace associatif communautaire les ressources leur permettant de négocier ce portrait dévalorisant et les pratiques d'accompagnement institutionnel qui en découlent. Les aidantes associatives mettent quant à elles leurs expériences du VIH et de l'immigration au service des usagères. Elles se positionnent aux côtés des soignant.e.s et travailleuses sociales pour accompagner les usagères et représenter leurs intérêts. Elles sont ainsi érigées en représentantes légitimes de la cause des « femmes migrantes » dans l'épidémie et sont appelées à parler en leur nom au sein de différents espaces de représentation. L'analyse de ces profils associatifs invite à prêter une attention particulière aux effets des politiques de la représentation (par portrait/par procuration) (Spivak, 1999) sur la vie des femmes d'Afrique subsaharienne engagées au sein des collectifs communautaires. Cette étude met au jour les différents niveaux de négociation

qu'elles engagent via la lutte contre le VIH afin de déconstruire les catégories politiques au prisme desquelles elles sont pensées en France.

L'investissement de l'espace associatif du VIH par les femmes d'Afrique subsaharienne ainsi que la manière dont elles habitent les attentes politiques de représentation dévoilent la pluralité de leurs capacités d'agir dans le contexte migratoire français. En ce sens, l'engagement associatif favorise l'expression pour ces femmes d'une voix différente de celle de la « vulnérabilité » dans la cause du VIH et au delà de ce monde social. Ces réflexions soulignent ainsi combien l'étude par les sciences sociales des dynamiques sociales relatives au VIH permet de déconstruire voire de décoloniser les catégories politiques à partir desquelles les femmes d'Afrique subsaharienne sont pensées en France.

Mots-clés : femmes d'Afrique subsaharienne, immigration, France, VIH/sida, associations

#SP0901

Gouvernance et sida en Afrique : les instances de délibération transnationale pour l'action publique en Afrique. Le cas des instances de coordination nationale du Fonds mondial (Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun)

Fred EBOKO

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

L'expansion de la pandémie du sida et les réponses internationales, entre le milieu des années 1980 et le début des années 2000, ont signifié pour les États africains l'avènement d'injonctions internationales contradictoires. Entre la « désétatisation » imposée par les PAS et la « bureaucratisation » dans le sous-secteur de la santé que représente la lutte contre le VIH/sida, c'est un modèle d'action publique qui a vu le jour, qui concerne plus généralement le paysage de la « santé mondiale ». La crise financière internationale intervenue en 2008 a généré une baisse des ressources internationales, un impératif pour les États africains de trouver des ressources domestiques et parallèlement une crise de gouvernance du Fonds mondial. Dans la configuration plus générale des politiques publiques, les États africains sont « encadrés » désormais par une constellation d'acteurs avec lesquels ils coécrivent l'action publique. Cette présentation propose une analyse panoptique des principaux acteurs internationaux, leurs fonctions pratiques et les trajectoires des États africains dans la gouvernance des financements qui leur sont alloués, en particulier ceux du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Il représente le principal bailleur de fonds des pays africains et une instance multi-acteurs de délibération. Dans cette optique, ses « instances de coordination nationales » (Country Coordinating Mechanisms – CCM) regroupent tous les types

#SP0902 · Résumés des communications orales

d'acteurs et institutions qui accompagnent dans chaque pays la rédaction, la conception et la formulation des demandes adressées par les pays au Fonds mondial. Dans cette logique, nous proposons une analyse sociopolitique de ces CCM à partir de l'exemple de quelques pays africains dont les trajectoires politiques, économiques et sanitaires différenciées fondent par hypothèse les déterminants de leurs adaptations distinctes au « Nouveau Modèle de Financement » (New Funding Model) proposé par le Fonds mondial depuis 2014. Ces instances de délibération proposent un modèle de représentativité des « parties prenantes » sujettes à controverses. Les CCM mettent en scène des arènes politiques au sein desquelles se nouent des alliances, des rapports de pouvoir, des conflits et des mariages de raison qui dépassent largement le clivage « Nord-Sud ». Elles offrent à l'analyse le terreau empirique de la transnationalisation de l'action publique en Afrique subsaharienne. Cette proposition est issue du projet de recherche financé par l'ANRS « Gouvernance et sida en Afrique (Sénégal, Côte d'Ivoire, Cameroun) » (ANRS 12315).

Mots-clés : sida, Afrique, gouvernance, Fonds mondial, approche comparée

#SP0902

De la gouvernance du sida à travers l'exemple du CCM au Sénégal

Fatoumata HANE

Université Assane Seck de Ziguinchor, Sénégal

La mobilisation internationale contre le VIH/sida associe des acteurs hétérogènes, pris dans des dynamiques encore incertaines, entre montée en puissance des programmes de traitement, redéfinition des priorités de la lutte et fragilité des financements. Aujourd'hui la mise en place du nouveau modèle de financement du Fonds mondial a introduit une mutation paradigmatique dans la définition des actions prioritaires en matière de lutte contre le VIH, la TB et le paludisme. En partant de séries d'observation des réunions du CCM au Sénégal ainsi que des entretiens avec les membres, cette communication a pour objectif d'analyser la gouvernance du sida au Sénégal. Elle s'appuie sur l'analyse des jeux d'acteurs et rapports de pouvoir au sein des instances de coordination nationale du Fonds mondial ou Country Coordination Mechanism (CCM), pour interroger la manière dont se jouent au niveau national des alliances qui façonnent la mise en œuvre des demandes adressées au Fonds mondial, le principal instrument financier des pays africains pour l'accès aux soins et à la prévention contre le VIH/sida. Par exemple, le processus de rédaction de la note conceptuelle VIH selon le nouveau modèle de financement réalisé par un cabinet de consultants sous la coordination du CNLS et du CCM pose la question de l'exigence de représentativité et de la participation

des populations clés dont les élections de représentativité se sont déroulées après le dépôt de la note conceptuelle qui les engage pour une période de deux ans. Au delà, se pose le paradoxe de l'identification des actions prioritaires fortement influencée pour ne pas dire déterminée par le Fonds Mondial. Au Sénégal, les résultats des études récentes sur les modes de transmission indiquent que 70% des nouvelles infections surviennent au sein des couples hétérosexuels dits stables. Trois infections sur quatre affectent des personnes qui ont un comportement à haut risque ainsi que leurs partenaires (46%). Ce contexte de transmission s'expliquerait par les interactions qui existent entre les personnes ayant des rapports sexuels occasionnels et les partenaires réguliers. Pourtant, les orientations du Fonds mondial voudraient que l'accent soit mis sur les activités de prévention chez les populations clés particulièrement les usagers de drogue par voie intraveineuse (UDI) qui selon certains acteurs du dispositif seraient faiblement affectés et que les priorités nationales seraient ailleurs.

Cela est d'autant plus injustifié pour les acteurs de la lutte contre le sida dans un contexte de réduction des financements qu'ils perçoivent d'ailleurs « comme une punition pour avoir faits de bons résultats » et de la hausse de la contribution financière du Sénégal, qui est de l'ordre de 35%, dans la prise en charge du VIH.

Mots-clés : CCM, Sénégal, VIH, populations clés

#SP0903

Le Pefpar au sein du CCM/FM en Côte d'Ivoire : entre collaboration et subordination

Souleymane KOUYATÉ¹, Anne BEKELYNCK², Ranie-Didice BAH³, Elias GNAGNE⁴, Eugénie AGOJA³

¹ Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

² PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire

³ Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

⁴ Centre de recherche et d'action pour la paix (CERAP), Abidjan, Côte d'Ivoire

La lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire est financée en majorité par le Pefpar, dont l'aide représente 78% du budget, comparativement au Fond mondial (FM) qui contribue à hauteur de 17% (2015). Cette situation représente une spécificité pour les pays d'Afrique de l'ouest et centrale, qui sont généralement financés majoritairement par le Fond mondial. Si les mécanismes d'attribution des subventions du Pefpar s'effectuent dans une approche unilatérale avec une attention davantage portée sur l'efficacité (absence de lieux formels de coordination, relatif contournement des instances nationales avec 80% des financements alloués aux ONG internationales et bureaux pays des organismes multilatéraux, etc.), ceux du Fond mondial sont davantage façonnés – en théorie – selon

#SP0903 · Résumés des communications orales

une approche collégiale et participative, notamment via le rôle joué par les Country Coordination Mechanism (CCM).

Les CCM ont été conçus comme des partenariats inclusifs, multisectoriels et représentatifs, censés participer à une meilleure collaboration des acteurs engagés dans l'action publique contre le VIH/sida. Ces instances sont chargées de produire les demandes de financements soumises au Fond mondial, mais aussi de désigner leurs bénéficiaires et d'effectuer le suivi de la mise en œuvre des subventions. Contrastant avec des pratiques souvent injonctives de l'aide bilatérale, ce mécanisme a été pensé pour être davantage « démocratique » et respectueux des intérêts nationaux. Cette communication analyse les jeux de pouvoirs entre les deux principaux bailleurs de la lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire - le Pefpar et le Fond mondial - tels qu'ils se manifestent au sein du CCM de Côte d'Ivoire. Comment ces instances nationales de coordination (CCM) fonctionnent-elles dans un contexte marqué par la domination des financements américains (à travers le Pefpar) ? Dans quelle mesure le CCM de Côte d'Ivoire est-il imperméable ou non à la domination de l'aide américaine allouée au VIH/sida et si non, comment cette domination se manifeste-t-elle au sein du CCM ?

Cette étude est fondée sur une enquête de terrain qualitative (2015-2016), conjuguant l'observation des réunions du CCM (Comités VIH/sida, assemblées générales et réunions extraordinaires) et des entretiens auprès des membres du CCM et des acteurs extérieurs impliqués dans l'action publique contre le VIH/sida (organisations internationales, acteurs publics nationaux, ONG, associations, etc.).

En Côte d'Ivoire, si le Pefpar a assis une domination financière et stratégique au niveau national, celle-ci s'est répercutée au sein de son CCM. Cette autorité se manifeste tant à des niveaux formels (fonctions stratégiques occupées par le Pefpar au sein du CCM), qu'informels (autorité du Pefpar sur la plupart des membres du CCM qu'il finance ; négociations extérieures entre le Pefpar, le Programme national et le Fond mondial). Dès lors, le Pefpar tend à poser une influence décisive sur les orientations stratégiques du Fond mondial. C'est ainsi que, par exemple, 19 régions sanitaires de Côte d'Ivoire sur 20 ont été « attribuées » au Pefpar, tandis que les actions du Fonds mondial ont été limitées à une seule région, le Sud Comoé.

À la question de savoir si les CCM permettent une meilleure coproduction de l'action publique de lutte contre le VIH/sida, la réponse est partagée. D'un côté, le Fond mondial – à travers son CCM – offre un lieu privilégié et inédit de collaboration entre les différents acteurs (gouvernement, organisations internationales, ONG, associations, secteur privé). Cependant, les rapports de pouvoirs nationaux se répercutent au sein même de cette instance de coordination. Ainsi, la manière dont le Pefpar exerce une forte influence sur les orientations du CCM, souligne les limites mêmes des CCM comme instances de coordination « démocratiques » de l'action publique de lutte contre le VIH/sida.

Mots-clés : gouvernance, Côte d'Ivoire, CCM, Fonds mondial, Pefpar

#SP0904

L'instance de coordination nationale du Fonds mondial (CCM) du Cameroun : sociogénèse et trajectoire d'une institutionnalisation incrémentale

William TCHUINKAM

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Le CCM est l'instance de coordination des financements du Fonds mondial à l'échelle locale. Cette structure se retrouve donc d'une manière ou d'une autre dans tous les États récipiendaires de ses fonds. Elle correspond à ce que Fred Eboko désigne dans sa matrice de l'action publique en Afrique comme une agence de concertation dont le rôle est de coordonner l'action de tous les acteurs, publics comme privés, internationaux ou nationaux présents sur un territoire donné et intervenant dans la lutte contre le sida, la tuberculose ou le paludisme. Cette transposition au sein des États africains de normes produites par le Fonds mondial pourrait laisser accroire que le CCM se reproduit à l'identique dans tous les pays où il est implanté. Ce qui supposerait, au delà de cet isomorphisme présumé, l'existence préalable d'un modèle de référence sous forme de normes consolidées et prêtes à être transférées. La présente communication est issue d'une thèse en science politique en cours qui s'intéresse particulièrement à l'instance de coordination des financements du Fonds mondial au Cameroun. Il vise à retracer de manière rétrospective la trajectoire de cette institution créée en août 2002 par décision du ministre de la santé de l'époque, sous l'appellation de Commission mixte de coordination et de suivi des comités nationaux de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Cette décision ministérielle fixait d'autorité le cadre de fonctionnement et la composition de la Commission, sans concertation avec les autres parties prenantes et avait toutes les apparences d'une structure gouvernementale soumise à la tutelle du ministre dont elle dépendait du reste financièrement, alors qu'elle avait vocation à être un organe de contrôle et de supervision de l'utilisation des ressources allouées par le Fonds mondial. Il est dès lors intéressant de mesurer l'écart entre cette structure initiale et la forme qu'elle a progressivement adoptée par la suite et qui s'est traduite dans une autre décision ministérielle de 2010 qui se limitait à « valider » la création, l'organisation et le fonctionnement de l'Instance dont le ministre se contente désormais de « constater » la composition. Cette évolution liée aux normes du Fonds mondial soulève de nombreuses questions liées notamment à la valeur des prescriptions du Fonds mondial et à la manière avec laquelle elles sont reçues et implémentées sur le terrain. Il s'agira d'analyser les modalités de ce processus de transfert institutionnel du point de vue du site d'implantation du CCM qu'est le Cameroun, pour étayer l'hypothèse selon laquelle le CCM Cameroun tel qu'il fonctionne aujourd'hui est le résultat d'un compromis entre les différentes parties prenantes.

Mots-clés : Fonds mondial, CCM, État, Cameroun, santé

#SP0905 · Résumés des communications orales

#SP0905

Entropie et réceptivité par les associations membres du CCM de la gouvernance du Fonds mondial au Burkina Faso ?

Anicet KABORÉ

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Quinze ans après la création du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et quatre ans après l'adoption du Nouveau modèle de financement (NMF), un constat s'impose : celui de signes d'essoufflement de certaines associations face aux exigences imposées par la gouvernance du Fonds mondial. Ces contraintes administratives et gestionnaires concernaient déjà la défunte phase des rounds et semblent s'être renforcées à travers le NMF.

Questions de recherche : L'objectif d'efficacité est-il conçu pour tenir compte de la temporalité de la trajectoire des associations ? La question met en jeu la problématique de l'équilibre entre une dynamique/recherche d'efficacité pour une maladie de longue haleine comme le sida, et la nécessité de préserver la lente croissance institutionnelle et fonctionnelle des acteurs associatifs engagés dans la lutte.

Objectif : Cette proposition issue d'un travail de thèse de doctorat en sociologie politique, porte sur les déterminants des mutations que connaissent les associations en lien avec l'instance de coordination nationale du Fonds mondial au Burkina Faso.

Méthodologie : Entre février et avril 2016, nous avons réalisé 20 entretiens approfondis avec les membres du CCM du Burkina Faso. Ces entretiens portaient sur l'intégration, la place, le rôle et l'impact des associations dans la dynamique du CCM du Burkina Faso. Ces données qualitatives concernent autant les changements portés par les associations que par les mutations qu'elles subissent du fait de l'instrument de politique publique que constitue le CCM du Fonds mondial.

Nous nous proposons d'analyser les regards que trois associations du CCM Burkina portent sur les rapports du Fonds mondial avec les associations par l'entremise du CCM. Il s'agit du Réseau d'Accès aux Médicaments Essentiels (RAME), le Réseau Africain Jeunesse Santé et Développement au Burkina Faso (RAJSD/BF), et l'Union des Religieux et Coutumiers du Burkina (URCB). L'objectif est d'analyser les effets, dans l'espace temporel, de la politique internationale de gouvernance du Fonds mondial de lutte contre une pandémie comme le sida sur le contrat politique qui le lie aux associations présentes dans le CCM Burkina Faso.

Le passage d'une multisectorialité de bonne volonté, à une multisectorialité professionnalisée a été de la part du Fonds mondial une dynamique lourde qui n'a pu que contribuer à « fissurer » et fragiliser le contrat de collaboration avec certaines associations se trouvant dans le CCM Burkina.

Discussion : La prise en compte de plusieurs paramètres s'impose pour une analyse de l'impact des formules du Fonds mondial sur les associations : le caractère exclusif ou non de l'engagement dans la lutte contre le sida, l'antériorité ou non de la création de

l'association par rapport à celle du Fonds mondial, le niveau de préparation de l'association avant son entrée dans le CCM.

À partir de certaines associations présentes au sein du CCM du Burkina, on assiste à un processus de « dé-crédibilisation » du Fonds mondial dû à une prise en compte insuffisante, de la part de ce dernier, de la nécessité d'une gestion équilibrée dans la durée des énergies actives des associations engagées dans le CCM Burkina.

Mots-clés : gouvernance internationale, CCM Burkina, Fonds mondial, associations, multisectorialité, temporalité, essoufflement/entropie, sida, nouveau modèle de financement

#SP0906

Importance des savoirs experts dans l'élaboration des notes conceptuelles déposées au Fonds mondial : l'exemple du Niger

Stéphanie TCHIOMBIANO

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, France

L'accès aux financements du Fonds mondial de lutte contre le sida, le paludisme et la tuberculose passe par le dépôt de requêtes nationales, appelées « round », puis « notes conceptuelles » depuis 2014. Le Fonds mondial produit régulièrement des documents de cadrage pour l'élaboration de ces requêtes, fixant notamment des critères d'éligibilité auxquels les pays souhaitant avoir accès aux financements, comme cela a été le cas du Niger à cinq reprises, doivent répondre.

Objectifs : Quelles sont les attentes normatives, juridiques et techniques du Fonds mondial lors de l'élaboration des notes conceptuelles ? Dans quelle mesure ces attentes ont-elles évolué ces dix dernières années ? De quelle façon les acteurs sont-ils contraints, ou non, de répondre à ces attentes ? Dans quelle mesure le recours à des savoirs experts est-il un « passage obligé » pour l'obtention d'une subvention ?

Méthodologie : L'analyse se basera sur les documents de cadrage du Fonds mondial et sur plusieurs processus successifs d'écriture de propositions visant à lutter contre le sida au Niger : le round 6 en 2006 (observation participante, analyse documentaire), le round 7 en 2007 (observation participante, analyse documentaire) et la note conceptuelle déposée en 2015 (entretiens, analyse documentaire).

Résultats : L'analyse des différents documents de cadrage élaborés par le Fonds mondial met en exergue quelques points saillants :

- » La standardisation des processus d'écriture et la nécessité permanente de documenter ces processus ;
- » La formalisation progressive des mécanismes de participation ;

#SP1001 · Résumés des communications orales

- » L'importance croissante des aspects normatifs, notamment sur les questions liées aux droits de l'homme et aux populations-clés ;
- » La valorisation du recours aux experts.

La standardisation du processus d'écriture fait émerger des savoirs experts spécifiques, directement liés au Fonds mondial et fondés sur une maîtrise du langage du Fonds mondial, de ses logiques particulières et des outils qu'il a créés, parfois ciblée sur des sous secteurs très pointus.

Conclusion : Instruments d'action publique, les requêtes du Fonds mondial doivent être élaborées selon des mécanismes de plus en plus formalisés et standardisés, nécessitant une implication croissante d'« experts Es Fonds mondial ». Cette expertise « bureaucratique » associée aux mécanismes propres du Fonds mondial et aux critères valorisés de construction des requêtes joue très important. Cette évolution peut être analysée au regard de la complexité croissante des procédures du Fonds mondial et des normes qui les sous-tendent.

Mots-clés : Fonds mondial, VIH/sida, expertise, organisation internationale, politique publique, normes

#SP1001

Les animaux qui défient Dieu : prime étiologie du sida et d'Ebola

Michèle CROS

Centre de recherches et d'études anthropologiques (CREA), Université Lumière Lyon 2, France

Comment, au sein d'une société animiste, rendre compte de l'arrivée d'une zoonose aussi létale qu'Ebola, sinon en puisant dans un registre de compréhension où les instances supérieures sont convoquées ? En pays lobi burkinabè, la mise en cause de la chauve-souris comme animal réservoir est entrée en résonance avec les représentations afférentes à ces étranges créatures de la nuit qui voisinent avec les génies et les devins dont elles squattent les chambres des esprits. Leur caractère hybride, ontologiquement parlant, atteste de leur position de trickster semblable sur bien des points à celle occupée par l'araignée ivoirienne mise en accusation aux premiers temps du sida dans cette région du Burkina Faso. Chauve-souris et araignée transgressent toutes les frontières et osent défier Dieu. La chauve-souris qui garde la tête en bas ne veut plus lui faire face alors que l'araignée demande en mariage la fille du créateur...

Cette communication repose sur des matériaux ethnographiques recueillis depuis les années 1990 en pays lobi sur les questions d'imaginaire étiologique du VIH/sida en relation avec le monde animal. Ces matériaux sont complétés par un recueil d'entretiens et de dessins sur la chauve-souris et Ebola collectés en janvier et février 2016, toujours au

Burkina Faso dans le cadre d'une délégation CNRS au LAS au sein d'une équipe travaillant sur les zoonoses.

Mots-clés : Ebola, anthropologie, VIH, animaux, étiologies

#SP1002

Ebola et VIH/sida : similarité des interprétations causales et attitudes et comportements des populations face à Ebola. Le cas de Forécariah en Guinée Conakry

Djédou Martin AMALAMAN

Université Péléforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire

Une comparaison entre l'épidémie d'Ebola et celle du VIH/sida fait effectivement apparaître des similarités en termes de transmission du virus et de ses représentations (substances corporelles dont le sang et le sperme, rapport sexuel, rapports au monde animal, etc.). Ces similarités s'affichent avec beaucoup plus d'acuité dans les interprétations causales (de type complotiste) de la maladie, mais surtout dans les attitudes et comportements des populations (dénier de la maladie, peur, résistances de tous genres avec parfois mort d'homme, écarts culturels dans les activités de riposte des partenaires humanitaires, etc.) face à la maladie. C'est le cas de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la préfecture de Forécariah, en Basse-Guinée ou Guinée Maritime (Guinée-Conakry).

Depuis décembre 2013 en effet, l'épidémie d'Ebola a sévit en Afrique de l'Ouest, plus particulièrement au Libéria, en Guinée-Conakry et en Sierra Léone. Pour faire face à cette épidémie, la communauté internationale, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et d'autres organisations internationales comme Médecins sans Frontières et les pouvoirs publics, la société civile et les communautés locales se sont mobilisées.

Si des résultats positifs de cette mobilisation ont permis de mettre fin à l'épidémie dans les trois pays, il est bon de noter que les interventions des acteurs se sont heurtées et se heurtent encore à des résistances de la part des communautés qui déniaient le virus d'Ebola et rejettent certaines mesures sanitaires qu'elles trouvent attentatoires à leurs cultures. Ces mêmes attitudes et comportements des populations avaient été aussi observés dans la riposte contre l'épidémie de VIH/sida en ses débuts, en Afrique.

À partir d'une étude socio-anthropologique que nous avons menée sur les causes de la persistance de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE) dans la préfecture de Forécariah en Guinée maritime, de mai à juillet 2015, nous sommes parvenus à la conclusion qu'il existe effectivement des similarités entre Ebola et VIH/sida, notamment en termes de représentations de ces deux maladies, mais surtout en termes

#SP1003 · Résumés des communications orales

d'interprétations et d'attitudes et comportements des populations face à la maladie à virus Ebola (MVE).

Notre contribution analyse donc les similarités des interprétations causales et des attitudes et comportements des populations de Forécariah en Guinée Conakry face à Ebola. L'étude est qualitative et s'inscrit dans le sous-thème « Ebola et VIH/sida », de l'axe thématique 1 du colloque intitulé : « Orientation actuelle de la recherche ».

Mots-clés : Ebola, VIH/sida, Guinée Conakry, interprétation, maladie, santé, attitudes, comportements

#SP1003

Du sida à Ebola : regards croisés sur les rumeurs en santé

Serge Alain Yao N'DA¹, Alex N'GORAN¹, Dyé SOW¹, Jean Vincent KOUA¹, Francis AKINDÈS¹, Marc EGROT^{2,3}

¹ *Chaire Unesco de bioéthique, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

² *MIVEGEC, Montpellier, France*

³ *Centre de recherche pour le développement, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

Lors de la récente épidémie de maladie à virus Ebola (MVE), de nombreuses rumeurs ont circulé, dans les pays touchés, mais aussi dans des pays voisins comme la Côte d'Ivoire. Elles ont pris diverses formes allant du simple bruit à la théorie du complot. Elles ont fortement dérangé l'instauration des plans de riposte et des stratégies préventives. Certaines de ces rumeurs avaient circulé plusieurs années auparavant à propos du sida. Les formes et les contenus pouvaient parfois être différents, mais c'est l'une des principales caractéristiques de la rumeur, et plus encore de la théorie du complot, que de ressurgir sous des formes variées en des temps et des contextes différents.

