

FIN DU SIDA AU NORD, 4^e ÉPIDÉMIE AU SUD ? ACQUIS ET DÉFIS EN AFRIQUE DE L'OUEST

Bernard Taverne, Marie Ahouanto-Chaspoul, Séverine Carillon, Alice Desclaux

En Afrique de l'Ouest comme dans le reste du monde, l'usage des médicaments anti-rétroviraux (ARV) a eu un impact considérable sur le devenir des personnes vivant avec le VIH (PVIH), sur le système de soins et, plus largement, sur la place de la maladie dans la société. La généralisation de l'accès aux ARV et une meilleure connaissance de la maladie par les professionnels de santé ont accompagné l'évolution des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge. Dans le même temps, le contexte international s'est transformé. En 2019, l'épidémie à VIH n'est plus parmi les priorités de l'agenda politique international : les financements internationaux sont orientés vers d'autres sujets, l'Afrique est considérée sous le prisme des vagues migratoires et les États européens se replient sur leurs frontières.

Comment ces évolutions se manifestent-elles pour les PVIH ? Comment les dispositifs de prise en charge se sont-ils adaptés ? À quels défis et menaces les PVIH et professionnels de santé, ainsi que les dispositifs de soins, sont-ils confrontés ? En explicitant l'expérience et le sens de la maladie pour ces acteurs en Afrique de l'Ouest et en les situant dans leur contexte épidémiologique, les sciences sociales permettent une mise en perspective des inégalités entre Nord et Sud dans le traitement de l'infection à VIH.

Le vécu et le sens de la maladie

Le vécu de la maladie et