L'objectif ici est de rendre compte du corpus de rumeurs recueilli en Côte d'Ivoire au cours de la récente épidémie et d'en analyser quelques-unes en les comparant avec des rumeurs ayant circulé à propos du sida.

La communication repose sur une bibliographie, une revue de presse et des données issues du programme Ebo-CI (Ebola et la Côte d'Ivoire). Les enquêtes ethnographiques ont eu lieu d'octobre à décembre 2015 dans les villes d'Abidjan, Tabou, Man et Korhogo avec des collectes réalisées principalement par entretiens.

L'épidémie rumorale qui s'est déclenchée a alimenté méfiance, stigmatisation, théories du complot et interprétations sur l'origine de l'évènement. Le corpus de rumeurs recueilli révèle l'existence de six grands types de rumeurs :

- » Des théories du complot de loin les plus nombreuses ;

- » Des rumeurs de déni niant l'existence de la maladie ou du virus ;
- » Des rumeurs d'extranéité rejetant l'origine de la maladie dans un ailleurs et stigmatisant différentes altérités ;
- » Des rumeurs de traitements préventifs ou de thérapies stimulant l'immunité ;
- » Des rumeurs de protections de la faune sauvage ;
- » Des rumeurs d'entente politique orchestrée par les autorités ivoiriennes, ancrées dans les réalités nationales.

Nombreuses rumeurs de ce corpus ressemblent à des rumeurs entendues à propos du sida. Dans le temps imparti, seule quelques-unes d'entre elles seront mises en perspective.

Les discours conspirationnistes sont l'une des catégories de rumeurs dans laquelle bien des similitudes entre sida et Ebola méritent d'être analysées. Ces théories complotistes qui ont foisonné, sont structurées par des imaginaires sociaux portant les stigmates de ressentiments postcoloniaux, articulés étroitement avec les dimensions historiques et politiques des rapports Sud/Nord. Elles pointent du doigt « le blanc », « les Occidentaux » ou « le deal politique », perçus comme protagonistes d'une vaste conspiration contre « le noir », « les Africains », parfois pour asseoir un « diktat économique » ou des amis politiques envers lesquels le pouvoir ivoirien serait « redevable ».

Les rumeurs d'extranéité reposent sur des tendances à indexer l'autre comme responsable du mal avec un large éventail de stéréotypes à propos de toutes sortes d'altérités possibles. Les rumeurs de déni entendues à propos d'Ebola rappellent également, du moins sur quelques points, les théories négationnistes du sida. Enfin, les rumeurs sur l'existence de traitement n'est pas sans rappeler le phénomène d'expansion des traitements néo-traditionnels du sida.

La richesse des comparaisons possibles entre sida et Ebola ouvre des perspectives, et ce d'autant plus que la sociologie et l'anthropologie des rumeurs se sont bien peu intéressées jusqu'à présent aux rumeurs dans le champ de la santé. L'intérêt d'explorer les différentes pistes ouvertes par ce travail est à la fois disciplinaire, pour comprendre la construction sociales des rumeurs, leur circulation et la réceptivité des acteurs sociaux ; à la fois opérationnelle, dans la construction d'outils permettant la déconstruction des rumeurs, notamment, par exemple, par l'évidence de la similitude issue de la comparaison.

Mots-clés : Ebola, sida, rumeur, théories du complot, plan de riposte

#SP1004

Peur du risque, pratiques soignantes et préjugés pour les personnes souffrantes et les acteurs du care et du cure : du sida à Ebola

Magne Sandrine Larissa MALAN¹, Arlette N'GUESSAN¹, Fona KONATÉ¹, Pornan DIARRASSOUBA¹, Roseline N'DA¹, Francis AKINDÈS¹, Marc EGROT^{2,3}

¹ *Chaire Unesco de bioéthique, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

² *MIVEGEC, Montpellier, France*

³ *Centre de recherche pour le développement, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

La maladie à virus Ebola est perçue comme « dangereuse » pour le personnel soignant. En effet, les contacts avec des personnes potentiellement contaminées, sont reconnus comme des modalités de transmission. Les professionnels sont donc, du fait de leur métier, plus exposés que le reste de la population. Ils le savent et ce risque est alors source d'inquiétudes, d'angoisses, voire de peurs.

Cette situation offre des similitudes avec ce qui a pu se passer pour le sida, notamment dans les années 1980 et 1990. Si la transmission du VIH par accident d'exposition au sang s'inscrit dans des niveaux de risque inférieurs à ceux de la transmission du virus Ebola, il n'en reste pas moins que la perception de ce risque par les soignants fut, en bien des points, similaire à ce qui a pu être observé récemment pour la MVE.

La question traitée dans cette communication concerne la manière dont ces peurs induisent des changements dans les pratiques des soignants, et en conséquence des dommages pour les personnes déclarées « cas suspects », ou pour les soignants.

La présente communication repose sur des données issues du programme de recherche Ebo- CI (Ebola et la Côte d'Ivoire), qui comportait un axe sur la prise en charge des « cas suspects ». Des enquêtes ont eu lieu d'octobre à décembre 2015 dans quatre villes (Abidjan, Korhogo, Man, Tabou) avec des collectes par immersion, observation, entretiens et capture d'images.

L'un des constats est que les soignants, du fait de la peur, ont procédé à une réappropriation, – et bien souvent des transformations –, des normes, des recommandations et des procédures mises en place à propos du dépistage, de la prise en charge et des mesures préventives.

Tout comme ce fut le cas pour le VIH au début, l'analyse des résultats montre que le sentiment du personnel soignant est dominé par la peur de la contagion. Et cette peur résonne d'autant plus fort que certains estiment avoir été exposés en première ligne, sans matériel suffisant et adéquat, et sans formation adaptée. Le risque, perçu comme majeur, modifie donc les comportements professionnels des soignants. Des processus de stigmatisation des personnes se construisent sur des critères qui s'éloignent bien souvent des différentes définitions du « cas suspect de MVE » qui circulaient en Côte d'Ivoire.

Comme pour le sida, ont notamment émergés ici des critères se référant à toutes sortes d'altérités conçues comme « dangereuses » ou « douteuses » par les soignants. Une fois

reconnus « cas suspects », la peur a induit parfois des isolements difficiles pour les personnes souffrantes, souvent avec une absence totale de cure, mais aussi quelquefois de care lorsque les familles n'étaient pas là pour le faire.

Les regards croisés entre sida et Ebola permettent de réinterroger, à la lumière des résultats collectés, les notions de stigmatisation en contexte épidémique, de discrimination, de négligence, de sentiment d'abandon par les autorités sanitaires de la part des soignants, de bricolage professionnel, de préjudice envers les personnes souffrantes, etc. La liste des aspects à traiter n'est pas exhaustive et la présente communication n'en traitera que quelques-uns.

Enfin, le rôle de révélateur du social joué par les épidémies invitent ici à s'interroger sur l'ouverture ou l'extension des certains chantiers : les droits des personnes (soignés comme soignants) en contexte épidémique ; les notions, en contexte épidémique et en Afrique, de faute professionnelle (détachables ou non) et d'erreur médicale ; la question de la confiance dans la construction et le maintien de la relation soignants-soignés en situation de risque épidémique. Sur de telles pistes, la comparaison entre sida et Ebola promettrait, là encore, d'être particulièrement fertile.

Mots-clés : peur du risque, contagion, transmission, care et cure, stigmatisation, Ebola

#SP1005

Ebola et sida : éclairage contrasté sur les rituels funéraires

Kouadio Firmin KRA¹, Roseline N'DA¹, Francis AKINDÈS¹, Marc EGROT^{2,3}

¹ *Chaire Unesco de bioéthique, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

² *MIVEGEC, Montpellier, France*

³ *Centre de recherche pour le développement, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

Pour la maladie à virus Ebola (MVE) et pour le sida, les rituels funéraires ont été l'objet d'une attention particulière. Ce ne fut pas toujours pour les mêmes raisons, mais c'est justement au travers des similarités et des différences, – ici à propos du lien entre épidémie et rituels funéraires –, que les éclairages sont parfois les plus contrastés, et donc probablement les plus révélateurs.

Dans le cadre de la MVE, les rituels funéraires ont été placés sur le devant de la scène par la santé publique, en raison des risques de transmission par les dépouilles des personnes décédées. Dans les pays limitrophes des zones épidémiques comme la Côte d'Ivoire, des mesures de santé publique ont donc été prises, pour tenter de convaincre les populations d'abandonner les soins aux trépassants et la manipulation des cadavres.

#SP1005 · Résumés des communications orales

Pour le sida, ce fut principalement la question de l'inscription initiale du sida dans la liste des maladies à déclaration obligatoire, et donc celle du statut juridique du cadavre et de l'obligation de mise en bière immédiate, qui furent l'objet d'un débat primordial sur la différence entre contagion et transmission, mais aussi d'importantes mobilisations des associations de PVVIH afin d'autoriser les familles à veiller leur mort et leur rendre hommage selon les rituels propres à chacun.

La question qui nous préoccupe dans la présente contribution est de savoir en quoi les analyses produites dans le champ du sida sur la mort et les rites qui l'entourent, peuvent permettre éventuellement de mieux comprendre ce qui a été observé en Côte d'Ivoire au cours de l'épidémie de MVE.

La communication repose sur des données bibliographiques et des données issues du programme Ebo-CI (Ebola et la Côte d'Ivoire), qui comportait un axe sur l'appropriation des recommandations de santé publique relatives aux rituels funéraires. Des enquêtes ont eu lieu d'octobre à décembre 2015 dans trois villes (Abidjan, Noé, Tabou) avec des collectes par immersion, observation, entretiens et capture d'images.

Les travaux en sciences sociales et les données de terrain montrent que les rituels funéraires sont un « fait social total » auquel les populations sont fortement attachées. Au cours des enquêtes menées en Côte d'Ivoire, aucun changement notable n'a été relevé dans les pratiques des populations. Ces rituels apparaissent en effet comme un impératif culturel fortement ancré dans les sociétés étudiées, et donc très difficiles à articuler avec les exigences des mesures préventives.

Mais au delà de cette confrontation des logiques d'acteurs, les données montrent que les populations, bien qu'elles perçoivent l'existence d'un risque (pour le MVE comme pour le sida d'ailleurs), préfèrent ne pas s'exposer à d'autres risques qu'elles se représentent comme bien plus graves et liés au non respect des règles et des principes qui régissent l'accompagnement des morts.

Une autre question que soulève la récente épidémie de MVE et qui résonne avec les réflexions déjà menées dans le champ du sida, se focalise sur le statut juridique du cadavre et les questions des responsabilités, entre famille, thanatopracteurs et acteurs de santé publique.

Les résultats amènent aussi à s'interroger sur les imaginaires sociaux mobilisés en référence à la mort et sur la très grande variabilité des rituels funéraires en fonction des identités culturelles, mais également au sein d'une même société en fonction du type de mort. Les contre-rites, dans certaines circonstances particulières entourant le décès, visent à prévenir d'éventuels malheurs, dont certains sous forme de maladies. Les décès par MVE étant classés dans certaines sociétés dans une catégorie des « mauvaises morts », il semble possible de réfléchir à la co-construction avec les populations de procédures d'enterrement dignes et sécurisés qui prendraient alors la forme d'un contre-rite.

Mots-clés : Ebola, sida, rites funéraires, impératif culturel, Côte d'Ivoire

#SP1006

Plus ça change, plus c'est la même chose ? Anthropologie et global health, du sida à Ebola

Frédéric LE MARCIS

École normale supérieure de Lyon, France

L'année écoulée a donné lieu à une mobilisation sans précédent des anthropologues au cœur de ce qui a été dénommé en Guinée « la riposte contre Ebola ». De la coordination nationale en passant par les opérateurs humanitaires et/ou sanitaires jusqu'aux organismes de recherche (CDC, INSERM, IMT d'Anvers), nul organisation qui n'ait pas mis en avant la contribution des anthropologues à leur action.

Plutôt que de fêter « le grand soir » de l'anthropologie dans ce qui fut une manifestation exemplaire du Global Health, je propose d'interroger la « nouveauté » de cette participation. Ebola apparaît à bien des égards comme la répétition condensée d'une histoire plus longue : celle de la participation des sciences sociales dans la lutte contre le VIH. Il s'agira donc ici de porter un regard critique sur les deux années écoulées avec comme point de comparaison les relations complexes des SHS avec la lutte contre le sida (entre participation et critiques, amour et désamour au gré des avancées thérapeutiques et du développement de technologies). Reprenant le titre de l'article fameux de Jean Pouillon, il s'agira ici de se demander si en matière de SHS et de Santé Publique : « Plus ça change, plus c'est la même chose » ?

Cette communication repose sur la participation comme anthropologue à deux essais cliniques Ebola en Guinée durant l'épidémie : Jiki & Prevac.

Mots-clés : Ebola, sida, anthropologie

#SP1007

Of what is global health the symptom: authorization, value, and anticipation after the new epidemics

Vinh-Kim NGUYEN

Institut des hautes études internationales et du développement (IHEID), Suisse

In this presentation I will explore different theoretical frameworks to account for global health as emerging planetary infrastructure and as epistemological form particularly in the period between the emergence of a global response to the HIV epidemic and the recent Ebola epidemic in West Africa. Drawing on fieldwork in the recent West African

#SP1101 · Résumés des communications orales

Ebola epidemic, vaccination campaigns in its wake, and global telemedicine it explores three conceptual designs.

1. The first draws on Foucault's Birth of the Clinic to explore how the emergence of a globalized clinic (clinical archipelago) constitutes a new centre of authorization for specific human/ nonhuman transactions and entities. Possible examples include Ebola vaccines, oneHealth, and bat-human interactions; stem cell therapies.
2. The second, pace Marx, starts from the thesis that biomedicine will be to the 21st century what the industrial revolution was to the 19th. It draws on anthropologies of biocapital and ethnographies of biotech of epidemiological life (clinical trials, Ebola; symptom as surplus value; populations as infectious disease reservoirs as negative value) to explore how biomedical technologies conjure or enable new regimes of value, new markets, new labours.
3. The third puts into conversation ethnographies of military and epidemiological preparedness, of divination and omens, and of legal régimes that inscribe the future anterior to explore how global health constitutes a régime of anticipation and a machine for making the future to intervene in the present in the guise of anticipation and surveillance.

Mots-clés : anthropologie

#SP1101

Redefining HIV/AIDS surveillance: participatory surveillance, citizen's activism and HIV/AIDS monitoring in West and Central Africa

Gabriel BLOUIN GENEST

Virginia Polytechnic Institute and State University, Blacksburg, États-Unis

The main objective of the paper is to problematize the role of citizens and activism in/for HIV/AIDS surveillance programs in West and Central Africa. Through an analysis of participatory surveillance and activism for new forms/types of surveillance systems, this paper seeks to get a greater knowledge of how citizens are redefining surveillance by playing a central role in HIV/AIDS monitoring beyond traditional centralized/vertical surveillance systems. This type of centralized surveillance – usually through regional/global systems – is typically presented as the best ways to control and manage disease propagation (Brownstein & al., 2008: 1019). Traditional disease surveillance, defined as « the ongoing systematic collection, analysis, and interpretation of outcome-specific data for use in the planning, implementation, and evaluation of public health practice » (Thacker, 2000: 1) produces information/data about diseases, including HIV/AIDS. Such HIV/AIDS surveillance systems include for example the European Network

for HIV/AIDS Surveillance, the WHO and AFRO HIV/AIDS global/regional surveillance systems, or the INDEPTH Network surveillance system. This type of disease surveillance usually involves the collection, interpretation, dissemination and action on health information (Weir and Mykhalovskiy, 2006: 242) through vertical and centralized surveillance mechanisms that do not allow for citizen's control over the type of data collected and the tools used to do it. On the opposite, new forms of HIV/AIDS surveillance have emerged in the last decade where citizens are more and more seen as key actors in the surveillance process through a « for and by citizens » type of surveillance. Among these new forms of surveillance is what several have called « participatory surveillance » (Freifeld & al., 2010 ; Bernardo & al., 2013). Participatory surveillance is based on autonomous reporting mechanisms made through networked actors and involves greater flexibility over the type of data collected, the ways it is reported, its circulation or how both government and non-government actors can use it. Overall, participatory surveillance repositions citizens and communities affected by diseases at the center of the surveillance process. The objective of this paper is thus threefold. First, to review the problems and criticisms made to traditional and vertical HIV/AIDS surveillance system with regards with the specific context and history of West and Central African regions. Second, to document alternative HIV/AIDS surveillances initiatives based on participatory surveillance mechanisms and citizens-based initiatives in these regions. And third, to address conceptual and theoretical implications of citizen's activism and civil resistance with regards with HIV/AIDS surveillance. The main research question that will be addressed is the following: How activism and citizen-based initiatives are redefining HIV/AIDS surveillance programs and what are the consequences for public health.

Mots-clés : HIV/AIDS, participatory surveillance, citizen activism, public health

#SP1102

La participation des communautés à la recherche : un processus de transformation continue

Vincent DOURIS

Sidaction, Paris, France

La participation des communautés est souvent présentée comme le pré requis souhaité d'un nombre croissant de recherches dans le champ du VIH/sida. Cette question avait été traitée dans le cadre d'un satellite de la conférence IAS 2010, session organisée par un certain nombre d'organisations de France, de Suisse et du Canada [1]. Cette session visait à présenter les points forts de la démarche communautaire dans le champ de la recherche et à questionner ses champs d'application, étant entendu que le niveau de

#SP1102 · Résumés des communications orales

participation des communautés pouvait non seulement déterminer la qualité du savoir produit, mais aussi la consistance de son application au bénéfice des mêmes communautés.

Ces questions ont été développées par la suite dans le cadre d'un chapitre d'ouvrage dédié à la recherche communautaire sur le VIH/sida [2]. Cette communication propose une actualisation des enjeux discutés dans le cadre de ce chapitre, basée sur l'expérience du soutien apporté par Sidaction, organisme privé de financement, à des projets de recherche menés en France et en Afrique, impliquant à des degrés différents une participation d'acteurs non académiques.

Les différents exemples de travaux soutenus permettaient de dresser un panorama contrasté de la participation d'acteurs non académiques à la recherche sur le VIH/sida. La variété des points de vue des acteurs pouvait en effet se traduire en conflit sur les objectifs et les modalités de la recherche, quand les acteurs non académiques pouvaient douter de la pertinence de stratégies de prévention à l'étude. Elle pouvait également être le résultat de compromis ou d'alliances de fait dépendant de circonstances extérieures aux deux champs en présence, académique et non académique. Elle pouvait enfin relever d'une volonté plus clairement établie par les deux types d'acteurs et converger dans un cadre élaboré conjointement, comprenant des instances de dialogue plus adéquatement décidées.

Ces exemples et la pluralité des expériences décrites permettaient de soutenir l'idée d'un continuum de la participation [3]. Cette idée de continuum facilite l'identification de différents niveaux de participation et de leurs effets respectifs. Elle permet aussi de saisir en quoi la participation n'est pas tant un acquis issu de principes à défendre qu'un processus relevant de négociations renouvelées tout au long du processus de recherche. Enfin, elle permet de questionner l'identification des « communautés » et de voir en quoi cette identification relève également d'un processus. Produit d'une histoire circonstanciée, la constitution de « communautés » ne relève sans doute pas d'une occurrence singulière mais s'inscrit plutôt dans un cadre de transformation continue. La communication proposée permettra de présenter ces questionnements au regard des exemples traités dans le cadre du chapitre d'ouvrage cité. En outre, elle sera enrichie d'expériences récentes acquises dans le cadre d'une orientation nouvelle de Sidaction, qui est de promouvoir la recherche opérationnelle menée sur la base de questions identifiées par le milieu associatif soutenu en France et dans un certain nombre de pays d'Afrique, conduite en lien avec les acteurs de ce milieu.

[1] Satellite Meeting « Issues and challenges of community-based research », Aides, ANRS, Chaire de la recherche du Canada en éducation à la santé, Coalition Plus, Cocq Sida, Groupe Sida Genève, Reach, Réseau francophone de recherche communautaire VIH/sida, Sidaction, IAS 2010.

[2] V. Nosedá, V. Douris, « Faire cause commune ? Réflexions critiques sur la participation des communautés à la recherche », dans *La recherche communautaire VIH/sida. Des savoirs engagés*, Presses de l'Université du Québec, 2015.

[3] Ce continuum avait été précédemment exposé par Chung K. et Lounsbury D. W., dans *The role of power, process, and relationships in participatory research for statewide VIH/AIDS programming*, *Social Science and Medicine*, 2006.

Mots-clés : communautés, démarche participative, continuum de participation

#SP1103

Difficultés et leçons apprises pour mener une enquête sur le VIH et la santé sexuelle auprès des personnes handicapées (Étude HandiVIH – ANRS 12302)

Alice Noël TCHOUKOU PENEDEME¹, Pierre DEBEAUDRAP², Gervais BENINGUISSE¹

¹ Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun

² Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Introduction : Dans les pays à ressources limitées, les personnes handicapées (PH) semblent particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH en raison de l'exposition à un certain nombre de facteurs de risques telles que les violences sexuelles, des barrières pour accéder à l'information et aux services. Longtemps exclues de toute considération, les PH sont maintenant considérées comme un groupe vulnérable comme le relève le Directeur de l'ONUSIDA en ces termes : « One of the more hidden communities struggling with HIV is people with disabilities. Few programmes exist to enable their access to HIV prevention and treatment services [...] because of a lack of data » (M Sidibe, IAS 2014). Toutefois, la collecte des données auprès des PH nécessite des approches méthodologiques particulières à prendre en compte non seulement au regard des difficultés à les atteindre mais aussi des difficultés à communiquer pour certaines. L'objectif de cette communication est de décrire les représentations des PH et de leur entourage par rapport à une étude portant sur le VIH et la santé sexuelle et reproductive (SSR), de décrire les approches de collecte des données sur le VIH/SSR auprès des PH, et d'identifier les potentielles difficultés qui pourraient être rencontrées.

Données et Méthodes : Cette communication utilise les données de l'étude exploratoire du projet portant sur : « l'influence des réseaux sociaux sur les comportements sexuels et reproductifs des jeunes handicapés à Yaoundé-Cameroun » de l'appel à projet 2014 des Petites subventions pour la recherche en population et le développement [1]. Il est niché dans le projet HandiVIH ANRS-12302 « Handicap et VIH : un état des lieux sur la vulnérabilité des personnes handicapées face au VIH/sida à Yaoundé »[2] réalisé à Yaoundé en 2015.

Les données de cette étude reposent sur :

#SP1105 · Résumés des communications orales

- Quinze (15) entretiens individuels approfondis réalisés auprès d'informateurs clés tels que les responsables d'organisations des personnes handicapées (OPH), des membres de la famille des PH. Tous ces enquêtés ont été recrutés avec la méthode boule de neige.

- Trois (3) entretiens dirigés de groupes réalisés auprès des PH des OPH.

Deux guides d'entretiens ont été produits en fonction du type de personne interrogée (l'un pour les informateurs-clé et l'entourage, et l'autre pour les focus group avec les personnes handicapées). Les données ont été exploitées à l'aide des tableaux synthétiques et l'analyse de contenu thématique a été utilisée comme méthode d'analyse.

Résultats : L'exploitation des données révèle que plusieurs familles manifestent des réticences à accepter de laisser leurs membres handicapés participer aux études.

Certaines familles, surtout celles qui sont aisées, cachent leurs membres handicapés, en particulier si ce sont des personnes avec un handicap intellectuel/psychique. En effet, plusieurs familles considèrent que les PH n'ont pas de sexualité, elles expriment de la réticence pour que leur membres handicapés participent à une étude portant sur le VIH. HandiVIH ANRS 12302 a développé des stratégies pour collecter les données auprès des PH à l'instar du recrutement des personnes handicapées parmi les agents enquêteurs afin que ces dernières acceptent plus facilement de participer aux études, la conception d'outils de communication comme des pictogrammes et des poupées pour faciliter la compréhension des questions de sexualité et de VIH par les PH.

Conclusion : Même si cette étude est limitée par sa petite taille, elle indique que des attitudes particulières adaptées au type de handicap doivent être développées pour traiter des questions de VIH/sida et SSR auprès des PH.

[1] Projet financé par l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP) de l'Université de Ouagadougou.

[2] Projet financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le sida et les hépatites virales (ANRS).

Mots-clés : personnes handicapées, VIH, santé sexuelle et reproductive, Yaoundé

#SP1105

Mémoires du VIH/sida en Afrique : quelques propositions pour un fonds d'archives ouvertes

Charles BECKER

Institut des mondes africains (IMAF), Paris, France

Beaucoup d'expériences et de témoignages des acteurs ont été irrémédiablement perdus, surtout durant la longue période où les personnes atteintes du VIH/sida sont

mortes sans avoir eu la possibilité de laisser leur témoignage. Pourtant la recherche et le rassemblement des paroles des témoins et des victimes, surtout pendant les deux premières décennies de l'épidémie, ont une importance fondamentale.

C'est pourquoi, nous tenterons de réfléchir sur les raisons pour lesquelles les mémoires de l'épidémie sont restées fragmentaires, mais surtout d'évoquer les collectes qui seraient possibles aujourd'hui.

Nous évoquerons ainsi quelques directions pour la constitution d'un véritable fonds d'archives ouvertes :

- » les témoignages individuels, écrits et visuels, laissés par des personnes malades et de leurs familles devraient être recherchés et rassemblés dans un fonds spécifique ;
- » les témoignages des acteurs médicaux sont aussi à rassembler plus systématiquement que par le passé, en particulier auprès des médecins : des publications comme celles de Bayer et Oppenheimer (sur l'Afrique du Sud) [1] et de R. Collignon, M.-É. Gruénais, L. Vidal (sur l'annonce de la séropositivité au VIH) [2], restées trop rares, ont apporté des éléments intéressants, mais sont loin de rendre compte de la diversité des pratiques et des questionnements du passé ;
- » les témoignages des chercheurs dans le domaine des sciences sociales sont aussi à rassembler de manière plus systématique, en réfléchissant sur les pratiques et les engagements des chercheurs selon leurs domaines de recherche ;
- » les témoignages des associations sont à privilégier, pour suivre la lente prise de parole et évoquer les soutiens institutionnels nationaux et internationaux qu'elles ont reçus aux différents temps de l'épidémie.

Nous évoquerons en particulier l'intérêt des publications du réseau « éthique, droit et VIH » [3], mis en place au début des années 1990, dont la création et le développement ont été soutenus par le PNUD, pour lequel un bon nombre de documents déjà disponibles pourraient être versés dans le fonds d'archives numériques qui est à constituer. De même nous présenterons les publications de la section sénégalaise de la Society for Women Against AIDS (SWAA) dont la série de Bulletins, rendant compte des activités de l'association, et les documents produits lors de la Conférence Panafricaine organisée à Dakar en 1998 [4]. Nous esquisserons enfin quelques réflexions sur la place des sciences sociales dans les conférences mondiales et panafricaines sur le sida à partir de l'analyse d'un corpus des résumés que nous avons rassemblés.

Nous soulignerons que la constitution d'un fonds d'archives ouvertes est de la plus haute importance pour un réel développement de l'écriture de l'histoire des réponses singulières et collectives au VIH, mais aussi et surtout l'histoire de la réflexion éthique.

[1] G.M. Oppenheimer, R. Bayer, *Shattered Dreams? An Oral History of the South African AIDS Epidemics*, New York, Oxford University Press, 2007.

[2] R. Collignon, M.-É. Gruénais, L. Vidal (éds), L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique, Dakar, *Psychopathologie africaine*, XXVI, 1994, 2.

#SP1201 · Résumés des communications orales

[3] Plusieurs ouvrages et Bulletins publiés par ce réseau sont disponibles sous forme numérique.

[4] SWAA, *VII ème Conférence Panafricaine « Femmes et sida en Afrique » / VIIth Panafrican Conference « Women and AIDS in Africa »*. Programme et livre des résumés/Programme and Abstract Book, préparé par Charles Becker, Dakar, SWAA, 1998.

SWAA, *VIIème Conférence Panafricaine « Femmes et sida en Afrique »*. *Rapport Final*, édité par Salif Sow et Charles Becker, Dakar, SWAA-Sénégal : 137 p.

SWAA, *VIIth Panafrican Conference « Women and AIDS in Africa »*. *Final Report*, edited by Salif Sow & Charles Becker, Dakar, SWAA-Sénégal : 137 p.

Mots-clés : mémoires, témoignages, archives ouvertes, associations

#SP1201

La vagin : miroir des inquiétudes sociales face à l'épidémie de VIH/sida

Francesca MININEL

Idemec, Aix-en-Provence, France

La matérialité du corps, et notamment du corps sexué, a longtemps été maintenue hors du champ de la recherche en sciences sociales sur le VIH/sida, alors qu'elle devrait constituer une base descriptive de la recherche ethnographique. Cette présentation aborde la promotion de l'abstinence en tant que stratégie préventive au Togo, à partir de la problématisation de la notion de virginité ainsi que d'une réflexion sur les discours et les pratiques concernant le vagin (terme émique qui se réfère tant au vagin décrit par l'anatomie qu'à d'autres parties du sexe féminin). Cette étude est basée sur une enquête qualitative réalisée par observation, immersion et entretiens semi-directifs.

La notion de virginité comme intégrité de l'hymen correspond à la définition biomédicale. Mais les tests traditionnels de virginité comportent l'examen de différentes caractéristiques du vagin : sa lubrification, ses dimensions, sa tonicité, sa couleur. Dans la cérémonie d'initiation Akpema (nord du Togo), les filles doivent défiler complètement dénudées : les anciens membres de la communauté observent le vagin des filles, qui doit être petit, poilu, tonique, rose. Après le défilé, les jeunes Akpenou s'assoient sur la pierre sacrée : si la fille n'est pas vierge, elle attirera la « punition de la pierre ». Si l'épreuve est passée avec succès, la jeune fille est prête à se marier. Dans ce contexte, la virginité est conçue comme un statut social et symbolique qui concerne la famille et la communauté. Par contre, dans le passé, le fait d'avoir des enfants hors du cadre du mariage n'était pas dévalorisant pour une femme dans l'aire culturelle Adjatado du Sud-Togo, où la notion de féminité était traditionnellement construite autour de la fertilité. Certains rites vodu sont toujours réservés aux jeunes filles pré-pubères et la virginité demeure un symbole de

protection contre l'envoûtement : le rapport sexuel rendrait l'individu vulnérable aux mauvais esprits. Aujourd'hui, dans le contexte de l'expansion des mouvements religieux chrétiens, la chasteté des jeunes filles jusqu'au mariage est considérée comme une norme religieuse et, souvent, comme une forme de protection contre les forces sataniques.

Dans les conceptions transnationales d'origine étatsunienne, façonnées par la culture psychologisante des années 1970 et son insistance sur le choix personnel, on assiste à une sorte de « dématérialisation » de la notion de virginité (notamment avec la conception de seconde virginité), parallèlement à sa « sanitarisaton ». Nous nous proposons ici d'explorer la manière dont les conceptions traditionnelles se combinent avec la notion de virginité globalisée et nord-américaine dans le contexte de l'activisme pro-virginité développé en milieu urbain au Togo face à l'épidémie de VIH.

Pour conclure, nous interrogerons les discours des jeunes femmes autour du vagin. Qu'est-ce qu'ils nous disent sur la manière dont la virginité est vécue et pensée ? On montrera que le vagin est souvent évoqué dans des discours concernant la séduction, le plaisir des hommes, la « moralité » (individuelle, sociale) et la santé (individuelle, collective). Un vagin perçu comme large ou mouillé est souvent considéré comme vecteur de maladies et conséquence de l'« immoralité ». De nombreuses filles utilisent des produits chimiques qui provoquent un resserrement momentané des tissus du vagin et donnent une « apparence de virginité ». Dans la société urbaine contemporaine togolaise, le vagin semble devenir une sorte de miroir social où se reflètent les inquiétudes liées à l'épidémie de sida et au changement du rôle social de la femme. Cette recherche questionne les implications politiques de « l'esthétique du vagin » dans une société en transformation et dans le contexte de l'épidémie de VIH.

Mots-clés : sexualité, vagin, femmes, tradition, mondialisation

#SP1202

Les nouvelles stratégies de lutte contre la transmission du VIH se font-elles de nouveau au détriment des femmes ?

Sophie SERVAIS^{1,2}, Philippe MSELLATI^{1,3}

¹ *Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)*

² *Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*

³ *PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire*

L'épidémie de VIH apparue il y a 30 ans, a particulièrement touché les femmes en Afrique subsaharienne ; constituant une véritable menace pour les mères et leurs bébés. Durant les deux dernières décennies, les stratégies de Prévention de la Transmission du VIH de la

#SP1202 · Résumés des communications orales

Mère à l'Enfant (PTME) se sont succédées au Burkina Faso. La PTME est désormais intégrée dans les consultations prénatales. Actuellement la nouvelle stratégie adoptée en 2015 au Burkina Faso consiste au dépistage du VIH systématique des femmes enceintes et une mise sous traitement antirétroviral à vie des femmes dépistées séropositives. Cette stratégie préconisée par l'OMS vise l'élimination de cette transmission de la mère à l'enfant. Dans le même temps, les programmes de lutte contre le VIH et leur financement sont réorientés vers les « populations clés ».

À l'heure où ces nouvelles stratégies sont à l'œuvre, notre étude s'intéresse à la perception des risques autour de la maternité. Comment les femmes perçoivent aujourd'hui le risque VIH au Burkina Faso ? Constitue-t-il encore un risque majeur ? Est-ce que cette perception change selon les générations ; c'est-à-dire parmi celles qui ont connu la phase critique de l'épidémie et la jeunesse actuelle ?

Notre étude de type ethnographique commencée en février 2015 se déroule à Bobo Dioulasso. Elle se base sur des données collectées à partir du terrain. Celles-ci comprennent d'une part, des entretiens individuels et collectifs impliquant différentes générations et des informateurs clés ; d'autre part, des observations de contexte dans les cadres de vie et les formations sanitaires.

L'étude en cours montre que le VIH n'est plus une préoccupation centrale sur le plan de la santé parmi la population. D'autres maladies ont supplanté le VIH dans les discours et sur le terrain. « Mieux vaut un VIH qu'un palu » est une expression devenue courante pour exprimer l'idée qu'on ne meurt plus du VIH. Cette forme de normalisation du VIH dans les discours révèle une baisse de la perception de la gravité du VIH sur la santé. Cette perception est renforcée par les représentations sur les personnes vivant avec le VIH sous traitement considérées comme des personnes « en forme » ; occultant les signes graves de la maladie.

Néanmoins, sur un plan social le phénomène de stigmatisation lié au VIH persiste avec des implications fortes. Le risque social engendré par la révélation de leur statut pendant la grossesse continue de peser principalement sur les femmes. La standardisation en cours de la PTME dont l'objectif est d'éviter/éliminer la transmission mère-enfant a tendance à omettre ce phénomène. Or, les orientations stratégiques actuelles des campagnes de prévention et de lutte contre le VIH se portent essentiellement sur les groupes cibles tels que les usagers de drogues, les HSH, les travailleuses du sexe, les jeunes. Ces orientations ne risquent-elles pas de renvoyer à nouveau le VIH et les femmes séropositives dans les marges et de renforcer/(ré)activer les représentations toujours à l'œuvre ?

Mots-clés : femme, VIH, prévention de la transmission mère-enfant, médicalisation, banalisation, stigmatisation

#SP1203

L'autre face du genre : hommes, masculinités et VIH/sida en Afrique subsaharienne

Christophe BROQUA

Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)

PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire

Très tôt, l'épidémie de sida en Afrique subsaharienne a été décrite comme une épidémie hétérosexuelle. Dans les années 1990 a été soulignée la vulnérabilité particulière des femmes, plus souvent infectées, et une grande partie des actions de lutte contre la maladie ont été orientées vers elles. Parallèlement, depuis les années 2000, une attention croissante (mais toujours modeste) a été accordée aux hommes en tant que tels, dont la part dans l'épidémie de sida restait considérable. L'essentiel de cette attention visait à comprendre en quoi la position dominante des hommes et leurs comportements sexuels et conjugaux dans le cadre des relations hétérosexuelles favorisaient la diffusion du VIH, en Afrique comme dans d'autres régions du monde.

Plus récemment, il s'est agi d'identifier chez des hommes africains différents types d'obstacles dans le recours aux services liés au VIH/sida, notamment le dépistage et l'accès aux traitements antirétroviraux. Si les positionnements et les rôles masculins sont pluriels et loin d'être toujours néfastes, on observe en effet clairement un moindre recours des hommes aux outils préventifs et thérapeutiques. Certaines caractéristiques de la masculinité (sentiment de force et de puissance, souci de respectabilité, etc.) sont ainsi considérées comme des facteurs d'exposition accrue au VIH.

La réflexion menée par divers acteurs (chercheurs, membres associatifs, etc.) sur ces « vulnérabilités masculines » ne se traduit pourtant à ce jour que par une faible réorientation des politiques de lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne, dont on peut faire l'hypothèse qu'elle s'explique par une tension entre les orientations souhaitées par certains acteurs locaux et celles imposées par les bailleurs, ces dernières étant aujourd'hui fortement focalisées sur les populations dites « clés » (principalement homosexuels, prostituées, usagers de drogues, prisonniers, etc.).

En même temps, l'un des objectifs actuels de la lutte contre le sida à l'échelle internationale est la stratégie dite « 90-90-90 », dont le but est qu'à l'horizon 2020, 90% des personnes infectées par le VIH connaissent leur statut sérologique, 90% des personnes infectées et dépistées reçoivent un traitement, et 90% des personnes recevant un traitement aient une charge virale durablement supprimée. Si l'on tient compte du retard des hommes aux niveaux du dépistage et du traitement antirétroviral, on peut supposer que l'un des enjeux va être de trouver le moyen d'optimiser leur recours aux soins.

L'éclairage anthropologique s'avère ici nécessaire. Pourtant les travaux de recherche sur ces questions sont peu nombreux. Quelques chercheurs ou équipes de chercheurs leur ont consacré des enquêtes ethnographiques, mais presque uniquement en Afrique australe ou de l'Est. Très rares sont les études sur le sujet menées en Afrique francophone. Plus largement, dans cette région, les études portant sur la santé

#SP1204 · Résumés des communications orales

reproductive ou sexuelle sont majoritairement le fait de démographes, même s'il existe aussi quelques analyses anthropologiques des rapports au corps et à la sexualité. Cette communication vise à restituer l'histoire de la prise en compte des hommes et des masculinités dans les recherches et dans la lutte contre le VIH/sida en Afrique subsaharienne en plaidant pour une analyse conjointe de la conception du sida chez les hommes et de la place qui leur est conférée dans les dispositifs de lutte contre l'épidémie. Il proposera une réflexion basée sur une revue de la littérature et sur des éléments programmatiques relatifs à une enquête anthropologique à venir sur la place des hommes et des masculinités dans la lutte contre le VIH/sida dans différents pays d'Afrique de l'Ouest francophone.

Mots-clés : anthropologie, genre, homme, masculinité

#SP1204

Lutte contre le VIH/sida au Tchad : silence masculin, silence de mort...

Augusta ANATA MAWATA

Université catholique d'Afrique Centrale (UCAC), Yaoundé, Cameroun

Cette communication porte sur la faible présence des hommes dans le processus de sensibilisation à la lutte contre le VIH/sida au Tchad. Cette présence timorée des hommes s'explique par le calibrage et la focalisation des outils de sensibilisation aux VIH sur les pratiques et représentations associées exclusivement à la féminité dans les sociétés tchadiennes. À cette première raison, il convient d'ajouter l'histoire tourmentée du mouvement associatif masculin au Tchad. Sur notre terrain d'enquête Koumra, ville connue pour le dynamisme des femmes dans la lutte contre le VIH/sida, l'absence des hommes dans la lutte contre le VIH s'explique par deux raisons. La première est que les outils de sensibilisation les plus utilisés qui sont les causeries débats, les sensibilisations de masse, les conversations communautaires sont associés à la féminité. En effet, les postures assises pour discuter, une musique perçue comme bruyante et anonyme, la mixité des classes d'âge et des statuts (initiés-non initiés), les témoignages publics, les discussions sur les questions de sexualité dans un espace anonyme sont essentiellement des pratiques féminines. À cela, il convient d'ajouter que la sexualité conditionne l'accès au marché matrimonial dans une société où la polygynie est source de pouvoir politique et économique. C'est ce qui explique le silence des hommes sur leur sérologie ainsi que leurs stratégies secrètes de soin. Enfin, dans la symbolique de cette société, la sexualité et tout ce qui ressort de la procréation est une question exclusivement féminine. D'autres raisons sont d'ordre historico-politique. Il s'agit de violentes répressions dont ont été l'objet les mouvements associatifs masculins suite à leur assimilation à des mouvements

de rébellion par les différents régimes politiques à l'origine des attitudes de méfiance des hommes par rapport aux initiatives associatives. Dans cette région, il a surtout été question des répressions sous le régime d'Hissein Habré pendant les années 1982-1990. Or, la majeure partie des interventions de lutte contre le VIH se fait par le biais des associations.

Ces données sont issues des enquêtes effectuées de 2012 à 2013 dans la localité de Koumra, peuplée en majorité du groupe ethnique Sar et de la recherche documentaire. Ces enquêtes ont consistées en :

- » des observations participantes à des séances de sensibilisation de masse, de conversation-communautaire, à des causeries débats et de témoignage ;
- » des entretiens avec 10 hommes mariés et 10 femmes ;
- » des entretiens avec 3 personnes vivant avec le VIH/sida ;
- » des entretiens avec des personnes ressources sur la culture Sar.

La recherche documentaire a consisté en des analyses des enquêtes des institutions productrices de document sur la participation à la lutte :

- » les rapports de participation du PNLIS et MASACOT ;
- » les rapports de projets sentinelles.

La communication est divisée en trois parties. Dans la première, il sera question de la présentation de la faible présence des hommes dans le processus de sensibilisation à Koumra. La seconde partie porte sur les dissonances entre outils de sensibilisation et la masculinité à Koumra. Enfin, la troisième partie porte sur les discours de méfiance sur les initiatives associatives à Koumra.

Mots-clés : sensibilisation, VIH/sida, genre, Tchad, ethnographie

#SP1301

Circoncision masculine et sida en Afrique : épistémologie et sociologie d'une pratique contestable

Michel GARENNE

UMI 236 Résiliences, France

La communication présente une revue des aspects épistémologiques et sociologiques de la politique de santé publique consistant à pratiquer la circoncision masculine chez l'adulte pour réduire la transmission du VIH dans les populations africaines. Une première partie présente brièvement l'historique des études épidémiologiques concernant la relation entre circoncision masculine et l'infection par VIH en Afrique. Une seconde partie discute l'épistémologie de la relation statistique entre circoncision et sida, et oppose notamment l'approche de la démographie (niveau macro ou populationnel) à

#SP1302 · Résumés des communications orales

celle de l'épidémiologie clinique (niveau micro ou individuel). Une troisième partie présente la rationalité sociologique de la circoncision masculine dans l'histoire, partant de l'Afrique ancienne et des théocraties antiques pour arriver aux questions contemporaines, le dénominateur commun étant les différentes formes d'abus de pouvoir qui conduisent aux mutilations génitales. La dernière partie discute l'éthique des pratiques récentes, et en particulier de la recommandation de l'OMS de 2006.

Mots-clés : circoncision, VIH, Afrique, démographie, épidémiologie, sociologie, éthique

#SP1302

Accès à la prophylaxie préexposition (PrEP) en Afrique de l'Ouest : nouvelles questions et enjeux

Joseph LARMARANGE

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Au cours de la dernière décennie, le champ de la prévention de la transmission sexuelle du VIH a connu des évolutions majeures, notamment en raison du développement de nouveaux outils biomédicaux : circoncision masculine, traitement antirétroviral précoce, microbicides ou encore prophylaxie préexposition (PrEP).

Après plusieurs essais cliniques de PrEP n'ayant montré qu'une efficacité limitée, deux essais randomisés ont modifié la donne en octobre 2014. Les essais PROUD et IPERGAY, menés en Europe et en Amérique du Nord auprès d'hommes gays, ont tous deux démontré une efficacité de 86%.

Ces résultats seront pris en compte rapidement par l'OMS : les nouvelles recommandations de traitement publiées en septembre 2015 intègrent dorénavant la PrEP comme outil de prévention additionnel pour les individus à « risque substantiel » d'acquisition du VIH, le « risque substantiel » étant défini « provisoirement » comme une incidence du VIH supérieure à 3 pour 100 personnes années.

Ce critère d'éligibilité de l'OMS, critère populationnel et non individuel, est problématique et amène à l'élaboration d'indications basées sur un « comportement à risque minimum », la PrEP n'étant finalement proposée qu'en cas de défaillance d'un autre outil de prévention, en particulier le préservatif.

Dans le contexte épidémiologique ouest-africain, les cibles des programmes de PrEP semblent être prioritairement les populations dites « clés » selon le vocabulaire onusien, et plus spécifiquement les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et les travailleuses du sexe. Reste que les catégories épidémiologiques d'expositions, dont les définitions restent floues au demeurant, ne correspondent pas directement à des

groupes sociaux constitués, ni même encore aux personnes aujourd'hui accueillies dans les structures de santé.

La PrEP, en raison du suivi médical régulier qu'elle requiert, est l'occasion de repenser le suivi des personnes négatives au VIH dans un contexte où la majorité des programmes, sous l'impulsion des bailleurs et décideurs publics, sont focalisés et/ou pensés pour le suivi des personnes infectées. Le dépistage du VIH, trop souvent organisé comme une activité ponctuelle, est crucial, constituant le point d'entrée de tout programme.

Les essais de PrEP incluait de nombreux services additionnels en santé sexuelle et reproductive. Ces services sont tout autant pertinents et nécessaires pour les non-utilisateurs de PrEP. Le risque d'une mise en œuvre compartimentée, comme trop souvent observé, est donc le développement de programmes de PrEP avec des services associés et conditionnés à la mise sous PrEP, plutôt que de penser une offre de santé sexuelle globale dont la PrEP ne serait que l'un des outils mis à disposition.

Si des recherches en sciences sociales commencent à émerger sur les manières dont les populations s'approprient ces nouveaux outils et les intègrent dans leurs discours et pratiques, les non-utilisateurs de PrEP (que cela soit par choix ou non) sont souvent oubliés. Or ces derniers sont ou seront de facto confrontés à la PrEP, ne serait-ce que par leurs partenaires.

Outil de prévention asymétrique, la PrEP peut modifier les modes de négociation entre partenaires et la gestion des prises de risque individuelles, de même que la définition du risque lui-même. Il y aurait des mises en regard à effectuer avec les travaux sur la pilule contraceptive par exemple.

À l'heure où l'on observe un enthousiasme général autour de la PrEP, marqué notamment par la multiplication de *demonstration projects* ou encore l'engagement massif de bailleurs internationaux, il est pertinent de discuter des enjeux posés par la mise en œuvre de l'accès à la PrEP en Afrique de l'Ouest et des questions que cela soulève tant pour la santé publique que pour les sciences sociales, d'un point de vue opérationnel, fondamental ou méthodologique.

Mots-clés : PrEP, VIH, santé sexuelle, prévention, populations clés, traitements, offre de santé

#SP1303 · Résumés des communications orales

#SP1303

La réaction du couple à l'annonce du VIH/sida

Carole BILOA

Institut des politiques et initiatives sociales (IPIS), UCAC, Yaoundé, Cameroun

Avec le passage du VIH/sida au stade de maladie chronique, nous proposons une réflexion sur les mutations que connaît le couple face à cette pandémie. Par souci de mettre de l'ordre dans le corps social, la stigmatisation, effet non souhaité mais contrôlable, a pour conséquence immédiate l'intériorisation et la gestion du secret par l'individu, par le couple lorsque le statut est connu des conjoints. Les attitudes de contrôle et de rétention de l'information, ne faisant pas toujours suite à une situation de discrimination ou de stigmatisation, favoriseraient soit la nucléarisation poussée du couple affecté par le VIH soit le développement de la solidarité et de la cohésion familiale au sens large. Face au sida, surgissent de nouvelles manières de vivre la relation de couple et l'interaction avec les tiers. Des débats autour des relations sexuelles, de la procréation et de la survie du couple se renforcent. Il est question dans cette réflexion de comprendre comment le VIH redéfinit le lien conjugal. Avec l'apparition de comportements nouveaux qu'impose la présence du VIH/sida, il est question de voir comment le couple, dans son vécu et son rapport aux tiers est amené à se reconstruire avec le sida, cet intrus qui déstabilise l'individu, le lien conjugal et le corps social. Cet article s'appuie sur des enquêtes menées par l'équipe du volet qualitatif du projet Evolcam ANRS 12 288, dans les villes de Yaoundé et Douala, auprès de 99 personnes vivant en couple. L'analyse des récits de vie et des grilles de lecture nous permet de dégager des variables qui favorisent selon les cas, le renforcement ou l'effritement du lien conjugal avec la présence du VIH/sida.

Les résultats sont les suivants :

- » Les circonstances de la découverte du statut VIH ont un lien avec le fait d'accepter de vivre ensemble malgré le sida ou de se séparer. Les couples dépistés positifs au VIH/sida suite à une consultation prénatale font plus l'expérience de l'acceptation et de la survie, que ceux qui découvrent le VIH en cas de maladie grave ou en dépistage volontaire.
- » La durée et la solidité du lien conjugal demeurent déterminantes pour le maintien du couple malgré les formes d'union et de nuptialité. L'on observe que même en situation d'union libre consensuelle ou de concubinage, la famille et les liens de parenté ne s'estompent pas. La stabilité d'une union dans le temps ou la valeur des sentiments suffirait à conférer aux unions l'appellation de couple et à survivre au VIH/sida.
- » La présence ou l'arrivée d'un enfant, même par une mère séropositive, augmenterait les chances de survie du couple qui se rend compte qu'il est encore capable de donner des enfants malgré le VIH.

- » Les couples qui cohabitent avec la famille élargie subissent une pression dans le sens de la séparation ou non à cause de leur lieu de résidence.
- » Malgré la présence du sida, l'alliance entre les conjoints se trouve renforcée dans des cas où le couple connaît une stabilité professionnelle et une sécurité économique.

Mots-clés : sida, couple, enfant, information, gestion

#SP1304

De la révélation au secret sur le VIH/sida : vers un changement de paradigme dans la recherche en sciences sociales en Afrique subsaharienne ?

Julie PANNETIER

Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

Cette communication vise à retracer l'évolution de la recherche en sciences sociales sur la révélation du statut VIH/sida en Afrique subsaharienne. Les discours et les recherches sur la révélation ou non du statut VIH dans les sphères privées et publiques varient en fonction des normes parfois contradictoires entre prévention, observance aux traitements et respect de la confidentialité. À ces enjeux éthiques et politiques viennent s'ajouter les avancées médicales dans le traitement et la prévention du VIH et la diffusion des concepts de « traitement comme prévention » et de « charge virale indétectable » dont on ignore encore comment ils sont véhiculés, utilisés, appropriés par les soignants, les acteurs de la lutte et/ou les personnes infectées.

La révélation du statut VIH aux partenaires sexuels et aux proches, prise en premier lieu comme un enjeu de santé publique, a suscité de nombreuses études en santé publique et en sciences sociales en Afrique subsaharienne. Dans cette acception, la non révélation du statut VIH a d'abord été principalement appréhendée comme un obstacle à la prévention et au traitement de l'épidémie ; et ce sont ses conséquences en termes de moindre protection lors des rapports sexuels, de moindre adhérence au traitement ou des souffrances psychiques qui ont été principalement étudiées (Loubiere et al., 2009 ; Obermeyer et al., 2011). Dans différents pays d'Afrique du Sud, le modèle idéalisé et standardisé de résilience dénommé *living positively* (vivre positivement [avec le VIH]) basé sur « l'acceptation » du statut VIH et sur l'inscription dans un groupe de pairs a été promu et restitué par les chercheurs (Levy et Storeng, 2007) sans que les normes implicites véhiculées par ce modèle ou que les possibilités différenciées des personnes, selon leur statut social, de s'y conformer ou à s'en détacher ne soient abordées.

Les travaux des anthropologues ont mis en lumière que l'injonction à la révélation pouvait s'imposer dans la sphère publique. Par exemple, en l'absence d'offre généralisée de trithérapies et sous couvert d'empowerment des personnes séropositives, des

#SP1401 · Résumés des communications orales

témoignages publics en Côte d'Ivoire, parfois rémunérés et soigneusement préparés lors d'ateliers organisés par les associations de personnes infectées, servaient de plaidoyers pour « donner un visage à l'épidémie » au niveau international et avoir ainsi accès aux soins médicaux et à d'autres ressources (Nguyen, 2010). La question du partage ou non de l'information sur le statut VIH a été ensuite envisagée en lien avec le contexte, et notamment les rapports de genre (Bott and Obermeyer, 2013 ; Hardon et al., 2013). En Tanzanie et au Kenya, il a été montré que l'accès aux traitements antirétroviraux est conditionné par la révélation du statut VIH à un tiers en dépit du droit à la confidentialité (Mattes, 2011 ; Moyer et al., 2013). Au contraire, dans d'autres contextes comme au Burkina Faso, certains patients estiment que le personnel soignant n'apporte pas suffisamment de soutien dans la gestion du partage de l'information sur le statut VIH au partenaire ou aux enfants (Hardon et al., 2013). On assiste peu à peu à un changement de paradigme sur la question de la révélation du statut VIH/sida. On se référera notamment à numéro spécial du journal *Culture, Health & Society* (Hardon et Posel, 2012) qui offre un contre point intéressant à l'hégémonique « parler c'est soigner » véhiculé en santé publique. Une étude récente réalisée auprès de femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en Suisse montre que celles-ci ont intégré dans leurs « stratégies » de voilement/dévoilement à leurs partenaires sexuels des raisons médicales comme la notion de « charge virale indétectable » qui redéfinit le rapport au risque et à la sexualité (Sulstarova et al., 2014).

Mots-clés : révélation, secret, recherches en sciences sociales

#SP1401

30 ans d'infection pédiatrique par le VIH en Afrique, histoire, questions et perspectives

Philippe MSELLATI

*Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)
PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Le sida pédiatrique a été identifié dès 1983 aux Etats Unis et en France. Longtemps il a été vécu comme une fatalité, sans traitement efficace. Puis la sécurité transfusionnelle et les essais de prévention de la transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH ont permis la mise en place d'interventions diminuant de façon très importante le nombre de nouvelles infections pédiatriques. Elles ont été supprimées dès la fin des années 1990 en Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord. Dans les pays du sud, après plusieurs essais cliniques, des régimes efficaces ont été disponibles dès le début des années 2000, même si la mise en œuvre s'est révélée plus complexe.

Autant la PTME a été un succès, autant l'infection pédiatrique par le VIH a été délaissée. Lorsque les traitements ARV ont été accessibles en Afrique, quelques sites pilotes ont rapidement montré que ces traitements fonctionnaient aussi bien au Sud qu'au Nord. Pourtant il a fallu attendre 2006 pour que l'Unicef tiene une conférence sur le sujet et c'est en 2014 que l'ONUSIDA a demandé la mise en place d'une coalition internationale dans le domaine du diagnostic et du traitement chez l'enfant. Aujourd'hui la communauté internationale promeut un objectif de 90 90 90 soit 90% d'enfants infectés par le VIH dépistés, 90% d'enfants dépistés mis sous traitement et 90% d'enfants avec une charge virale indétectable ainsi que l'élimination de la transmission mère enfant, tout cela pour l'horizon 2020. Ces objectifs volontaristes contrastent fortement avec la réalité : moins de 25% des enfants infectés par le VIH sont dépistés, moins de 25% sont traités par antirétroviraux et dans certaines études plus de 50% des enfants traités sont en échec virologique.

Alors que l'élimination des nouvelles infections pédiatriques par le VIH font l'objet de toutes les attentions (diagnostic et traitement précoce), les propositions d'actions innovantes permettant de mieux lutter contre l'infection pédiatrique par le VIH et de conduire ces enfants vers l'âge adulte sont souvent dispersées, objet d'initiatives pilotes ou limitées et peu soutenues concrètement par les acteurs institutionnels. Des actions concrètes doivent être conduites dans le domaine du dépistage des enfants infectés par le VIH au-delà de l'âge de deux ans, dans l'accès aux soins et à la rétention dans les programmes de prise en charge. Enfin, une attention toute particulière doit être portée en direction des adolescents infectés par le VIH dont le nombre est en augmentation constante mais qui rencontrent de grandes difficultés tant dans le domaine de l'annonce que dans celui de l'observance. Le passage dans les services de prise en charge adultes se révèle également d'une grande difficulté.

Au total, les enfants infectés par le VIH, population vulnérable s'il en est, devraient bénéficier d'une plus grande attention et d'une prise en charge innovante au-delà des objectifs programmatiques peut être irréalistes.

Mots-clés : VIH, enfants, infection pédiatrique, Afrique.

#SP1402 · Résumés des communications orales

#SP1402

Processus d'information collective des parents/tuteurs et des enfants dans une recherche à l'aide d'un support audiovisuel : expérience de l'étude SNAC'S

Marie VARLOTEAUX^{1,2}, Caroline DESCLAUX SALL, Mohamed Lamine Ibrahima SOUANÉ, Philippe MSELLATI, Sidy Mokhtar NDIAYE, Karim DIOP, Fatou NIASS, Cécile CAMES

¹ Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)

² CRCF, Dakar, Sénégal

Introduction : Au Sénégal, la participation des enfants à la recherche médicale nécessite le recueil du consentement d'un représentant légal basé sur une information claire, loyale et compréhensible. Bien que l'assentiment de l'enfant ne soit pas exigé, il est recommandé de favoriser son implication/adhésion. Dans les pays du Sud, de nombreux obstacles linguistiques, sociaux, culturels, sanitaires peuvent limiter la compréhension de l'information sur la recherche. Les modes d'interventions et les outils utilisés pour communiquer l'information aux participants ont fortement évolué, passant de la simple note d'information aux supports audiovisuels. Ces nouveaux outils présentent certains avantages, attractivité, accessibilité, standardisation de l'information et ont montré leur efficacité dans certains contextes.

L'étude SNAC'S, a pour objectif d'évaluer l'efficacité, l'acceptabilité et la faisabilité des protocoles de récupération nutritionnelle ambulatoire chez les enfants et adolescents infectés par le VIH dans 12 structures de prise en charge au Sénégal. Dans le cadre de cette étude, un support audiovisuel, illustrant le contenu de la note d'information, sous la forme d'un dessin animé d'une dizaine de minutes, a été proposé pour informer les enfants et leurs parents/tuteurs.

Méthode : L'étude SNAC'S a inclus les enfants VIH+ suivis dans les sites âgés de 6 mois à 18 ans et présentant une malnutrition aigue sans complication. Parmi eux, les enfants de 7 ans et plus étaient éligibles à participer au processus d'information. Les parents/tuteurs et les enfants ont été conviés séparément à une séance collective d'information, au cours de laquelle la notice d'information de SNAC'S, puis le support audiovisuel ont été présentés. À la fin de la projection, un questionnaire de 8 items (Tableau 1), reprenant les informations clés de l'étude était administré. Le support audiovisuel a été réalisé en wolof avec sous-titrage en français. Les données sociodémographiques des enfants et des parents/tuteurs, ont été collectées à l'inclusion. Le questionnaire a été analysé en utilisant un score +1 par réponse juste, 0 par réponse fausse. Les fréquences de réponses justes par question, et par participant (adulte et enfant) ont été calculées. Une bonne compréhension de l'information à l'étude a été définie par une réponse correcte donnée à au moins 6 questions sur les 8. Les analyses ont été réalisées avec Epi-Info.

Résultats : Vingt et une séances d'information collective pour les « parents/tuteurs » ainsi que pour les « enfants » ont été réalisées. 135 parents et 106 enfants y ont participé (Table 2). Les taux de bonne compréhension de l'information étaient similaires parmi les

Résumés des communications orales · #SP1403

parents/tuteurs, 83% à Dakar et 82% en régions, et parmi les enfants, 79% à Dakar et 74% en régions. L'item 8 abordant la notion de droit est celui qui a obtenu le taux de bonne réponse le plus faible de la part des parents/tuteurs et des enfants, 58% et 69% respectivement.

Discussion : Le processus d'information a permis d'obtenir un taux satisfaisant de bonne compréhension de l'information des parents/tuteurs et ce malgré un faible taux de scolarisation. Le taux de réponse juste des enfants est plus faible que celui des parents/tuteurs mais reste satisfaisant. Néanmoins, la notion de droits du participant dans une recherche a été la moins bien comprise par l'ensemble des participants, comme cela a pu être observé dans d'autres études. Cet outil a permis une standardisation de l'information sur la recherche adaptée à tous les niveaux, de manière ludique. Cependant, un renforcement de l'information tout au long de l'étude doit être fait, pour s'assurer de la bonne compréhension de celle-ci et pour éviter une surestimation des résultats obtenus à l'inclusion dus à une mémorisation immédiate de l'information.

Mots-clés : information patient, audiovisuel, consentement, assentiment

#SP1403

Stratégies de prévention du VIH par le dépistage précoce des enfants de 6 à 26 semaines dans les formations sanitaires en Côte d'Ivoire

Aimé César Maxime OGA

*Département d'anthropologie et de sociologie, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire
PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire*

Objet de l'étude : La PTME du VIH est un dispositif préventif de la lutte et a montré, par ses activités et ses résultats (réduction du risque de TME en pré, intra et post-partum) son efficacité. Cependant, en dépit de ces progrès, moins de 10% des femmes enceintes se font dépister et ont accès à une intervention ARV de PTME du VIH. Conséquence, une épidémie pédiatrique VIH en croissance. Et, en l'absence d'intervention, la mortalité infantile des enfants VIH, en Afrique, est dramatiquement élevée et précoce. Alors s'impose le dépistage précoce chez les enfants de 6 à 26 semaines qui a retenu notre attention.

Méthodes : Par « Stratégies de prévention de l'infection du VIH par le dépistage précoce proposé aux enfants de 6 à 26 semaines en Côte d'Ivoire » les facteurs explicatifs du refus, de l'acceptation des parents ont été étudiés comme objectif de cette étude. Les données ont été recueillies par des entretiens semi-directifs auprès de 40 parents dont

#SP1403 · Résumés des communications orales

30 mères et 10 pères. Nous avons appliqué une analyse thématique aux entretiens après leur transcription.

Résultats : Le choix des parents de faire dépister ou non l'enfant ne tient pas seulement compte de la compréhension du principe du dépistage avec ses conséquences à la fois pour l'enfant et sa mère mais de plusieurs facteurs. Ce sont : les connaissances et les perceptions, l'environnement social et l'environnement conjugal de proposition du dépistage qui interagissent pour concourir à sa réalisation effective ou non. Ils ne sont pas sans contraindre d'un côté les parents ayant accepté le dépistage et de l'autre ceux l'ayant refusé à des stratégies.

Le dépistage pédiatrique dépend donc d'un ensemble de facteurs qui, pris individuellement, sont en réalité composés de divers éléments en interactions. Entre éléments d'un ensemble ou entre les ensembles eux-mêmes, les constantes interactions influencent la réalisation du test et font dépendre son acceptation, son refus.

Pour favoriser la perspective compréhensive du dépistage VIH pédiatrique, il convient d'en retenir un modèle théorique ainsi résumé :

- » Personnel soignant : perception du rôle de soignant, perception du VIH, perception du dépistage pédiatrique, réalisation antérieure ou actuelle du test pédiatrique.
- » Parents : connaissances des modes de transmission du VIH, perception de l'infection, perception du test pédiatrique, influences socioculturelles, représentations du dépistage pédiatrique que se font les parents.
- » Environnement social : conceptions des conjoints sur le genre, gestion des besoins de l'enfant, paternité de la décision du test chez l'enfant.
- » Environnement conjugal de proposition du test de dépistage précoce VIH : culture d'échange entre conjoints, cadre d'échange rare ou inexistant, facilité de parler du test VIH, dépistage déjà réalisé chez les parents, disponibilité des résultats des tests réalisés.

Mots-clés : prévention, VIH/sida, dépistage, enfant de 6 à 26 semaines, nourrissons, interactions, personnel, parents, environnement social, environnement de proposition du dépistage

#SP15

L'éthique sous le regard des SHS : perspectives autour de la charte éthique ANRS

Alice DESCLAUX^{1,2}, Brigitte BAZIN³, Francis AKINDÈS⁴

¹ *Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)*

² *CRCF, Dakar, Sénégal*

³ *ANRS, Paris, France*

⁴ *Chaire Unesco de bioéthique, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

L'Agence nationale (française) de recherches sur le sida et les hépatites (ANRS) a financé et soutenu depuis 25 ans de nombreuses recherches menées dans les Suds. Au vu des questions éthiques soulevées par la recherche dans des contextes marqués par la pénurie des systèmes de santé, les inégalités d'accès aux soins des populations, un faible investissement des pays dans la recherche, la rareté des équipes de chercheurs locaux, l'absence de cadres réglementaires nationaux pour la recherche sur l'être humain, et l'absence de comité d'éthique dans certains pays, l'ANRS s'est dotée en 2002 d'une « Charte éthique de la recherche dans les pays en développement ». Le propos initial de cette charte, élaborée à partir de consultations organisées avec ses partenaires au Sud, était de préciser les règles d'éthique et de bonnes pratiques pour la conduite de recherches. Actualisée en 2008, la charte est la référence pour les chercheurs souhaitant conduire un projet financé par l'ANRS. Elle aborde successivement les principes généraux (textes internationaux, objectif prioritaire et partenariat), les engagements vis-à-vis de la personne participant à une recherche, les responsabilités du promoteur, et les moyens mis en œuvre pour assurer le respect des règles d'éthique.

En juin 2016, une révision de la Charte éthique a été lancée par le Département Recherche au Sud, suivant à nouveau un processus consultatif impliquant les acteurs des sites ANRS en Afrique (Burkina, Cameroun, Egypte, Sénégal) et en Asie (Vietnam, Cambodge). Ce processus s'appuie sur l'expérience de la dernière révision, qui a reposé sur une vaste consultation des chercheurs et équipes Sud et Nord, des représentants associatifs et des participants aux recherches, organisée différemment selon les sites, notamment par l'ouverture d'espaces d'échanges et de délibération. La révision est motivée par l'évolution des partenariats et le développement de ressources au Sud (éthiques et scientifiques), les nouvelles questions d'éthique soulevées par les avancées biomédicales, l'adaptation des mesures éthiques à des populations particulières dites « populations clés » objet d'un grand nombre de recherches dans un contexte d'épidémies concentrées dans la majorité des sites, l'émergence des biobanques et de l'open data, le développement de la recherche communautaire, la place des Droits Humains dans les récentes déclarations internationales sur la lutte contre le VIH, l'évolution de la Déclaration d'Helsinki, etc., qui nécessitent de nouvelles précisions dans la charte. La contribution des sciences sociales devrait être essentielle dans le processus de révision, ce qui motive cette session. De plus, l'éthique peut être un objet d'étude pour de futures recherches en SHS, à identifier, dans un champ auquel les chercheurs s'intéressent encore trop peu.

#SP1601 · Résumés des communications orales

Les thèmes qui suivent seront discutés au cours de cette session :

- La charte éthique : faut-il aller plus loin ? Prendre en compte les spécificités des SHS ?
- Les acteurs Sud de l'éthique de la recherche sur le VIH : quelles perspectives en période de fin de l'exceptionnalisme VIH ?
- Existe-t-il des « populations éthiquement vulnérables » dans la recherche en SHS ?
- Communication numérique, nouvelles formes d'enquête et open data : nouvelles questions d'éthique ?

Mots-clés : éthique, charte, sciences sociales, Sud

#SP1601

Migration et VIH : regard des sciences sociales sur la construction politique d'une « population clé »

Sandrine MUSSO¹, Dolorès POURETTE²

¹ Aix-Marseille Université, France

² Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France

La communication à deux voix présentée s'insère dans la question des constructions successives des « populations clés » à partir de l'analyse de la catégorie des « migrants », dans une approche à la fois historique et comparative.

Alors que la catégorie des « migrants » comme celle des « femmes » a été très tôt présente dans les discours sur l'épidémie sur le continent africain, il n'en a pas été de même en France et en Europe, pour des raisons sur lesquelles il nous faudra revenir. Depuis la fin des années 1990 cependant des chercheurs en sciences sociales se sont penchés sur la question « migration et VIH » en Europe, de sorte qu'il est possible de présenter une histoire parallèle de l'évolution des politiques publiques et des travaux de recherche. Les modalités successives de construction de l'objet « migration et VIH », s'étant déployées de l'invisibilité et d'une « politique de la méconnaissance » à l'accès au statut de « cible prioritaire » dans les politiques du sida, seront abordées.

Dans plusieurs pays d'Europe, les migrants subsahariens comptent pour une part importante des personnes vivant avec le VIH, et ce depuis les débuts de l'épidémie. En France, du fait que les statistiques publiques ont tardé à publier les données épidémiologiques montrant la part des migrants parmi les PVVIH, les chercheurs en sciences sociales se sont intéressés tardivement à la question « migration et VIH », par crainte de stigmatiser ces populations, révélant ainsi le rapport ambigu de la société française à l'altérité et à son passé colonial. Dans les années 2000, des travaux d'anthropologie politique et de sciences politiques ont produit une critique des pouvoirs publics et du traitement social de la santé des étrangers, en soulignant la construction et

la légitimation d'une nouvelle humanité fondée sur le « corps souffrant ». Plus récemment, depuis les années 2010, des recherches en socio-démographie et en anthropologie analysent les parcours de vie, de santé et de migration des migrants subsahariens dans une approche biographique permettant de mesurer l'articulation de ces différentes dimensions, et analysant l'expérience de la maladie sous l'angle de la relation soignant-soigné, mais aussi celui des mobilisations collectives.

La question du genre est transversale à cette histoire des recherches en sciences sociales sur migration et VIH. D'un point de vue épidémiologique, les femmes subsahariennes comptent pour le tiers des femmes vivant avec le VIH en France. De nombreuses recherches en sciences sociales ont porté spécifiquement sur les femmes (autour de la question de la reproduction, de la construction des femmes africaines vivant avec le VIH comme des victimes, de l'engagement de ces femmes africaines dans la lutte contre le VIH). Mais peu de recherches ont porté sur les hommes, notamment sur les HSH migrants ou sur la reproduction chez les migrants subsahariens vivant avec le VIH.

La présentation de ces recherches et leur mise en regard avec celles conduites, ou pas, sur le continent africain conduira à aborder des problématiques transversales et comparatives : l'imbrication des recherches sur les migrations et les travaux sur le genre, l'« empire du chiffre » dans les processus de légitimation et les liens entre épidémiologie et « raisons d'État », les façonnements historiques et sociaux d'une « population clé », les agendas variés d'accès aux innovations technologiques et à l'attention des pouvoirs publics.

Mots-clés : migrants, VIH, Europe, politiques publiques, « population clé », genre

#SP1602

Rapports de genre, trajectoires conjugales et révélation du statut VIH aux partenaires de l'Afrique à la France : résultats de l'étude ANRS-PARCOURS

Julie PANNETIER¹, Andrainolo RAVALIHASY¹, Annabel DESGRÉES DU LOÛ¹

¹ *Ceped (UMR 196 Paris Descartes IRD), Paris, France*

Le VIH, révélateur des inégalités entre les sexes en Afrique subsaharienne (Desgrées du Loû et al., 2007), peut être un sujet difficile à aborder au sein du couple. Les programmes de prévention du VIH en Afrique de l'Ouest souvent tournés exclusivement vers les femmes (dans le cadre de la prévention de la transmission mère/enfant), ont imposé à celles-ci la responsabilité, en cas de dépistage positif, de communiquer cette information à leur partenaire dont elles peuvent redouter la réaction. Cela dit, le conjoint a une place centrale dans le réseau de dévoilement et malgré les craintes de rejet ou de séparation, la révélation du statut VIH au conjoint n'apparaît pas associée à un risque supérieur de

#SP1602 · Résumés des communications orales

rupture des unions et le dévoilement du statut sérologique semble au contraire resserrer les liens conjugaux entre les partenaires, dans les couples « installés ». En revanche, les femmes vivant dans un ménage polygame informent moins leur conjoint de leur statut sérologique, cela s'explique par le fait que ce type d'union est en général un lieu de concurrence entre les femmes (Desgrées-du-Loû et al., 2009a ; Desgrées-Du-Loû et al., 2009b ; Desgrées-du-Loû et Orne-Gliemann, 2008 ; Orne-Gliemann et Desgrées-Du-Loû, 2008). Dans un contexte de migration, chez des femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en Suisse, une étude récente montre par ailleurs que les femmes ont tendance à taire leur infection dans le cadre de relations jugées « passagères ou non sérieuses », et qu'elles mettent plus souvent fin à la relation lorsque le partenaire est africain, anticipant le rejet de ce dernier et craignant d'être stigmatisées par les membres de la communauté d'origine (Poglia Mileti et al., 2014).

La révélation du statut VIH dans le couple dépend donc de l'histoire du couple au moment du diagnostic, du type de couple, du pays et du contexte social. L'objectif de cette communication est d'analyser la révélation du statut VIH au sein du couple chez les migrants subsahariens vivant en France, au regard du pays dans lequel l'union a commencé (i.e. avant ou après la migration), du moment du diagnostic par rapport à l'histoire du couple, et selon que le partenaire est ou non d'origine africaine.

Nous utilisons les données de l'enquête ANRS Parcours, une enquête biographique conduite en 2012-2013 auprès de personnes originaires d'Afrique subsaharienne, ayant le VIH et suivies dans des structures de soin en Ile de France. Cette enquête a permis de collecter des informations détaillées sur l'histoire des migrations, l'histoire conjugale et familiale, l'histoire professionnelle et des ressources, l'histoire du statut administratif depuis l'arrivée en France, l'histoire de l'infection. Ces données ont été collectées sur toute la vie de la personne jusqu'au moment de l'enquête. L'enquête comporte également des informations détaillées sur la révélation sur le VIH à tous les partenaires stables et leur réaction suite à l'annonce. Au total, les parcours de vie de 572 femmes et 353 hommes vivant avec le VIH ont été collectés. Nous étudierons comment la révélation du statut VIH aux partenaires stables varie, selon le moment du diagnostic par rapport à la migration, le type de relation conjugale, l'origine du partenaire, les conditions de vie, l'état de santé des personnes, et la séro-différence entre conjoints.

Mots-clés : rapports de genre, trajectoires conjugales, révélation du statut VIH, migration

#SP1603

Les déterminants de la mobilité des travailleuses de sexe et prévention du VIH au Bénin : ethnographie des sites de prostitution à partir d'une enquête qualitative dans le cadre du projet « Équité en santé »

Adolphe Codjo KPATCHAVI^{1,2}, Michel ALARY³

¹ Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin

² Université Laval, Québec, Canada

³ CHU Québec, Canada

Un des traits caractéristiques des travailleuses du sexe (TS) au Bénin est leur extrême mobilité. Ce phénomène rend difficile non seulement la prévention du VIH mais aussi la prise en charge des PVVIH en milieu prostitutionnel. Les enquêtes quantitatives ont très peu recherché les causes de ce phénomène. Le but de cette communication est de décrire et d'analyser, dans une perspective qualitative, les principaux déterminants de la mobilité des TS au Bénin.

Les données ont été collectées dans le cadre du projet « Équité en santé » au Bénin (2012-2015) : elles concernent 66 femmes TS enquêtées dans la ville de Cotonou et 6 dans d'autres villes du Bénin. La sélection a été effectuée sur 8 types de sites, à savoir les maisons closes, les buvettes animées, les maisons de passe, les hôtels, les rues, les places publiques, les dortoirs et les marchés. Les techniques d'enquête utilisées sont l'observation participante de type ethnographique et l'entretien. Le traitement et l'analyse des données ont été effectués grâce à la méthode d'analyse de contenu.

Les récits et trajectoires de toutes les TS rencontrées ont montré qu'elles sont passées au cours de ces trois derniers mois successivement du statut de TS « affichées » à celui de TS « clandestines » et vice-versa. Par ordre de priorité, les raisons économiques (recherche de clients), la violence sous toutes ses formes (clients, forces de l'ordre, environnement), la peur de la stigmatisation, l'émergence de nouveaux espaces de rencontre en ville et l'usage du téléphone mobile, sont apparus comme les principaux déterminants de leur mobilité. La typologie classique qui distingue les TS « affichées » des TS « clandestines » n'est plus observée sur les sites. La complexité et l'évolution constante des comportements des TS et de leurs clients au Bénin montrent que les deux formes de prostitution sont soumises à des dynamiques à la fois inclusives et exclusives. Une stratégie avancée en matière de prévention s'impose. Mais celle-ci doit être nourrie par des enquêtes à la fois quantitative et qualitative.

Une ethnographie des sites de prostitution ainsi que le suivi des trajectoires des TS et de leurs clients permettraient une meilleure appréhension des contextes et contribueraient à une plus grande efficacité des actions préventives.

Mots-clés : travailleuses de sexe, mobilité, déterminants

#SP1604 · Résumés des communications orales

#SP1604

Féminités et VIH : de la vulnérabilité à la maladie comme facteur de mobilité sociale

Carolina DE ROSIS

École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris, France

Institut des mondes africains (IMAF), Paris, France

De par son impact démographique, ses répercussions sur le développement humain et social particulièrement graves dans les pays de l'Afrique subsaharienne, où, à partir du début des années 2000, les femmes représentent plus de la moitié des personnes séropositives, le VIH/sida et les réponses auxquelles il a donné lieu ont contribué à l'ambivalence de représentations de genre faisant des femmes africaines à la fois les victimes des environnements sociaux et politiques et les agents cruciaux du changement social. Les constructions du féminin à l'œuvre dans les interprétations de l'expansion de l'épidémie dans ce continent ont reproduit de façon mouvante des images convenues des femmes dans les sociétés patriarcales – à savoir la « prostituée », la « mère », l'« épouse ». Plus précisément, l'introduction du paradigme interprétatif de « vulnérabilité » au milieu des années 1990 s'est accompagnée de stratégies d'endiguement de l'épidémie visant à promouvoir l'empowerment des femmes, pensées comme victimes impuissantes de la domination masculine. À contre-courant de ces logiques épidémiologiques, plusieurs recherches en sciences sociales ont montré que le sida a été révélateur de la complexité des inégalités de genre et plus particulièrement de la diversité et de la disparité des places occupées par les femmes dans la société selon les statuts et les pouvoirs dont elles sont affectées. Des enquêtes ethnographiques menées dans la ville de Gondar en Éthiopie, entre novembre 2007 et novembre 2010, dans le cadre d'une recherche doctorale sur la prise en charge des femmes séropositives à l'heure de l'accès gratuit aux antirétroviraux, m'ont permis d'observer différentes formes de marginalité sociale en lien avec une mobilité géographique féminine très importante et une instabilité conjugale très marquée. Les expériences de la maladie recueillies parmi les 50 femmes séropositives de l'échantillon d'enquête ont mis en avant que loin d'être vécu exclusivement comme un problème de santé, pour les femmes socialement défavorisée le VIH se constitue comme un facteur de mobilité sociale participant à l'évolution de leurs situations conjugales et familiales. C'est cette mobilité en rapport aux stratégies d'empowerment introduites par la lutte contre le sida que l'on se propose d'analyser dans la présente communication. Facteur aggravant les situations de précarité et de marginalité sociales, le VIH/sida a également mobilisé un investissement sans précédent en termes de ressources économiques, humaines et techniques dans le système sociosanitaire éthiopien. Parmi les corps vulnérables et souffrants, aux marges de la communauté nationale, ceux atteints par le VIH ont progressivement acquis une « légitimité » dans l'accès aux soins et à des formes matérielles et symboliques de bien social. Pour les femmes cette légitimité s'est retrouvée renforcée en raison de leur travail de reproduction sociale. Travail pour autrui, dit invisible, il a reçu des formes spécifiques de reconnaissance sociale et économique au sein de programmes de promotion de la santé maternelle et infantile et

au sein d'autres dispositifs de prévention et de prise en charge du VIH. Il s'est retrouvé ainsi au cœur des processus d'empowerment des femmes séropositives socialement défavorisées. La présentation de deux études de cas de femmes séropositives, l'une membre d'une association de PVVIH et l'autre employée comme conseillère dans le programme Counsellor Mother to Mother mis en place dans le North Gondar University Hospital, nous permettra de décrire le rôle joué par le VIH dans le déplacement des frontières entre sphère domestique (ou privée) et sphère publique et d'examiner la mobilité sociale des femmes comme un processus relationnel se développant grâce aux différentes formes de capital humain et social produites au sein des dispositifs de lutte contre l'épidémie.

Mots-clés : empowerment, féminités, mobilité sociale, sphère domestique, sphère publique, VIH

RÉSUMÉS DES POSTERS

#P01

Dépistage communautaire auprès des homosexuels : une stratégie innovante afin de booster le dépistage et d'atteindre les 90/90/90 d'ONUSIDA

Franck-Arnaud AMANI KOUADIO

ONG Espace Confiance, Côte d'Ivoire

Contexte : La prévalence du VIH en Côte d'Ivoire pour la population des 15-49 ans est de 3.7% selon l'enquête démographie de la santé de 2012 mais cela est de 18% chez les homosexuels selon l'enquête bio-comportementale sur les facteurs de risque auprès de cette communauté de 2012.

La nouvelle politique nationale dite stratégie avancée a initié les tests rapides (dépistage par piqûre au bout du doigt) fait par les communautaires (Éducateurs de Pairs-EP).

Après une formation sur les questions de Conseils et dépistage initié par le Prestataire (CDIP), les EP ont eu à faire un stage pratique en clinique pour ensuite être évalué par le Programme national de lutte contre le sida pour l'obtention du quitus d'agent chargé du dépistage communautaire.

Sur une période de 12 mois, nous avons suivi les activités de dépistages de 2 EP de l'ONG identitaire Alternative Côte d'Ivoire dans la ville d'Abidjan travaillant sur le projet IMPACT CI financé par Heartland Alliance.

Méthodologie : Afin de rendre cette activité plus performante, elle est menée aussi bien au siège de l'association que sur le terrain.

Au siège, les EP chargés de faire le dépistage ont à leur disposition le matériel nécessaire.

Il leur est donc possible de dépister tout bénéficiaire venu rendre visite et ayant été encouragé à connaître son statut sérologique par un counseling de l'EP assurant la permanence.

Lors des activités de sensibilisation sur le terrain, l'agent chargé du dépistage se déplace avec le matériel quand un besoin est exprimé par les pairs.

Il arrive parfois que des demandes individuelles de dépistage se fassent. Dans ce cas, le dépistage se fait dans un endroit (maison, bureau, ou autre endroit défini par le bénéficiaire) pouvant avoir des commodités pour l'activité et respectant la confidentialité.

Résultats : D'octobre 2014 à septembre 2015, 192 séances de dépistage communautaire ont été réalisées au profit de 796 homosexuels ayant accepté de faire le dépistage volontaire, avec 18 cas positifs. Ces derniers ont été référés dans les centres de santé gay friendly, ont fait leur bilan initial et ont été mis sous traitement ARV selon les directives en vigueur dans le pays.

Conclusions et recommandations : Le dépistage communautaire est une stratégie qui marche auprès des homosexuels car il permet de le démedicaliser et de le rendre encore plus proche de la communauté des homosexuels où le dépistage reste encore un véritable tabou et la stigmatisation empêche ceux-ci à se rendre dans les centres de santé. La prise en charge des séropositifs est effective dans les centres de santé partenaires du projet.

Mots-clés : dépistage, populations clés

#P02

Genre et sexualité : comportements sexuels à risque et facteurs de la vulnérabilité au VIH/sida chez les jeunes à Kinshasa

Justin BEYA

Université de Kinshasa, République démocratique du Congo

Les travaux en sciences sociales sur la sexualité correspondent à des constructions de la sexualité, et donc à des orientations, qui peuvent diverger radicalement, pour des raisons qui ne sont pas avant tout d'ordre idéologique (Bozon, 2001, p. 15). L'intérêt des chercheurs en sciences sociales pour les études sur la sexualité est né avec l'émergence du sida dans la perspective des comportements sexuels à risque d'IST/VIH/sida.

Pour mieux étudier l'objet de cette réflexion, nous avons utilisé la théorie du genre. Le livre écrit sous la direction d'Iman, Mama & Sow (2008) donne des éléments théoriques importants relatifs au genre. Ces auteures établissent une distinction entre les termes « sexe » et « genre ». Le mot « sexe » comporte une connotation physiologique (biologie, hormones, chromosomes, etc.). Par contre, le terme « genre » fait référence aux constructions sociales et historiques des rôles, des comportements, etc.

Le concept de « genre » a le mérite de montrer qu'au delà des différences biologiques qui caractérisent chaque sexe, les différences de statut entre hommes et femmes et les rapports qui en découlent peuvent donc être des relations du pouvoir, hiérarchiques, de marché, etc. (Guétat-Bernard, 2008, p. 240). Ces relations de pouvoir se remarquent d'ailleurs dans le domaine de la sexualité envisagé dans une perspective de genre par rapport aux comportements sexuels à risque chez les jeunes.

En effet, L'influence de la socialisation dans le rapport entre l'homme et la femme (garçon et fille) apparaît clairement dans la littérature exploitée. Ce rapport est davantage déséquilibré lorsque la partenaire féminine est de faible niveau d'instruction et/ou engagée dans des relations sexuelles pour des objectifs précis (argent, cadeaux, prestige, etc.). La jeune fille est souvent mal placée pour négocier librement les relations sexuelles. Lorsque celles-ci sont monnayées, généralement l'homme s'impose ou propose plus que

#P03 · Résumés des posters

prévu afin d'éviter le port du préservatif (Le Palec, 1999). Par ailleurs, pour préserver leurs « intérêts » qui peuvent être matériels, financiers, sociaux (notamment le prestige ou la promesse du mariage), les jeunes adoptent des comportements qui les rendent vulnérables aux IST/VIH.

Pour documenter le vécu de la sexualité des jeunes, une enquête a été menée auprès de 2000 jeunes célibataires, scolarisés et non scolarisés, âgés de 15 à 24 ans, dans la ville de Kinshasa. Cette enquête quantitative a été complétée par une enquête qualitative (19 entretiens approfondis auprès des jeunes filles et garçons, 3 focus groups, des entretiens avec des responsables de différents services et structures administratifs et de santé qui encadrent les jeunes, etc.). L'étude a cherché à savoir comment les jeunes célibataires de Kinshasa vivent leur activité sexuelle et comment ils se protègent contre les risques d'IST/VIH lors de cette sexualité.

Pour ce qui nous concerne, la plupart des études traitant de la sexualité et des comportements sexuels à risques en Afrique subsaharienne que nous avons consultées reposent sur les données des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), des enquêtes sur les Connaissances, Attitudes, Croyances et Comportements et des enquêtes à indicateurs multiples (MICS). Il existe aussi des études basées sur les données issues des sources autres que ces vastes programmes d'enquêtes.

Nous nous proposons dans cette étude d'établir une interaction entre les comportements sexuels à risque et les facteurs de la vulnérabilité aux VIH/sida chez les jeunes à Kinshasa.

Mots-clés : genre, sexualité, VIH/sida, Kinshasa

#P03

Contraintes sociales et prolongation de l'allaitement chez les mères vivant avec le VIH au Burkina Faso

Alice BILA¹, Blandine BILA^{2,3}

¹ Institut de recherche en sciences de la santé (IRSS), Burkina Faso

² Institut de recherche en sciences de la santé / Centre national de la recherche scientifique et technique (IRSS/CNRST), Burkina Faso

³ Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)

Contexte : Depuis janvier 2015, l'option B+ est mise en pratique dans les structures sanitaires au Burkina Faso. Pour la Prise en Charge de la Transmission Mère-Enfant / Élimination de la Transmission Mère-Enfant (PTME/ETME), on fournit un traitement antirétroviral à vie à toute femme enceinte infectée par le VIH. La mère séropositive doit pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois et peut allaiter son enfant au sein jusqu'à 12 mois. L'objectif de cette étude est de comprendre les risques de

transmissions du VIH de la mère à l'enfant en post-partum, liés aux difficultés des mères séropositives à mettre en pratique l'allaitement exclusif et le sevrage de l'enfant à 12 mois.

Méthode : Dans cette étude qualitative, nous avons réalisé :

- 20 entretiens semi-directifs effectués entre novembre et décembre 2015, auprès de 8 agents de santé à Bobo-Dioulasso et 12 à Ouagadougou.
- 7 focus groups (8 à 10 femmes séropositives) dont 5 réalisés à Ouagadougou de décembre 2013 à janvier 2014 et 2 entre novembre et décembre 2015.

Les entretiens ont été transcrits et analysés manuellement.

Résultat : L'étude a montré que certaines mères séropositives rencontrent des contraintes pour sevrer leurs enfants à 12 mois. La durée du sevrage est jugée trop courte pour elles. Ainsi elles vont au delà de 12 mois, voire 18 mois avant de sevrer leurs enfants.

Aussi, la peur d'être stigmatisée par l'entourage en cas de non partage de statut sérologique amène la femme à prolonger la durée de l'allaitement maternel, ne sachant quelle explication donner en famille. Le refus d'allaitement de son enfant au delà des 12 mois expose la mère au dévoilement de sa sérologie.

De même, les femmes ayant opté pour l'allaitement maternel ont des difficultés à appliquer l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois pour des contraintes familiales essentiellement.

Toutes ces contraintes exposent les enfants nés de mères séropositives à l'infection au VIH pendant le post-partum.

Conclusion : Éviter tout allaitement maternel au profit de l'allaitement artificiel exclusif n'est-elle pas la meilleure stratégie à mettre en place dans les pays développés pour arriver à zéro infection ? Cela pourrait se réaliser toutefois si l'État subventionnait le lait artificiel au profit des mères séropositives.

Mots-clés : option B+, VIH

#P04

Existe t-il une continuité spatiale des comportements à risque face au VIH ?

Fatou Maria DRAMÉ (1), Daouda DIOUF (2)

1 Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal

2 Enda Santé, Dakar, Sénégal

Le Sénégal est considéré dans le contexte de réponse au VIH en Afrique de l'Ouest comme une réussite. Le maintien de la basse prévalence au sein de la population générale des adultes et le succès des activités auprès des populations considérées

#P04 · Résumés des posters

comme les plus à risques (PS et MSM) autorisent un certain optimisme, qui conduit à des conclusions sur un contrôle voire une baisse de l'épidémie.

Toutefois, une publication de l'ONUSIDA (2010) rappelle que la dynamique de l'épidémie en Afrique de l'Ouest, traduite par le taux d'incidence, est portée par le multipartenariat, les couples stables et dans une moindre mesure par le commerce du sexe. Au Sénégal, 49% des nouvelles infections se passent dans les couples stables. Dans le contexte d'un besoin d'une utilisation optimale des ressources mobilisées dans la réponse au VIH et où le mode de contamination est majoritairement par voie sexuelle, nous nous sommes intéressés à cette question : Comment saisir la vulnérabilité au VIH et à partir de là, les populations les plus vulnérables face au VIH ? Les comportements des populations vulnérables sont-elles d'autant plus similaires qu'elles sont spatialement proches ? Quelles sont les stratégies à mettre en place afin de prendre en compte les besoins des personnes les plus exposées dans les interventions avec un but de réduire la vulnérabilité et les nouvelles infections face au VIH.

En 2012, une recherche opérationnelle et participative a été menée dans 11 sites au Sénégal, considérés comme des sites fréquentés par les professionnelles du sexe et les MSM et insuffisamment investis par les recherches de ces dernières années : les villes de Thiès, Mbour, Saly, Kaolack, Ziguinchor, Bignona, Kolda, les stations touristiques de Saly, Cap Skirring, Kafountine et le village de Goudomp. Dans chaque site, une méthodologie PLACE (Priorities for Local AIDS Control Efforts) a été déroulée. Au total 2600 personnes (1601 hommes et 999 femmes) ont été interviewées dans les 97 sites de rencontre de nouveaux partenaires sexuels échantillonnés.

Des analyses d'autocorrélation spatiale déroulées ont permis de souligner l'importance d'intégrer la dimension spatiale dans la définition de la vulnérabilité et des stratégies d'intervention pour réduire cette vulnérabilité au VIH.

Parmi les implications programmatiques des analyses déroulées, il faut noter l'importance d'avoir des approches qui ne se concentrent pas uniquement sur les individus et leurs caractéristiques mais doivent mieux prendre en compte les contextes et situation de vulnérabilité.

Mots-clés : analyse spatiale, VIH, Sénégal, vulnérabilité

#P05*Caractéristiques, risques et comportements face au VIH, chez les jeunes âgés de moins de 25 ans et fréquentant les sites de rencontre au Sénégal***Fatou Maria DRAMÉ¹, Daouda DIOUF², Mouhamed Ibrahima SY, Ibrahima BA, Nguissali TURPIN**¹ *Université Gaston Berger, Saint-Louis, Sénégal*² *Enda Santé, Dakar, Sénégal*

Au Sénégal, il existe peu d'études auprès des jeunes âgés de moins de 25 ans en situation de vulnérabilité au VIH. Dans le cadre d'une recherche-action utilisant une méthodologie PLACE menée au Sénégal en 2012 dans 96 sites de rencontres de nouveaux partenaires sexuels réparties dans 11 sites au Sénégal, 642 jeunes âgés de 15 à 24 ans ont été interrogés sur leurs caractéristiques et comportements sexuels. Concernant le profil sociodémographique, 57% (369/642) des jeunes rencontrés sur les sites sont des hommes, 21 ans est l'âge médian et 25% des enquêtés ont moins de 20 ans. Ils ont été trouvés majoritairement dans les sites de rencontre de Kaolack (35%) mais également à Goudomp, Mbour et Thiès. 146/369 (39%) des jeunes hommes ont des relations avec d'autres hommes et 71% des jeunes filles (195/273) se présentent comme travailleuses du sexe. Parmi les jeunes filles se présentant comme travailleuses du sexe, 38% (76/195) ont moins de 21 ans, l'âge d'enregistrement au registre de suivi médical pour le travail du sexe au Sénégal.

Concernant les comportements à risque, les jeunes rencontrés sur les sites sont en majorité répartis dans le groupe des personnes à haut risque (relations sexuelles avec au moins deux partenaires sexuels différents, dans le mois et/ou une relation sexuelle avec un nouveau partenaire dans le mois) et dans le groupe des personnes à faible risque (un partenaire sexuel dans l'année ou pas de partenaire sexuel dans l'année) ; posant ainsi la question de l'évolution de la vulnérabilité individuelle en situation favorable.

57% (367/642) des jeunes déclarent avoir déjà eu un test du VIH et 92% parmi eux déclarent avoir effectivement retiré leurs résultats. Une majorité des jeunes rencontrés décrivent les sites où ils ont été trouvés comme des sites de rencontre de partenaire sexuel et sollicitent un meilleur accès à l'information sur le VIH.

Cette recherche souligne l'existence de jeunes vulnérables auprès des populations clefs et la nécessité de mettre en place des interventions de type nouveau et adaptées pour les inclure dans les programmes mis en place.

Mots-clés : jeune, populations clefs, VIH, Sénégal, site de rencontre, vulnérabilité, risque

#P06 · Résumés des posters

#P06

Communauté et amélioration des politiques de santé : de la collecte empirique au rendu scientifique des données de l'accès aux soins

Paul Patrick ENDELE

Positive-Generation, Yaoundé, Cameroun

Justification : L'Observatoire communautaire indépendant est une initiative qui vise l'amélioration de l'accès aux soins des populations à travers la collecte, le traitement et la diffusion. Dans une logique d'appropriation des politiques de santé, cet observatoire implique à tous les niveaux d'action et de décision les principaux bénéficiaires des actes de santé. Grâce à un système d'encodage, les éléments d'information qui tiennent des besoins des patient transcrits en données scientifiques décrivant exactement la situation relevée par ce dernier. C'est le processus de transcription du simple élément empirique à la donnée scientifique qui constitue l'objet de cette communication.

Objectif : Décrire le processus de passage des éléments empiriques d'information à des données scientifiques qui contribuent à l'amélioration de la qualité de l'accès aux soins des populations.

Méthodologie : Les éléments d'information produits par des patients ou autres usagers sont traduits en données quantitatives ou qualitatives sur la base des indicateurs objectivement vérifiables. Ces éléments sont dans un masque conçu sous le logiciel Cspro 6.1, puis ils sont ensuite traités sous logiciel SPSS 4.0.1 et triangulés.

Résultats : Exemple de données produites de juillet à novembre 2015 sur la prise en charge du VIH/sida au Cameroun. 47,3% des centres couverts par l'observatoire, 29,7% des centres manquent des compteurs CD4, 5,4% de centres ont manqué du Cotrimozazole, 2,7% de centres ont manqué des réactifs CD4, 33,8% des centres ont pratiqué des surcoûts pour l'examen CD4 et 24,3% des centres ont pratiqué des surcoûts pour la consultation.

Conclusion : Ce processus permet à partir d'une approche participative et inclusive de disposer en temps réel des informations sur l'état de l'accès aux soins. Il permet également une prise en compte des besoins et une implication des patients à l'amélioration de leurs conditions d'accès aux soins et services de santé.

Mots-clés : observatoire communautaire, accès aux soins

#P07

*La prise en charge hospitalière des PVVIH au Cameroun : expériences et vécus des patients***Boniface Hervé ESSAMA OWONA***Institut des politiques et initiatives sociales (IPIS), UCAC, Yaoundé, Cameroun*

Contexte : Les cadres de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/sida qui s'implantent au Cameroun à l'aune des années 1980 viennent se greffer à un espace hospitalier qui, non seulement subit les effets de la crise économique, mais aussi est marqué par des manières de faire sui generis. Pour ce faire, en dépit des avancées institutionnelles dans la qualité de la prise en charge de la maladie, celle-ci est encore perçue comme stigmatisante et provoque des rejets, notamment de la part des séronégatifs et des séro-ignorants. L'espace de prise en charge devient donc un cadre de socialisation entre les patients, d'éducation thérapeutique et de suivi à l'observance entre les patients.

Méthodologie : Les données ont été collectées dans le cadre de l'enquête ANRS 12288 EVOLCAM qui portait sur l'analyse des évolutions du programme camerounais d'accès aux ARV dans les régions du Centre et du Littoral face aux enjeux actuels de la prise en charge du VIH et des principales co-infections. Pour ce faire, 26 entretiens semi-directifs auprès des patients et 08 entretiens approfondis auprès des professionnels de santé ont été effectués au sein de quatre structures hospitalières, entre mars 2013 et février 2014. Par ailleurs, des observations in situ, dont le but visait à étudier la disposition de l'espace de prise en charge, à cerner le circuit du patient et à comprendre les interactions entre les différents acteurs, ont également été menées dans les salles d'attente des différentes structures hospitalières.

Objectifs : L'objectif de la présente communication est de décrypter, au sein des espaces de prise en charge des villes de Yaoundé et de Douala, les interactions, les perceptions et les représentations quotidiennes des patients face à la maladie.

Résultats : Il existe deux principaux types de cadre de prise en charge : les structures éclatées et celles intégrées, qui offrent chacune le même itinéraire thérapeutique. Au delà de leur matérialisation, les espaces de prise en charge sont un cadre d'enculturation et de socialisation, où au cours de la consultation mensuelle, les PVVIH nouent des relations d'entraide psychologique.

Mots-clés : espace hospitalier, PVVIH, prise en charge

#P08 · Résumés des posters

#P08

La discrimination et stigmatisation des PVVIH LGBTI

Edinedi ESSIOMLE

Association togolaise pour les femmes abandonnées (ATFA), Lomé, Togo

Introduction : En cette année 2016, la société togolaise reste profondément hostile aux personnes LGBT, nos lois sont de plus en plus répressives vis-à-vis de l'homosexualité. L'opinion publique sectaire, les élites, la société civile, les organisations des droits humains, toutes se révèlent timides et silencieuses sur le sujet.

La discrimination et la stigmatisation des personnes PVVIH LGBT est récurrente et leurs droits sont en tout temps violés. Beaucoup sont ceux qui étaient victimes de ces actes mais n'osent pas porter plainte par crainte d'être incarcérés ils se renferment sur eux-mêmes et plus tard perdent leur estime de soi jusqu'à abandonner le traitement et se livrant ainsi au fatal. Sur vingt cinq (25) cas de stigmatisation et de discrimination reçus en 2015, vingt trois (23) ont affirmé avoir été tout d'abord victimes de ces actes dans leur famille et entourage. Un plaidoyer est en cour auprès des membres réceptifs et compréhensifs des familles afin de les amener à accepter les différentes sortes d'orientations sexuelles et à nous accompagner afin de mettre fin à la discrimination et la stigmatisation des PVVIH LGBT.

Méthodologie : Un suivi psychologique régulière et d'éducation thérapeutique est fait à l'endroit de la victime afin de lui redonner confiance pour la continuité du traitement. Ce support est fait par l'équipe de l'Association ATFA service Psychologique et Education Thérapeutique. Ces cas sont reçus au cours des causeries éducatives et d'autres ont été des recommandations des pairs qui les ont orientés vers notre structure. Une équipe est mise en place dans les 48h pour recueillir les faits réels et le processus est déclenché en mettant la victime LGBT au cœur de la procédure d'assistance et d'écoute. Cela nous permet de définir ensemble avec la victime la stratégie d'approche pour le soutien adéquat dans la procédure. Les cas les plus fréquents sont ceux des HSH efféminés et 95% de ces cas ont déclaré avoir été victimes à cause de leur état physique (apparence, attitude et comportement).

Notons que sur les 25 cas, il y en a cinq (5) qui restent très difficiles aussi bien dans le rétablissement d'un dialogue avec la famille que dans l'approche de l'entourage immédiat. Nous sommes restés malheureusement impuissants face à ces cas déplorables.

Résultats : Les formes de discrimination et de stigmatisation les plus fréquents viennent du reniement de la famille, des proches, du renvoi du domicile familial, de l'intimidation des voisins, de la maltraitance par divers abus, des violations, agressions de tous genres.

- Huit (08) personnes ont regagné leur famille.
- Deux (05) personnes sont en cour de procédure (Difficile).
- Neuf (09) sont logées provisoirement auprès de leurs amis.
- Trois (03) sont installées d'elles-mêmes.

Conclusion : Le contexte dans lequel les personnes LGBT vivent au Togo est difficile, l'accompagnement psychologique et l'éducation thérapeutique sont effectifs grâce à l'Association ATFA mais en cas de besoin de prise en charge médicale les victimes sont orientées vers notre partenaire clinique l'ONG Action contre le sida (ACS) pour les soins et autres.

Mots-clés : discrimination, stigmatisation

#P09

Conceptions populaires sur l'origine de la maladie à virus Ebola au Burkina Faso

Assita GOUO¹, Blandine BILA^{1,2}

¹ Institut de recherche en sciences de la santé / Centre national de la recherche scientifique et technique (IRSS/CNRST), Burkina Faso

² Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)

Contexte : Bien qu'il n'y ait pas encore eu de cas avéré de la maladie à virus Ebola au Burkina Faso, elle reste une pathologie à fortes représentations sociales. Cette maladie fait l'objet de diverses interprétations, surtout par rapport à son origine. Certains discours font référence à un virus Ebola créé en laboratoire pour la réalisation d'objectifs précis. Le contexte actuel de preparedness dans lequel s'engage aussi le Burkina Faso impose une connaissance plus approfondie des perceptions des populations sur l'origine du virus.

Méthode : Les données discursives utilisées sont recueillies dans le cadre du Projet Sciences Humaines et Sociales Ebola au Burkina Faso (Projet SHS EBOLA au Burkina Faso) en cours depuis mars 2016. Huit entretiens semi-structurés de groupes ont été réalisés avec des jeunes de 18 à 30 ans dans différents quartiers de la ville de Ouagadougou de mars 2016 à mai 2016. Les groupes mixtes pour les entretiens ont été constitués à travers des réseaux d'interconnaissances.

Résultats : Ces entretiens ont révélé diverses opinions profanes sur l'origine de la maladie à virus Ebola. Les opinions profanes sont diverses. Certains participants attribuent l'apparition du virus Ebola à des erreurs de manipulation dans des laboratoires occidentaux, et susceptibles de produire des organismes dangereux comme le virus Ebola. Ces organismes seraient finalement déversés dans des retenues d'eaux (lac, fleuves, etc.) en Afrique. Les populations qui vivent au contact de ces cours d'eau se retrouvent ainsi exposés à divers problèmes de santé dont la maladie à virus Ebola. D'autres discours présentent le virus Ebola comme une invention des puissances occidentales, notamment les États-Unis d'Amérique et l'Europe, pour s'enrichir davantage à travers la vente des médicaments produits dans leurs laboratoires, pour réduire la race

#P10 · Résumés des posters

noire ou déstabiliser les pays africains en vue d'organiser un grand pillage de leurs ressources naturelles.

Conclusion : La préparation en vue d'une lutte efficace contre d'éventuelles menaces MVE dans le futur est en cours dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest. Toutefois, la meilleure préparation sera celle qui saura prendre en compte les représentations de la MVE pour l'élaboration des stratégies de communication.

Mots-clés : Ebola, complot

#P10

Difficultés dans le fonctionnement des services PTME au Burkina Faso : analyse anthropologique

Assita GOUO¹, Blandine BILA^{1,2}

¹ Institut de recherche en sciences de la santé / Centre national de la recherche scientifique et technique (IRSS/CNRST), Burkina Faso

² Unité Mixte Internationale TransVIHMI (UMI 233 IRD – U1175 INSERM)

Contexte : La prévention de la transmission mère-enfant de l'infection à VIH/sida est aujourd'hui un des leviers les plus importants pour briser les chaînes de transmission de la maladie. Les résultats de l'étude ANRS 12271 menée au Burkina Faso de 2013 à 2015 permettent d'analyser les conditions de travail des personnels de santé directement impliqués dans la PTME.

Méthode : Des entretiens individuels semi-structurés ont été menés avec vingt soignants en PTME dont huit dans six centres médicaux à Bobo-Dioulasso et douze dans quatre centres médicaux à Ouagadougou entre novembre 2015 et décembre 2015. Une description analytique de leurs conditions de travail, permet d'appréhender des réalités vécues dans les services PTME.

Résultats : Généralement, les agents de santé qui accompagnent les femmes enceintes séropositives reçoivent des formations spécifiques dans le but de réduire considérablement les risques de transmission du virus de la mère à l'enfant. Toutefois, cette mesure, bien que salutaire, souffre de quelques insuffisances :

- Des départs soudains de personnels formés en PTME, pour des raisons de formations professionnelles ou d'affectations, nécessitent des remplacements. Or, parmi les remplaçants, nombreux sont ceux qui n'ont pas reçu de formation spéciale en PTME mais sont en train de l'apprendre sur le tas. Par conséquent, ils manquent généralement d'autonomie dans la prise en charge des femmes en situation de PTME. Ce qui souvent, les amène à solliciter l'intervention de supérieurs hiérarchiques au moindre signe de

complexification sanitaire. Pourtant, l'appui du niveau supérieur vers le niveau inférieur du système de santé doit rester une action ponctuelle.

- En moyenne, le nombre de prestataires officiellement affectés en PTME par centre de santé est compris entre un et trois. Certains CSPS ont un, deux ou trois agents en PTME tandis que d'autres n'ont qu'un seul. Il en est de même pour les SMI. Ces effectifs restent aussi une préoccupation parce que jugés insuffisants chez la plupart des soignants pour qui l'absence d'une ou de deux personnes affecte voire annule des activités de PTME.

Conclusion : Les personnels soignants en PTME jouent un rôle important dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida. Pourtant, ils travaillent souvent dans des conditions qui ne leur permettent pas toujours d'accompagner efficacement les femmes en situation de PTME. D'où un besoin d'ajuster régulièrement les effectifs et d'évaluer les nécessités de chaque centre médical pour un meilleur fonctionnement de son service PTME.

Mots-clés : soignants PTME

#P11

L'Observatoire communautaire sur l'accès aux services de santé : une initiative de la société civile pour la promotion du droit des usagers à des soins de qualité dans les centres de santé du Burkina Faso

Simon KABORÉ¹, Hamidou OUEDRAOGO¹, Eugène BAKOUAN¹, George ROUAMBA²

¹ Réseau accès aux médicaments essentiels (RAME), Ouagadougou, Burkina Faso

² Les Afriques dans le monde (LAM), Bordeaux, France

L'Observatoire Communautaire sur l'Accès aux Services de Santé (OCASS) est un outil indépendant de la société civile mis en œuvre depuis 2014 grâce à un financement d'Expertise France. Le dispositif est coordonné par le Réseau Accès aux Médicaments Essentiels (RAME) en partenariat avec quinze (15) associations points focales dans les treize régions sanitaires du Burkina Faso. Les points focaux collectent les données sur les dysfonctionnements des centres de santé, à l'aide de questionnaires auprès des prestataires de soins et des usagers des services de santé. Les ruptures d'intrants (médicaments, réactifs) font l'objet d'une notification à l'aide d'une fiche d'alerte. Plusieurs cadres d'échanges entre les usagers et les prestataires des services de santé sont organisés pour trouver des solutions endogènes aux dysfonctionnements. Parallèlement, des séances de sensibilisation sur les droits et les devoirs des usagers sont réalisées par les points focaux au sein des structures de santé au profit des malades et de leurs accompagnants. En outre, des pannes d'appareils et des ruptures de stocks d'intrants

#P12 · Résumés des posters

(médicaments et réactifs), de la prise en charge du paludisme, de la tuberculose et du VIH/sida ont fait l'objet d'alerte par les points focaux. Ces dysfonctionnements ont été également des sujets de plaidoyer au niveau local auprès des autorités administratives pour trouver des solutions locales.

Au niveau national, en plus des rencontres de plaidoyer auprès des autorités nationales, les rencontres du comité de pilotage de l'OCASS apparaissent comme de véritables espaces de partage des informations sur les dysfonctionnements entre acteurs intervenants dans la prise en charge des trois pathologies. Les rencontres du comité de pilotage permettent aux différents programmes sectoriels (paludisme, tuberculose et VIH) de prendre des dispositions en amont pour prévenir et corriger.

À partir de l'analyse des rapports d'activités et des fiches d'alerte transmis par les organisations à base communautaire de l'observatoire, cette communication a pour objectif de présenter le bilan et les perspectives du fonctionnement de cet observatoire. Comment et pour quoi l'observatoire a été créé ? Comment fonctionne-t-il ? Dans quelles mesures contribue-t-il à améliorer la qualité des soins ? Quelles sont les perspectives ?

Mots-clés : observatoire, santé, veille, communautaire, contrôle

#P12

Réflexion sur les enjeux épistémologique et méthodologique de l'approche anthropologique en recherche médicale sur le VIH/sida en contexte africain

Atta KOUAMÉ

Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Notre pratique du terrain en anthropologie dans le champ du VIH/sida et l'engagement de nombreux chercheurs dans de tels programmes scientifiques ont permis de comprendre que l'approche des sciences humaines sur la maladie chronique en contexte africain comporte des enjeux épistémologiques et méthodologiques pertinents. Le but de cette communication est de donner un aperçu de ces enjeux tout en montrant la contribution de l'approche anthropologique à la compréhension des phénomènes de santé liés au sida en Afrique à travers nos recherches de terrain. En effet la recherche médicale sur le VIH/sida en Afrique a mobilisé les sciences humaines, plus principalement l'anthropologie, qui, au côté de la biologie, de l'épidémiologie et de la médecine, ont donné lieu au développement d'une véritable approche globalisante de la maladie. Cette approche interactive entre sciences humaines et sciences médicales a permis de combler les limites des approches numériques et cliniques de la médecine. Les représentations du VIH/sida, les logiques d'exposition au risque, les aspects relationnels des soins, les politiques de prévention et de traitement, le vécu de l'infection et l'expérience des

infectés, sont autant de domaines inexplorés par l'épidémiologie et la clinique. L'anthropologie, à travers l'approche qualitative, s'est engagée dans des programmes scientifiques pour comprendre le VIH/sida en étudiant ses différentes facettes complexes qui échappent aux études biomédicales et cliniques.

Mots-clés : approche anthropologique, VIH/sida, enjeux épistémologique et méthodologique, contexte africain

#P13

La gestion de la sexualité dans les couples sérodifférents dans la ville de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso) : question de littérature et perspectives

Adjara MILLOGO¹, Abdramane BERTHÉ, Blahima KONATÉ, Anselme SANON, Isidore TRAORÉ, Patrice TOÉ

¹ Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Introduction : L'épidémie du VIH et du sida est probablement l'un des plus grands défis de santé auquel fait face le monde particulièrement l'Afrique. Mais les stratégies de recherche généralement orientées vers les groupes vulnérables (jeunes, travailleuses de sexe, routiers, usagers de drogue, etc.) ont peu touché les couples sérodifférents. De nos jours les nouvelles infections à VIH surviennent dans les couples sérodifférents (ONUSIDA 2012). En effet, la gestion de la sexualité chez les couples sérodifférents est un facteur peu documenté en Afrique subsaharienne plus précisément au Burkina Faso. Il existe peu de données à l'endroit de cette population. Les nouvelles infections surviennent le plus souvent de nos jours parmi ces couples sérodifférents. Pourtant la détermination de cette gestion de la sexualité orienterait mieux les recherches sur les nouveaux cas d'infection ainsi que sur la prise en charge de cette population. La prise en compte de cette population parmi les couches vulnérables permettrait de mieux contenir cette maladie. L'objectif de cette étude est de contribuer à attirer l'attention des acteurs de recherche à mieux orienter les recherches dans la lutte contre le VIH et d'associer les sérodifférents dans cette lutte.

Méthode : Des recherches ont été menées sur des bases de données telles que Pubmed, Cairn, Google Scholar, à l'aide des mots clés comme sérodifférent, couple sérodifférent, VIH, sexualité des PVVIH, prévention VHI et couple sérodifférent. De même, 7 centres de documentation ont été visités et y rechercher des documents à l'aide de ces mots clés. Des personnes ressources ont également été approchées pour mieux approfondir l'étude.

Résultats : Sur les 205 articles, seulement 25 parlaient des nouvelles infections au sein des couples sérodifférents, tandis que 92 parlaient de la prise en charge des couples

#P14 · Résumés des posters

sérodifférents. Très peu d'articles ont spécifiquement parlé de la sexualité des couples sérodifférents en Afrique.

Conclusion : La question de la gestion de la sexualité dans les couples sérodifférents est un sujet émergent en Afrique subsaharienne. Il existe peu de littérature sur la gestion de la sexualité dans les couples sérodifférents. Au Burkina Faso plus précisément à Bobo-Dioulasso il n'existe pas de données spécifiques aux couples sérodifférents. Pourtant cette situation prend de plus en plus d'ampleur dans ce milieu. D'où la nécessité de faire des recherches sur cette population.

Perspectives : L'orientation des actions de lutte contre le VIH à l'endroit des couples sérodifférents est d'une nécessité cruciale. Les recherches sur le VIH doivent être beaucoup centrées sur ces couples marginalisés qui ignorent le risque d'infection à VIH en leur sein.

Mots-clés : couple sérodifférent, vulnérabilité, prévention du VIH, gestion de la sexualité

#P14

Perception et prise en charge de l'infection par le VIH chez les personnes âgées séropositives dans la ville de Bobo-Dioulasso

Adjara MILLOGO¹, Abdramane BERTHÉ¹, Blahima KONATÉ, Isidore TRAORÉ, Patrice TOÉ

¹ Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Introduction : En Afrique subsaharienne les personnes âgées représentaient 14 % de la population adulte vivant avec le VIH (Negin et al., 2012). Cependant, dans cette région, à l'image du Burkina Faso, la problématique du VIH chez ces personnes âgées est peu abordée. Le risque d'acquisition du VIH chez les personnes âgées n'est considéré qu'en rapport avec les soins que ces derniers apportent aux personnes vivant avec le VIH. Elles ont peu accès aux services de dépistage et de soins (Bertand, 2001). Notre étude visait à décrire la perception de l'infection par le VIH et à identifier les facteurs limitant le recours au dépistage et à la prise en charge chez ces derniers, à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).

Méthodes : Il s'agit d'une étude qualitative menée à Bobo-Dioulasso, entre 2014 et 2015. Les données ont été recueillies à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré auprès de 40 personnes âgées (60 ans et plus) qui ont également participé à un focus groupe. Des entretiens individuels ont été réalisés avec 4 personnes ressources.

Résultats : Les personnes âgées avaient une méconnaissance des modes de transmission et de prévention du VIH. Elles avaient une mauvaise perception de la maladie : « maladie des jeunes » ; « qui appauvrit » ; « est égale à la mort » ; « sans remède et honteuse à cause du tabou de la sexualité » ; « maladie d'humiliation ».

L'ignorance du statut sérologique : « éviterait une souffrance morale » ; « ne se perçoivent pas comme des personnes à risque » ; « conviction que le sida est sans remède ». La sensibilisation est source de démotivation au dépistage : « plus on en parle plus ça fait peur ». Les personnes âgées n'étaient pas ciblées par les activités de sensibilisation et leur infection était diagnostiquée tardivement.

Conclusions : À Bobo-Dioulasso, les personnes âgées ne font pas l'objet d'attention particulière dans la lutte contre le VIH.

Perspectives : La restitution et la valorisation des données pour une meilleure prise en compte de cette classe d'âge dans la planification des actions de lutte contre le VIH.

Mots-clés : personne âgée, perception, prise en charge, VIH/sida

#P15

Le retour et le temps des acteurs : des enquêtes CAP aux récits biographiques des personnes affectées par le VIH/sida

Honoré MIMCHE

Institut de formation et de recherche démographiques (IFORD), Yaoundé, Cameroun

L'émergence de l'épidémie de VIH/sida sur le continent africain a suscité un fort intérêt des chercheurs en sciences sociales sur cette problématique au départ consacrée « objet de santé publique » et pour laquelle l'irruption des sciences sociales sera d'abord au centre de polémiques scientifiques fondées sur le monolithisme scientifique et la guerre des objets. La reconnaissance progressive du VIH comme objet pluridisciplinaire va se traduire par une entrée timide et progressive des différentes disciplines dans ce cercle fermé, avec des approches conceptuelles, théoriques, méthodologiques souvent différentes de celles des sciences médico-sanitaires. Mais dans un premier temps, on va assister sous l'influence de la démographie, à l'ère des enquêtes CAP dans laquelle les acteurs directement concernés (personnes infectées, personnes affectées, personnels soignants) seront d'abord en marge des recherches sociales. La peur des acteurs par les chercheurs sera rompue dès les années 1990 avec l'entrée/irruption des sociologues et anthropologues dans le monde des patients et/ou des acteurs hospitaliers pour amener ces derniers à se raconter et à partager leurs vécus. La montée en puissance des études sur le vécu, fondée sur des méthodes qualitatives, constituera une percée dans la démarche sociale. Dès lors la recherche sociale permettra d'aborder certaines problématiques longtemps restées peu documentées : le vécu de la maladie, les effets de la maladie sur le patient, le personnel médical et son entourage, etc. Cet article tente sous l'angle de la thématique « Représentations et expériences de la maladie » de questionner ce positionnement des sciences sociales (notamment de la sociologie et de

#P16 · Résumés des posters

l'anthropologie) sur la problématique du VIH en vue de comprendre son apport ainsi que les orientations des recherches portant sur les personnes affectées par la maladie.

Mots-clés : enquête CAP, recherche qualitative, expérience, vécu, acteurs, VIH/sida

#P16

Évolution spatio-temporelle du VIH/sida en Afrique Centrale

Abêt MONGBET^{1,2}, Willy Adrien YAKAM YEMTCHOUA³

¹ Cellule d'appui à la recherche et à l'enseignement des institutions francophones d'Afrique (CARE-IFA), Yaoundé, Cameroun

² MIGRINTER, Poitiers, France

³ Centre d'études et de recherches appliquées en sciences sociales (CERASS), Yaoundé, Cameroun

Actuellement le monde entier compte 35 millions de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) pour une augmentation de 1,16% par an. Le nombre de victimes quant à lui a connu son pic de 2 359 167 décès en 2005 et demeure en baisse continue grâce à la lutte contre cette pandémie qui coûte plus de 15 milliards au monde entier (ONUSIDA). Sur dix PVVIH, plus de six d'entre elles proviennent de l'Afrique subsaharienne ; c'est dire que cette partie du globe reste le continent la plus touchée. En effet, l'ONUSIDA évoque près de 90 millions d'africains menacés d'ici à 2025 si rien n'est fait. Si plusieurs études sur le VIH/sida ont été menées dans la partie australe du continent, il n'en est point le cas en Afrique centrale. Dans les pays tels que le Cameroun, le Congo, le Gabon et la RCA, on observe des disparités tant au niveau national qu'au niveau régional ou préfectoral. La baisse générale observée dans la sous-région voile malheureusement quelques hétérogénéités qu'il convient d'examiner. Au sein de chaque territoire national, les variations spatio-temporelles ne sont guère uniformes. Par ailleurs, les frontières étatiques qui ne sont que des créations coloniales, séparent les peuples qui disposent pourtant de pratiques culturelles semblables et dont les comportements sanitaires sont similaires. Ainsi, il serait intéressant d'apprécier un tableau dynamique de la géographie de la pandémie au cœur de l'Afrique ; ce d'autant plus que les études sur la question se sont focalisées jusque-là sur l'examen des profils des victimes/malades, les perceptions, les attitudes et connaissances vis-à-vis du VIH/sida. Dès lors, les objectifs visés par cette recherche consistent à :

- Mettre en exergue les disparités spatiales (régionales ou préfectorales, et au delà de la frontière nationale) de la prévalence du VIH/sida et d'en dégager les gaps inter-spatiaux au niveau de l'Afrique centrale ;

- Analyser les variations spatio-temporelles des niveaux de prévalence du VIH/sida dans les quatre pays.

Pour atteindre ces objectifs, la méthodologie est structurée par une revue documentaire, une exploitation des rapports d'EDS et autres études similaires sur le VIH/sida, soutenue par une analyse comparative. En outre, afin de comprendre la spatio-temporalité du phénomène, une cartographie des données géo-localisées au niveau des quatre pays sera faite, dans l'optique d'atteindre le deuxième objectif.

Cette recherche met en évidence un accent sur les variations nationales diverses de l'incidence du VIH/sida et les similarités transfrontalières. Elle rend compte de la complexité de la politique de lutte contre la pandémie dans la sous-région face aux réalités anthropologiques et sociospatiales multiples, et voudrait interpeller l'opinion sur la nécessité des stratégies non seulement nationales mais aussi sous-régionales.

Mots-clés : Afrique centrale, VIH/sida, disparités spatiales, évolution temporelle

#P17

Failure to return for post-test counseling and HIV test results at the prevention and voluntary testing and counseling centers of Douala, Cameroon: an evaluation of a routine five-year program

Patrice NGANGUE

Université Laval, Québec, Canada

This study examined the magnitude and time trends in failure to return (FTR) rates and the relation between FTR and individual characteristics, tests procedures, waiting period for the results, and HIV test results among people who were screened for HIV in the prevention and voluntary testing and counseling centers (PVTCCs) of six district hospitals of the city of Douala in Cameroon, between January 2009 and December 2013. It was a retrospective analysis of medical records. Among the 32,020 analyzed records, the failure to return (FTR) rate was 14.3%. Overall, people aged 50 years and over, those tested between 2011 and 2012, and those tested in the PVTCC of Bonassama were less likely to return for their results. Significant factors associated with FTR included being a housewife, having a positive / undetermined / requiring confirmation result, and provider-initiated testing and counseling (PITC). There was an increasing trend for FTR in the PVTCCs of Bonassama, New-Bell, Nylon and Cité des palmiers. HIV testing and counseling services in Douala district hospitals must be reorganized such that individuals tested for HIV receive their results on the same day of the test. Also counselors need to better alert clients concerning the importance of returning for their test results.

#P18 · Résumés des posters

Mots-clés : failure to return, HIV prevention, HIV testing and counseling, Sub-Saharan Africa, health behaviors

#P18

Prendre connaissance de son résultat après un dépistage volontaire du VIH au Cameroun

Patrice NGANGUE

Université Laval, Québec, Canada

Objectif : L'objectif de cette étude était d'identifier les croyances, les perceptions et les attitudes qui peuvent influencer le retour pour les résultats après un dépistage volontaire du VIH.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative basée sur la théorie du comportement planifié (TCP). La technique utilisée fut celle des entrevues individuelles semi-dirigées (n=33), réalisées auprès des personnes venues se faire dépister volontairement dans les centres de prévention et de dépistage volontaire (CPDV) de six hôpitaux du district de la ville de Douala au Cameroun.

Résultats : Les participants ont identifié :

- a) sept avantages (ex : « connaître mon état de santé », « prendre le traitement si le résultat est positif ») et quatre inconvénients (ex : peur du résultat positif) ;
- b) quatre groupes de personnes pouvant influencer leur décision de connaître leur statut sérologique (ex : parents, amis/collègues) ;
- c) une barrière (le manque de temps) ;
- d) quatre facteurs qui peuvent faciliter le retour pour les résultats après un test de dépistage du VIH (ex : le projet professionnel).

Conclusion : Les résultats de cette étude indiquent que les personnes qui viennent volontairement se faire dépister pour le VIH dans les CPDV des hôpitaux de district de la ville de Douala au Cameroun perçoivent les réels avantages et très peu d'inconvénients et de barrières à connaître leur statut sérologique. Une attention particulière devrait être portée sur les facteurs organisationnels qui peuvent être responsables du non-retour pour les résultats et le conseil post-test.

Mots-clés : séroprévalence du VIH, dépistage, connaissance des résultats, Cameroun, connaissances, attitudes et pratiques en santé

#P19

Mobilisations associatives dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida au Cameroun : instruments de renégociation des rapports sociaux de sexes ?

Léna NGOUEBENG

Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, France

La communication que je propose s'appuie sur mon travail de recherche du Master 2 intitulé « Études du développement » de l'Institut du développement économique et social de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, et plus précisément sur mon matériel de terrain de recherche, recueilli entre le 3 avril et le 3 juin 2016 au Cameroun.

J'ai effectué, dans un premier temps, des entretiens sociologiques auprès de membres et d'employés d'associations de lutte contre le VIH/sida, ainsi que des observations dans différentes associations de lutte contre le VIH/sida, à Yaoundé. L'objectif, lors de chaque entretien, était de retracer la trajectoire et de comprendre la motivation de l'enquêté, jusqu'à son investissement dans l'association, et de connaître les actions et les projets de cette dernière.

Dans un second temps, j'ai effectué des entretiens sociologiques auprès de bénéficiaires des associations de lutte contre le VIH/sida. L'objectif était de comprendre la trajectoire de chaque enquêté jusqu'à son arrivée à l'association, de connaître les modalités de son passage par celle-ci, et l'influence du discours et de la mobilisation de l'association sur ses représentations des rapports sociaux de sexes.

Ce qui, d'entrée de jeu, s'est avéré très intéressant, réside dans le fait que dans les discours des enquêtés associatifs mobilisés dans la lutte contre le VIH/sida, un discours sur les rapports entre les hommes et les femmes intervient systématiquement. Le sujet du rôle de l'homme et de la femme, ainsi que des inégalités entre les hommes et les femmes dans la société camerounaise revenait constamment.

Dés lors, ma question de recherche a été de travailler sur cette tension, entre mobilisations associatives dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida, et rapports sociaux de sexes.

Ma préoccupation est de savoir si les mobilisations associatives dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida au Cameroun s'inscrivent dans une lutte plus large de renégociation des rapports sociaux de sexes, ou pas. Cela suppose que je considère que l'engagement dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida ne se fait pas en raison d'opportunités professionnelles, mais comme une voie possible, et éventuellement plus discrète, de lutte pour un féminisme qui ne dit pas son nom.

Je retiens comme hypothèse de recherche le fait que les mobilisations contre le VIH/sida constituent une occasion d'aborder la question des rapports sociaux de sexes au Cameroun. Je pense qu'elles sont aussi un instrument au service d'une réflexion sur ces rapports, voire d'une remise en cause de ces rapports et des représentations de ces derniers, principalement dans les sphères de la famille et de la politique.

#P20 · Résumés des posters

Il est ici question de genre, et plus précisément de rapports sociaux de sexes, car il est question de « comprendre comment les acteurs et actrices au cours de leur activité fabriquent la vie sociale ». Et, s'il est question de la vie sociale, il est aussi question de politique. Les mobilisations des associations présentent donc manifestement un aspect politique, parce qu'elles produisent un discours sur les rapports sociaux.

La présente communication vise, dans un premier temps, à présenter le VIH comme thématique genrée, point qui a déjà été renseigné par la littérature, avant d'envisager la mobilisation comme une occasion d'aborder les rapports sociaux de sexes, et comme un instrument pour travailler les représentations sociales et les rapports sociaux de sexes. Enfin, un troisième axe concernera la question de la réception du travail effectué par les mobilisations associatives au sein de la société camerounaise. Sur le plan politique, si le politique se rend compte de la pertinence ou du bien-fondé des mobilisations, il sera prêt à adopter les politiques publiques en conséquence.

Mots-clés : mobilisations associatives, rapports sociaux de sexes, lutte contre le VIH/sida

#P20

Exclus du don de sang du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) et personnes infectées VIH suivies au Centre médical de suivi des donneurs de sang (CMSDS) : perceptions et représentations du dépistage et de la prise en charge à Abidjan, Côte d'Ivoire

Aimé César Maxime OGA^{1,2}, Pélagie KOUASSI³, Isabelle COULIBALY³, Guillaume DAKON³, Kouamé N'GUESSAN³, Mariatou KONÉ^{1,3}

¹ PACCI, Abidjan, Côte d'Ivoire

² Département d'anthropologie et de sociologie, Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire

³ Institut d'ethnosociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Objet de l'étude : Plateforme Primo-Cl/Préco-Cl sur le dépistage et la prise en charge (PEC) précoces du VIH chez les exclus du don de sang (EDS) du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) et personnes infectées (PI) VIH suivies au Centre médical de suivi des donneurs de sang (CMSDS). Trois études anthropologiques ont porté sur les EDS, les déterminants de la PEC précoce et sur les opportunités manquées (OM) du dépistage et de la PEC. La préoccupation de ces études a été centrée sur les déterminants du dépistage et de la PEC du VIH chez les donneurs de sang (DS) et les PI suivies.

Méthodes : L'étude s'est faite sur 24 mois chez des personnes reçus au CNTS et au CMSDS. Le recueil de données a été fait par observation des interactions entre patients et

personnel soignant, récits de vie et entretiens en trois étapes et à passages répétés avec 114 sujets : 47 (24 hommes/23 femmes) pour les OM, 42 (27 hommes/15 femmes) pour les EDS, 25 (14 hommes/11 femmes) pour les déterminants de la PEC. Nous avons procédé par une analyse thématique des entretiens transcrits.

Résultats :

L'acceptation du dépistage est liée à : l'individu (état de santé), la PEC de l'infection et la croyance.

L'acceptation de la PEC est liée à : à l'individu, à sa vie parentale et familiale et enfin aux antirétroviraux.

Le refus des occasions de dépistage a des raisons : individuelles, institutionnelles et communautaires.

Le refus des occasions de la PEC à des raisons à la fois individuelles, institutionnelles et communautaires.

100% de dépistage (après don de sang refusé) et les PI (porteuses saines) ont majoritairement accepté la PEC précoce.

Au total, 301 inclusions dont 195 sujets (64%) ont fait une hospitalisation (107), un zona (62) et une tuberculose (26).

Sur les 195 sujets, 164 sujets ont été reçus dans un état critique, 84% avec : 81 hospitalisations, 59 zona et 24 tuberculeux.

Conclusion : Le DS, porte d'entrée du dépistage précoce et de la PEC. L'environnement de proposition du dépistage et de la PEC influence le refus ou l'acceptation.

Mots-clés : exclus du don de sang, donneurs de sang, perceptions, représentations, dépistage et prise en charge

#P21

Prévention de la contamination parents-enfants

Guy Armand ONAMBELE

Association pour l'anthropologie du changement social et du développement (APAD), Marseille, France

Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin

Depuis trente cinq (35) ans d'épidémie de VIH/sida, une série de mesures ont été prises pour renverser les tendances de la prévalence en général et pour réduire l'expansion de nouveaux cas de contamination en particulier. En dehors des travailleurs de sexe et des toxicomanes, les descendants des PVVIH ont été la cible de dispositions préventives tant au niveau international, régional que national. C'est ce qui a été appelé la prévention de la transmission parents-enfants. Bien que les contextes épidémiologiques et sociaux

#P21 · Résumés des posters

soient contrastés, ces dispositions qui ont pourtant l'ambition d'assurer une prévention universelle, ne distinguent pas les épidémies considérées comme concentrées des plus généralisées. Face à une raréfaction des financements, à une forte mitigation des effets de la maladie limitant ainsi les enjeux de stigmatisation, avec la persistance consciente ou non de la séro-ignorance, cette communication envisage d'explorer comment les sciences sociales se sont positionnées et renouvelées à travers les nouvelles orientations thérapeutiques des PVVIH et les algorithmes de prévention de la transmission parents-enfants. Le champ d'investigation de cette recherche est constitué par trois pays : Bénin, Cameroun, République démocratique du Congo. Il s'agira d'apporter des arguments de réponse à la problématique de l'éthique médicale et les droits humains posée par la prévention de la contamination parents-enfants. Malgré les avancées des sciences biomédicales dans la lutte contre le VIH/sida, les recherches en sciences sociales ont peu progressé sous l'influence feutrée du manque de financements, des aléas de l'interdisciplinarité et des contraintes opérationnelles. Quelle est l'orientation du repositionnement des sciences sociales et particulièrement l'anthropologie ? Comment l'anthropologie appréhende-t-elle les nouvelles pratiques de conseil et de dépistage ? Le respect scrupuleux des stratégies de santé publique peut-elle garantir l'universalité de la protection des nouveaux-nés ? Quels sont les principes éthiques et des droits humains en faveur des groupes les plus exposés dont sont porteurs les textes internationaux relatifs à la thérapie et à la prévention ? Comment l'anthropologie peut-elle appréhender aujourd'hui les droits humains et l'éthique dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida ? Tient-elle compte des types d'épidémies concentrées et/ou généralisées ? Quelles sont les contraintes auxquelles sont confrontés les pays ciblés pour mettre en œuvre les directives internationales de prévention de la transmission parents-enfants ? Comment les États les mettent en œuvre ? Les aptitudes et les convictions professionnelles des praticiens ont-elles été renforcées pour préserver la santé des enfants des PVVIH ? Quelle appréhension ces dernières ont sur la prévention de la contamination du VIH par les nouveaux-nés ?

Mots-clés : transmission Materno-foetale au VIH, droits humains, éthique, prévention, traitement, anthropologie, nouveau-né

#P22

*Schémas Précoces Inadaptés comme déterminants de l'observance chez les personnes infectées par le VIH sous ARV au Burkina Faso***Anselme SANON¹, TOUSSO TOUSSO², Adjara MILLOGO, Abdramane BERTHÉ, Isidore TRAORÉ**¹ Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso² CHU Sylvanus Olympio, Tokoin, Togo

Introduction : Seulement 60% des patients africains sous ARV restent dans les programmes de prise en charge après deux ans de suivi. Les facteurs sociaux (intégration sociale du patient et qualité du lien à l'environnement familial, social et affectif) ont été associés à la mauvaise observance. La prise en compte de ces facteurs à travers les modèles d'intervention humanistes et psychodynamiques ne s'est pas avérée aussi efficace qu'espéré.

La relation plus précise entre pensées dysfonctionnelles et observance des traitements ARV semble avoir été peu étudiée, encore moins les Schémas Précoces Inadaptés et l'observance. Le schéma est un programme cognitif « activé » chez les patients par « des événements de leur vie, qu'ils perçoivent inconsciemment comme identiques aux événements traumatiques de leur enfance ».

La présente étude visait à identifier les Schémas Précoces Inadaptés chez les personnes infectées par le VIH au Burkina Faso, leur relation avec l'observance des traitements ARV.

Méthodes : L'étude a été réalisée à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso dans les structures de prise en charge des personnes infectées par le VIH. Elle a durée 7 mois. Les données ont été collectées avec deux questionnaires (un questionnaire des schémas de Young (YSQ-L3) et un questionnaire d'observance) auto-administrés auprès de 82 personnes infectées par le VIH sous ARV suivies dans des files actives. Les données ont été saisies sur Epidata 3.1 et analysées avec le logiciel SAS 9.2. Le test exact de Fisher pour les données qualitatives et le test non paramétrique de Wilcoxon pour les variables quantitatives ainsi qu'une régression logistique multivariée ont été utilisés pour l'identification des variables associées à l'observance.

Résultats : Les différents sujets qui ont participé à cette étude se regroupaient autour des Schémas Précoces Inadaptés suivants : Abandon/instabilité (37,8%), Exigences élevées (31,7%), Approbation 2 (30,0%) Imperfection/honte (29,3%), Négativité (28,1%), Abnégation (26,8%), Défiance (24,4%), Dépendance (24,4%), Peur (18,3%).

Nous avons effectué une analyse univariée pour comparer ceux qui étaient non observants et ceux qui étaient observants suivant les Schémas Précoces Inadaptés. Les schémas Inhibition émotionnelle, Abandon, Instabilité, Négativité et Pessimisme étaient plus activés chez les sujets non observants.

À partir de l'analyse multivariée, la variable négativement associée à l'observance était la Carence affective (OR=0,1 IC 95% [0,0 à 0,8] P=0,03).

#P23 · Résumés des posters

Les variables qui étaient positivement associées à l'observance (protecteurs) à l'observance étaient :

- La peur OR =14,5 IC 95% [1,1 à 194,7] P=0,04) ;

- Le manque de contrôle (OR=15,5 IC 95% [1,5 à 163,0] P=0,02) ;

après ajustement sur la Croyance, l'Inhibition, le Droit et la Reconnaissance et la Négativité.

Conclusion : Les analyses ont trouvé une relation entre Schémas Précoces Inadaptés et l'observance des traitements ARV. Cette étude peut être une étape dans l'utilisation de la Schéma-thérapie dans l'observance des traitements ARV. En perspective, une étude devrait être réalisée sur l'efficacité de cette thérapie chez les sujets qui ont des difficultés d'observance.

Mots-clés : PVVIH, schémas précoces inadaptées, observance

#P23

Analyse des représentations sociales du VIH/sida chez les usagers de drogues à Abidjan

Féliçien Yomi TIA^{1,2}, Charlotte DÉZÉ^{2,3}, Stanislas Sonagnon Ahouansou HOUNDJI^{1,4}, Julie BOUSCAILLOU, Jérôme EVANNO

¹ Institut des sciences anthropologiques de développement (ISAD), Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

² Médecins du Monde Côte d'Ivoire

³ Médecins du Monde France

⁴ Association Foyer du bonheur, Abidjan, Côte d'Ivoire

Une étude bio-comportementale de Médecins du Monde (Mdm) en 2014 chez de 450 usagers de drogues (UD) à Abidjan a révélé que le taux de prévalence de VIH/sida dans cette population est de 9,5% dont 26,5% chez les UD femmes et 39% chez les UD Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH). 80.6% des UD-HSH montraient des réponses parfaites aux connaissances de base VIH, alors que les UD-femmes montraient 46.9% de réponses parfaites. Le taux de dépistage était faible, tout comme l'utilisation systématique du préservatif. Cette étude a permis d'établir le contact avec les UD, de déterminer leurs risques infectieux et relever un déficit généralisé d'accès aux soins, dû à une non-considération et une non prise en charge de cette population dans le système de santé, mais aussi à une forte criminalisation de l'usage de drogues. Par la suite, Mdm a mené une étude qualitative sur les connaissances, les attitudes et pratiques des UD abidjanais (HSH, travailleur-euse-s de sexe et les UD vivant avec le VIH (UDVH)) en lien avec la consommation de drogues et la sexualité. Les personnes

interviewées dans le cadre de l'étude représentent les sous populations d'UD affectées par le VIH en particulier les HSH et les travailleur-euse-s du sexe (TS). La collecte des informations a nécessité la combinaison de focus group (2) et d'entretiens individuels avec 15 UD-femmes et 14 UD-HSH. Les données récoltées ont été dépouillées manuellement et suivies d'une analyse du contenu thématique.

Il ressort de l'étude que la majorité (80.6% des UD-HSH et 46.9% des UD-femmes) reconnaissent l'existence de risques de contamination au VIH lors des relations sexuelles sans protection. Certains (HSH, femmes, TS) connaissent les modes de transmission et ont reçu des informations sur la maladie à travers les médias, lors des campagnes de sensibilisation, dans les centres des partenaires de mise en œuvre (PMO) du projet tels que la Croix-Bleue, ASAPSU et Espace Confiance. Ils connaissent tous le préservatif. Pour eux, c'est un moyen de protection et de contraception. Bien que le sachant, la prise de risques sexuels est omniprésente, associée aux échanges sexo-économiques sans exigence de préservatif lors des périodes de manques. En fait, dans les périodes de manque, l'UD est vulnérable et perd tout contrôle et est dans une situation quasi inconsciente l'exposant à des pratiques sexuelles à risque dans le seul but de se faire de l'argent et assouvir son désir pressant de drogue. Les échanges sexo-économiques se révèlent donc comme une porte de propagation du VIH chez les UD dans la mesure où il y a continuellement une situation de dépendance.

Le dépistage volontaire chez les UD est pratiquement impossible du fait de leur vision mortifère et surtout stigmatisante du VIH. Les raisons évoquées sont la peur, le rejet social, l'exclusion du groupe, des ruptures socio-affectives au cas où le résultat du dépistage se révélerait positif. Pour cela, le dépistage est fait sous l'effet de la contrainte dans le cas où il s'avère être une nécessité comme chez les UD en grossesse ou chez les malades souffrant de tuberculose ou autres maladies. L'étude a permis en fin de compte de regrouper les UD vivant avec le VIH afin de leur mettre un accès aux soins.

Mots-clés : travailleur(euse)s du sexe, hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, VIH/sida, dépistage

#P24 · Résumés des posters

#P24

Analyse comparative des offres de soins du VIH/sida par la médecine moderne et la médecine traditionnelle en Côte d'Ivoire

Gouin Bénédicte Edwige TIE¹, Taïba Germaine AINYAKOU²

¹ Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

² Université Péléforo Gon Coulibaly, Korhogo, Côte d'Ivoire

Le VIH/sida est considéré comme une maladie chronique, car sa gestion est continue. En effet, la gestion de cette maladie se fait tant par la médecine moderne que traditionnelle. Cette étude vise à analyser les offres de soins du VIH/sida par la médecine moderne et la médecine traditionnelle.

Pour réaliser cette étude, la méthode qualitative a constitué la technique de recherche. Aussi le récit de vie a-t-il été utilisé comme la méthode de collecte de données. Il a permis d'interroger 20 PVVIH au sein du CHU de Treichville dont 5 PVVIH sous ARV, 5 PVVIH utilisant le traitement traditionnel et 10 PVVIH utilisant les traitements mixtes c'est-à-dire le traitement traditionnel et les ARV. Un entretien semi-dirigé a été effectué auprès des agents de santé modernes (médecins, pharmaciens : 3), d'un médecin en collaboration avec les (naturothérapeutes et tradipraticiens : 1) et des agents de santé traditionnels (naturothérapeutes et tradipraticiens : 3).

Au regard de ce qui précède, il ressort trois approches selon les catégories sociales enquêtées. D'abord les médecins : selon ces derniers, la prise en charge des PVVIH se fait à partir d'une analyse biologique en vue de déterminer le traitement équivalent, de sorte que la combinaison d'autres traitements peut constituer une source d'aggravation de la maladie. Ensuite, les naturothérapeutes et tradipraticiens : ils estiment que la prise des médicaments traditionnels par les PVVIH permet de stabiliser le patient jusqu'à la guérison sans effet secondaire. Pour ces derniers, les ARV ont des effets secondaires et des caractères épuisants. La combinaison des ARV et le traitement traditionnel constitue également un obstacle à la gestion de la maladie. Enfin, la troisième catégorie est celle des PVVIH. Cette catégorie comprend en son sein trois groupes d'acteurs. Il s'agit d'abord de ceux qui utilisent les ARV, dont le discours révèle des effets secondaires et le caractère épuisant du traitement. Ensuite, ceux qui utilisent les médicaments traditionnels, dont le discours révèle que le traitement est sans effet secondaire et stabilise le malade (4/5). Enfin, ceux qui utilisent les ARV et les médicaments traditionnels. Ils notent une stabilité pour certains, car, selon eux, il faut utiliser les deux pour espérer guérir (5). Et pour d'autres, les PVVIH sont parfois exposées aux maladies opportunistes (5). Par ailleurs, dans la gestion de la maladie, le constat est qu'il existe une relation mitigée entre les médecins et les naturothérapeutes, les tradipraticiens, qui se manifeste par l'interdiction des patients à d'autres types de traitements thérapeutiques. En somme, l'analyse des offres de soins par les différents agents de santé dont les médecins, les naturothérapeutes et les tradipraticiens note une interdiction de chaque

entité de combiner d'autres traitements. Car, pour chaque entité, il constitue une cause d'aggravation de la maladie.

Mots-clés : prise en charge, VIH/sida, médecine moderne, médecine traditionnelle, Abidjan, Côte d'Ivoire

#P25

Déterminants sociaux du recours des malades du sida à la médecine traditionnelle au Bénin

Timothée Codjo TOGBE¹, Issiaka KONÉ², Charles BABADJIDE³, Adolphe Codjo KPATCHAVI³

¹ *Faculté des lettres, arts et sciences humaines, Université de Lokossa, Bénin*

² *Université Alassane Ouattara de Bouaké, Côte d'Ivoire*

³ *Département de sociologie-anthropologie, Université d'Abomey-Calavi, Cotonou, Bénin*

Dans les sociétés humaines, la santé est entendue comme une norme et la maladie comme une anomie, un désordre social, un déséquilibre de la personne. Dans ce contexte, la maladie est perçue comme un phénomène pathologique dans la vie de l'homme ; ce qui amène les professionnels de santé à proposer des traitements appropriés aux patients selon leurs maladies. Au Bénin, les malades ont la possibilité d'opérer un ou plusieurs choix thérapeutique(s) : la biomédecine, la médecine dite traditionnelle ou la combinaison des deux ; une dynamique dans laquelle s'inscrivent les malades du sida qui recourent à la médecine traditionnelle en dehors de la médecine moderne. La présente recherche, partant de cet empiement d'itinéraires thérapeutiques, analyse les déterminants sociaux du recours des malades du sida à la médecine traditionnelle.

La production des données empiriques a été faite au moyen d'entretiens semi-structurés réalisés avec 15 malades du sida, 6 médiateurs (assistants sociaux et psychologues qui sont à l'interface entre les agents de santé et les malades du sida et ayant pour rôle la facilitation de la prise en charge), 9 professionnels de la santé, 10 guérisseurs de la médecine traditionnelle échantillonnés à l'aide du choix raisonné. La zone sanitaire Ouidah / Kpomassè / Tori-Bossito est l'espace de la recherche. Elle est située au Sud du département de l'Atlantique, République du Bénin. Elle est limitée au Nord par la commune d'Allada, à l'Est par la zone sanitaire d'Abomey-Calavi et la commune de Zê, à l'Ouest par le lac Ahémé qui constitue une frontière naturelle avec le département du Mono, et au Sud par l'Océan Atlantique sur une distance d'environ 60 km. La théorie du gradient social et l'analyse de contenu ont servi au traitement des informations collectées auprès des différentes catégories sociales.

#P26 · Résumés des posters

De l'analyse des résultats, il ressort que le recours des malades du sida à la médecine traditionnelle s'explique par l'éducation thérapeutique, l'inégalité d'accès à la biomédecine et par des difficultés d'intégration à la médecine moderne qui sont des facteurs sociaux de la santé. L'éducation thérapeutique permet aux patients de mieux vivre avec leur maladie. Mais l'on constate qu'elle se fait de façon discontinue. Cette discontinuité fait que l'éducation thérapeutique n'a pas d'effets significatifs sur les malades du sida et amène ceux-ci à recourir à la médecine traditionnelle. Les offres des services de soins de santé de la biomédecine en matière de prise en charge des malades du sida sont géographiquement mal réparties. Cette disparité doublée de la qualité de l'offre conduit les patients à se diriger vers la médecine traditionnelle. La discrimination, la stigmatisation et la distanciation enchâssées dans l'accueil repoussant réservé aux malades du sida par certains acteurs de la biomédecine ne font qu'augmenter le recours à la médecine traditionnelle.

Mots-clés : déterminants sociaux, malades du sida, médecine traditionnelle, biomédecine

#P26

Mobilisation communautaire dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Cameroun : enjeux et défis

Ulrich Inespéré WAFFO¹, Sariette Agnès NGUEGANG TAYOU², Sandra Lindsay NOUETAGNI NOGUEM¹

¹ Centre d'études et de recherches appliquées en sciences sociales (CERASS), Yaoundé, Cameroun

² Département de sociologie, Université de Yaoundé I, Cameroun

Contexte : La transmission de la mère à l'enfant est l'une des voies par excellence de la transmission du VIH/sida dans la plupart des pays du tiers monde notamment le Cameroun. Face à cela, les efforts de lutte contre cette pandémie au Cameroun font de nos jours la part belle à la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME). Cependant, le succès de cette approche se heurte à l'ignorance des populations qui dans leur majorité manquent cruellement d'éducation en matière de VIH/sida surtout dans les zones rurales. Face à la stigmatisation qui entoure la maladie au sein des sociétés, l'approche communautaire en matière de sensibilisation et d'éducation sur le VIH/sida a catalysé de nombreux espoirs. Dès lors, cette étude se propose d'évaluer l'efficacité de cette approche en matière de PTME ; ce en mettant en exergue les succès engrangés et les défis à surmonter pour rehausser son efficacité.

Données et méthodes : Cette étude exploite les rapports d'activité mensuels des 250 agents de santé communautaires ainsi que des entretiens approfondis avec des

responsables des Unités de Prise en Charge (UPEC) des personnes infectées exerçants dans les zones à forte prévalence du VIH au Cameroun que sont les Régions du Sud, du Littoral et de l'Est. Ces données ont été analysées grâce aux méthodes qualitatives d'analyse de contenu.

Quelques résultats : Les résultats révèlent que l'approche communautaire dans la PTME a significativement contribué à réduire l'infection des nouveaux nés par le VIH dans les régions étudiées. Bien plus, la mobilisation communautaire a aussi amélioré le niveau d'éducation des communautés sur la question du VIH/sida. Cependant, il faut déplorer des manquements à l'éthique sanitaire que charrie cette approche, notamment en ce qui concerne le secret médical des personnes infectées.

Implications : Les résultats de cette étude interpellent sur l'importance de l'approche communautaire dans la lutte contre le sida au Cameroun. Mais cette approche peut être plus efficace si l'accent est davantage mis sur l'éducation des communautés et la démystification de la maladie afin qu'elle soit moins sujette à stigmatisations.

Mots-clés : PTME, mobilisation communautaire, VIH/sida, femmes enceintes

INDEX DES PARTICIPANTS

Note : Les orateurs sont indiqués par une astérisque simple () et les présidents de séance par une astérisque double (**). PL indique une session plénière, SP une session parallèle, SA une session satellite, P un poster.*

ABO Kouamé	#SP0501*
AGOUA Eugénie	#SP0903
AINYAKOU Taïba Germaine	#P24
AKA DAGO-AKRIBI Hortense	#SP0105*
AKANA Parfait D.	#SP11*
AKINDÈS Francis	#SP1003, #SP1004, #SP1005, #SP15**, #PL0401*
ALARY Michel	#SP0804, #SP1603
AMALAMAN Djédou Martin	#SP1002*
AMANI KOUADIO Franck-Arnaud	#P01
ANATA MAWATA Augusta	#SP1204*
ANGLARET Xavier	#SP1104*
AVOCÈ Josèphat	#SP0804
AWONDO AWONDO Simon Patrick	#SP0602
BA Ibrahima	#P05
BABADJIDE Charles	#P25
BABO Yoro Stéphane-Alain	#SP15*
BAH Ranie-Didice	#SP0903
BAKOUAN Eugène	#P11
BARAL Stefan	#SP0501
BASTIEN Vincent	#SP15*

Index des participants

BATIONO Fernand	#SP01**, #SP0408*
BATONA Georges	#SP0804
BAZIN Brigitte	#SP15*
BECKER Charles	#SP1105*
BÉDARD Emmanuelle	#SP0804
BEKELYNCK Anne	#SA01**, #SP0703*, #SP0903
BENINGUISSE Gervais	#SP0203, #SP1103
BERTHÉ Abdramane	#SP0504, #P13, #P14, #P22
BEYA MULUMBA Justin	#P02
BILA Alice	#SP0102*, #P03
BILA Blandine	#SP0102*, #SP0802*, #SP12**, #P03, #P09, #P10
BILOA Carole	#SP1303*
BLÉHOUE Marcel	#SP0602
BLOUIN GENEST Gabriel	#SP1101*
BOA Assemien	#PL04**
BONNET Emmanuel	#SP0402*
BOUSCAILLOU Julie	#SP0502, #P23
BRANCHI Saran	#SP09**
BROQUA Christophe	#SP1203*
CAMES Cécile	#SP1402
CARILLON Séverine	#SP0103*, #SP0704*
CHABROL Fanny	#SP0702*
COULIBALY Isabelle	#P20
CROS Michèle	#SP1001*
DAKON Guillaume	#P20
DE ROSIS Carolina	#SP1604

Index des participants

DEBEAUDRAP Pierre	#SP0603*, #SP1103
DESCLAUX Alice	#SP0301, #SP0601, #SA02**, #SP15*, #PL0402*
DESCLAUX SALL Caroline	#SP1402
DESGRÉES DU LOÛ Annabel	#PL0302*, #SP1602
DÉZÉ Charlotte	#SP0502, #P23
DIA Abdourakhmane	#SP0501
DIARRASSOUBA Pornan	#SP1004
DIOP Karim	#SP1402
DIOUF Daouda	#SP0501, #P04, #P05
DORÉ Véronique	#SP13**
DOURIS Vincent	#SP1102*, #PL0403*
DOZON Jean-Pierre	#SP03**, #PL0301*
DRAMÉ Fatou Maria	#SP0501, #P04, #P05
EBOKO Fred	#SP0302*, #SP0901*, #SP16**, #PL0404*
EGROT Marc	#SP0101*, #SP07**, #SP1003, #SP1004, #SP1005, #SP15*
ENDELE Paul Patrick	#P06
ESSAMA OWONA Boniface Hervé	#P07
ESSIOMLE Edinedi	#P08
EVANNO Jérôme	#SP0502, #P23
FAYE Sylvain Landry	#PL0201*
GADOU Dakouri M.	#SP02**
GALLARDO Lucille	#SA01**, #SP0805*
GARENNE Michel	#SP1301*
GERBIER-AUBLANC Marjorie	#SP0806*
GNAGNE Elias	#SP0903

Index des participants

GNAMIEN Konan Bah Modeste	#SP0104*
GOUO Assita	#SP0802*, #P09, #P10
GRANIER Anne-Lise	#SP0603*
GUÉDOU Fernand Aimé	#SP0804*
HANE Fatoumata	#SP08**, #SP0902*
HOUNDJI Stanislas Sonagnon Ahouansou	#SP0502, #P23
HOUNSA Nassirou	#SP0804
HOUSSOU GONHI Christine Epse	#PL0405*
KABORÉ Anicet	#SP0905*
KABORÉ Simon	#P11
KADRI Abdoul	#SP0304*
KAFANDO Christelle	#SP0406*
KETENDE Sosthenes	#SP0501
KINTIN Frédéric	#SP0804
KOJOUÉ Larissa	#SP0303*
KOLIA Denise	#SP0604*
KONATÉ Blahima	#SP0504, #P13, #P14
KONATÉ Fona	#SP1004
KONÉ Issiaka	#P25
KONÉ Mariatou	#P20
KOTANYI Sophie	#SP0305*
KOUA Jean Vincent	#SP1003
KOUAMÉ Atta	#SP0104, #P12
KOUASSI Pélagie	#P20
KOUMBA MOUNGUENGUI Inès Chanchan	#SP0201*

Index des participants

KOUMBEM Zenabe	#SP0405*
KOUOKAM MAGNE Estelle	#SP0202*, #SP06**, #SA03**
KOUYATÉ Souleymane	#SP0903*
KPATCHAVI Adolphe Codjo	#SP0804, #SP1603*, #P25
KRA Kouadio Firmin	#SP1005*
LARMARANGE Joseph	#SP1302*, #SP15*
LE MARCIS Frédéric	#SP0401*, #SP0602*, #SP1006*
MALAN Magne Sandrine Larissa	#SP1004*
MANDENG Joséphine	#SP0604
MASUMBUKO Jean-Marie	#PL03**
MILLOGO Adjara	#SP0504*, #P13, #P14, #P22
MIMCHE Honoré	#P15
MININEL Francesca	#SP1201*
MOH Raoul	#PL01**, #PL02**
MONGBET Abêt	#P16
MSELLATI Philippe	#SP04**, #SP1202, #SP14**, #SP1401*, #SP1402, #PL406*
MUSSO Sandrine	#SP1601*
N'DA Roseline	#SP1004, #SP1005
N'DA Serge Alain Yao	#SP1003*
N'GORAN Alex	#SP1003
N'GUESSAN Arlette	#SP1004
N'GUESSAN Kouamé	#P20
NDIAYE Sidy Mokhtar	#SP1402
NDIONE Albert Gautier	#SP0503*
NDJIO Basile	#SP0204*
NDOYE Ibra	#SP0301

Index des participants

NGANGUE Patrice	#SP0701*, #P17, #P18
NGOUEBENG Léna	#P19
NGUEGANG TAYOU Sariette Agnès	#P26
NGUYEN Vinh-Kim	#PL0202*, #SP1007*
NIASS Fatou	#SP1402
NIKIEMA Aude	#SP0403*
NOUETAGNI NOGUEM Sandra Lindsay	#P26
OBODOU Evelyne-Patrice	#SP0501
OGA Aimé César Maxime	#SP1403*, #P20
ONAMBELE Guy Armand	#P21
OUEDRAOGO Hamidou	#P11
OULAYE Lydet Roland Adolphe	#SP0605*
OWONA NGUINI Mathias	#SP0302
PANNETIER Julie	#SP1304*, #SP1602*
POURETTE Dolorès	#SP1601*
RAVALIHASY Andrainolo	#SP1602
ROUAMBA George	#P11
SANON Anselme	#SP0504, #P14, #P22
SERVAIS Sophie	#SP1202*
SIKA Lazare	#SP05**
SORIAT Clément	#SP0803*
SOSSA Charles	#SP0804
SOUANÉ Mohamed Lamine Ibrahima	#SP1402
SOUBEIGA André	#SP0801*
SOW Dyé	#SP1003
SOW Khoudia	#SP0301, #SP0601*, #PL0407*

Index des participants

SUSSET Anne	#SP0604*
SY Mouhamed Ibrahima	#P05
TALOM YOMGNE Caline	#SP15*
TAVERNE Bernard	#SP0301*, #SP10**, #SA03**
TCHIOMBIANO Stéphanie	#SP0906*
TCHOUUMKEU PENDEME Alice Noël	#SP1103*
TCHUINKAM William	#SP0904*
THIAM Marguerite	#SP0501
THOMANN Matthew	#SP0205**
TIA Félicien Yomi	#SP0502*, #P23
TIE Gouin Bénédicte Edwige	#P24
TOÉ Patrice	#SP0504, #P13, #P14
TOGBE Timothée	#P25
TONDA Maheba	#SP0705*
TOUGMA Alix Rosemonde Wend-Bénédo	#SP0404*
TOUSSO TOUSSO	#P22
TRAORÉ Adama	#SP0407*
TRAORÉ Isidore	#SP0504, #P13, #P14, #P22
TRAORÉ Karim	#SP0602
TURPIN Nguissali	#P05
VARLOTEAUX Marie	#SP1402*
WAFFO Uilrich Inespéré	#SP0203*, #P26
YAKAM YEMTCHOUA Willy Adrien	#SP0203, #P16
YORO Blé Marcel	#SP0104
ZRAN Toily Anicet	#PL0303*

CONTACT DES PARTICIPANTS

ABO Kouamé	kwagny@gmail.com
AGOUA Eugénie	eugenieagoua@gmail.com
AINYAKOU Taïba Germaine	ainyakou@yahoo.fr
AKA DAGO-AKRIBI Hortense	hortenseaka@yahoo.fr
AKANA Parfait D.	parfait.akana@codesria.sn
AKINDÈS Francis	francis.akindes@gmail.com
ALARY Michel	michel.alary@crchudequebec.ulaval.ca
AMALAMAN Djédou Martin	martialmalaman@yahoo.fr
AMANI KOUADIO Franck-Arnaud	franckarnaud1@yahoo.fr
ANATA MAWATA Augusta	anataw_1999@yahoo.fr
ANGLARET Xavier	xavier.anglaret@isped.u-bordeaux2.fr
AVOCÈ Josèphat	avocej@yahoo.fr
AWONDO AWONDO Simon Patrick	patrick.awondo@ens-lyon.fr
BA Ibrahima	ibouba27@hotmail.fr
BABADJIDE Charles	charlesbab@yahoo.fr
BABO Stéphane-Alain Yoro	bysalain@yahoo.fr
BAH Ranie-Didice	raniebah@yahoo.fr
BAKOUAN Eugène	eugenebakouan@rame-int.org
BARAL Stefan	sbaral@jhu.edu
BASTIEN Vincent	vbastien@plateforme-elsa.org
BATIONO Fernand	fbationo@hotmail.com
BATONA Georges	georges.batona.1@ulaval.ca
BAZIN Brigitte	brigitte.bazin@anrs.fr
BECKER Charles	becker.leschar@yahoo.com

Contact des participants

BÉDARD Emmanuelle	emmanuelle_bedard@uqar.ca
BEKELYNCK Anne	anne.bekelynck@ceped.org
BENINGUISSE Gervais	gbeninguisse@yahoo.fr
BERTHÉ Abdramane	aberthe56@yahoo.fr
BEYA MULUMBA Justin	justin.beya@unikin.ac.cd
BILA Alice	bilaalicia70@gmail.com
BILA Blandine	blandinebila@gmail.com
BILOA Carole	carole03biloa@gmail.com
BLÉHOUE Marcel	blehouemarcel@yahoo.fr
BLIBOLO Auguste Didier	blibolola57@yahoo.fr
BLOUIN GENEST Gabriel	gblouin@vt.edu
BOA Assemien	boaassemien@yahoo.fr
BONNET Emmanuel	manu.bonnet@wanadoo.fr
BOUSCAILLOU Julie	medco.cotedivoire@medecinsdumonde.net
BRANCHI Saran	saran.branchi@diplomatie.gouv.fr
BROQUA Christophe	christophe.broqua@ird.fr
CAMES Cécile	cecile.cames@ird.fr
CARILLON Séverine	severine.carillon@ceped.org
CHABROL Fanny	fannychabrol@gmail.com
COULIBALY Isabelle	isabellcoul@yahoo.fr
CROS Michèle	crosmichelle@aol.com
DAKON Guillaume	sociomian@yahoo.fr
DE ROSIS Carolina	carolinarosis@yahoo.com
DEBEAUDRAP Pierre	pierre.debeaudrap@ird.fr
DESCLAUX Alice	alice.desclaux@ird.fr
DESCLAUX SALL Caroline	caroline.desclaux.sall@gmail.com

Contact des participants

DESGRÉES DU LOÛ Annabel	annabel.desgrees@ird.fr
DÉZÉ Charlotte	medco.cotedivoire@medecinsdumonde.net
DIA Abdourakhmane	abdourakhmane.dia@enda-sante.org
DIARRASSOUBA Pornan	pornandiarrassouba@gmail.com
DIOP Karim	diop.karim@gmail.com
DIOUF Daouda	dioufda@endatiersmonde.org
DORÉ Véronique	veronique.dore@ansr.fr
DOURIS Vincent	v.douris@sidaction.org
DOZON Jean-Pierre	jean-pierre.dozon@ehess.fr
DRAMÉ Fatou Maria	amadrameh@yahoo.fr
EBOKO Fred	fred.eboko@wanadoo.fr
EGROT Marc	marc.egrot@ird.fr
ENDELE Paul Patrick	epaulpatrick@ymail.com
ENGUÉLÉGUÉLÉ Maurice	maurice.engueleguele@undp.org
ESSAMA OWONA Boniface Hervé	essamaherve@yahoo.fr
ESSIOMLE Edinedi	edinedi.essiomle@gmail.com
EVANNO Jérôme	rdr.mdmrci@yahoo.fr
FAYE Sylvain Landry	sylvain.faye@ucad.edu.sn
GADOU Dakouri M.	gadou_dakouri@yahoo.fr
GALLARDO Lucille	lucille.gallardo@gmail.com
GARENNE Michel	mgarenne@hotmail.com
GERBIER-AUBLANC Marjorie	g_marjorie@hotmail.com
GNAGNE Elias	gnagnenoelias@gmail.com
GNAMIEN Konan Bah Modeste	konanbah@yahoo.fr
GOUO Assita	assitagouo@gmail.com
GRANIER Anne-Lise	anne-lise.granier@neuf.fr

Contact des participants

GUÉDOU Fernand Aimé	guedaf@yahoo.fr
HEJOAKA Fabienne	fabienne.hejoaka@ird.fr
HOUNDJI Stanislas Sonagnon Ahouansou	stanhoundji@yahoo.fr
HOUNSA Nassirou	nassirou1991@gmail.com
HOUSSOU GONHI Christine Epse	rip_ci@yahoo.fr
KABORÉ Anicet	anicetkabor@yahoo.fr
KABORÉ Simon	kaboresimon@gmail.com
KADRI Abdoul	aabdoulkadri@yahoo.fr
KAFANDO Christelle	christellekafando@gmail.com
KETENDE Sosthenes	sketende@jhu.edu
KINTIN Frédéric	dfrederickintin@yahoo.fr
KOJOUÉ Larissa	larissa.kojoue@gmail.com
KOLIA Denise	kolia.denise@gmail.com
KONATÉ Blahima	kobla70@hotmail.com
KONATÉ Fona	fonakonat@yahoo.fr
KONÉ Issiaka	koneissiaka2@yahoo.fr
KONÉ Mariatou	mariatoukone@yahoo.fr
KOTANYI Sophie	sophiekotanyi@yahoo.de
KOUA Jean Vincent	akakoua22@gmail.com
KOUAMÉ Atta	kouametty@yahoo.fr
KOUASSI Pélagie	pela_kouassi@yahoo.fr
KOUMBA MOUNGUENGUI Inès Chanchan	kineschanchan@yahoo.fr
KOUMBEM Zenabe	zenabe_koum@yahoo.fr
KOUOKAM MAGNE Estelle	esthelka@yahoo.com
KOUYATÉ Souleymane	kouyatesoul@yahoo.fr

Contact des participants

KPATCHAVI Adolphe Codjo	kpatchaviadolphe@yahoo.com
KRA Kouadio Firmin	firminkra35@yahoo.fr
LABORDE BALEN Gabrièle	gabriele.laborde-balen@ird.fr
LACHENAL Guillaume	lachenal@univ-paris-diderot.fr
LARMARANGE Joseph	joseph.larmarange@ceped.org
LE MARCIS Frédéric	frederic.lemarcis@ens-lyon.fr
MALAN Magne Sandrine Larissa	magnesandrinelarissa@yahoo.fr
MANDENG Joséphine	lebeau.garcon@yahoo.fr
MASUMBUKO Jean-Marie	masumbukojm@gmail.com
MENGUÉ Marie-Thérèse	mengue_mt@yahoo.fr
MILLOGO Adjara	milladjara@yahoo.fr
MIMCHE Honoré	h_mimche@hotmail.com
MININEL Francesca	francesca.mininel@gmx.com
MOH Raoul	raoul.moh@pacci.ci
MONGBET Abêt	abetmongbet@yahoo.fr
MSELLATI Philippe	philippe.msellati@ird.fr
MUSSO Sandrine	sandrinemusso@gmail.com
N'DA Roseline	roselinegbocho2014@gmail.com
N'DA Serge Alain Yao	alainserge_nda@yahoo.fr
N'GORAN Alex	ngoran.alex@yahoo.com
N'GUESSAN Arlette	laryland88@gmail.com
N'GUESSAN Kouamé	ngkouame@yahoo.fr
NAY Olivier	o.nay@free.fr
NDIAYE Sidy Mokhtar	sidymokhtarndiaye@yahoo.fr
NDIONE Albert Gautier	ndionealbert86@gmail.com
NDJIO Basile	bndjio@yahoo.com

Contact des participants

NDOYE Ibra	ibra.ndoye@yahoo.fr
NGANGUE Patrice	patrice-alain-gerard.ngangue.1@ulaval.ca
NGOUEBENG Léna	lena-52@hotmail.fr
NGUEGANG TAYOU Sariette Agnès	sariette08@yahoo.fr
NGUYEN Vinh-Kim	vinhkim.nguyen@gmail.com
NIASS Fatou	faniasse@yahoo.fr
NIKIEMA Aude	nikiaude@yahoo.fr
NOUETAGNI NOGUEM Sandra Lindsay	sandranouetagni@yahoo.fr
OBODOU Evelyn-Patrice	bloza2@yahoo.fr
OGA Aimé César Maxime	maxerur@gmail.com
ONAMBELE Guy Armand	gaonambele@yahoo.fr
OUATTARA Fatoumata	fatou.ouattara@ird.fr
OUEDRAOGO Hamidou	hamidououedraogo@rame-int.org
OULAYE Lydet Roland Adolphe	oulaye@yahoo.fr
OWONA NGUINI Mathias	owonanguini@yahoo.fr
PANNETIER Julie	julie.pannetier@ceped.org
POURETTE Dolorès	dolores.pourette@ird.fr
RAVALIHASY Andrainolo	a.ravalihasy@ceped.org
ROUAMBA George	rouambageorge@hotmail.com
SANON Anselme	anselmes2002@yahoo.fr
SERVAIS Sophie	sophie.servais@ird.fr
SIKA Lazare	sikalazare@yahoo.fr
SORIAT Clément	csoriat@yahoo.fr
SOSSA Charles	sossajero@yahoo.com
SOUANÉ Mohamed Lamine Ibrahima	souane88@gmail.com
SOUBEIGA André	soubekam@gmail.com

Contact des participants

SOW Dyé	sowdye53@gmail.com
SOW Khoudia	khoudia.sow@ird.fr
SUSSET Anne	asusset@plateforme-elsa.org
SY Mouhamed Ibrahima	symouhamad@gmail.com
TALOM YOMGNE Caline	calicetalom@yahoo.com
TAVERNE Bernard	bernard.taverne@ird.fr
TCHIOMBIANO Stéphanie	steph.tchiombiano@gmail.com
TCHOUKKEU PENDEME Alice Noël	alice_noel2000@yahoo.fr
TCHUINKAM William	wtchuinkam@yahoo.fr
THIAM Marguerite	thiamniangoin@gmail.com
THOMANN Matthew	mathomann@gmail.com
TIA Félicien Yomi	tiafelicien@yahoo.fr
TIE Gouin Bénédicte Edwige	tiebenedicte@yahoo.fr
TOÉ Patrice	ptoe57@yahoo.fr
TOGBE Timothée	codjo1981@yahoo.fr
TONDA Maheba	easydogx@yahoo.fr
TOUGMA Alix Rosemonde Wend-Bénédo	alixtougma@yahoo.fr
TOURÉ Laurence	chat@afribonemali.net
TOUSSO TOUSSO	mocosid2006@yahoo.fr
TRAORÉ Adama	adamas_traore@yahoo.fr
TRAORÉ Isidore	tiandiogo2002@yahoo.fr
TRAORÉ Karim	rimkar51@yahoo.fr
TURPIN Nguissali	nguissalit@endatiersmonde.org
VARLOTEAUX Marie	marie.varloteaux@ird.fr
VIDAL Laurent	laurent.vidal@ird.fr
WAFFO Uilrich Inespéré	uilrichwaffo@yahoo.fr

Contact des participants

YAKAM YEMTCHOUA Willy Adrien	yakamwilly@yahoo.fr
YORO Blé Marcel	yoroble94@yahoo.fr
ZRAN Toily Anicet	anicetzran@yahoo.fr



<http://abidjan2016.sciencesconf.org>

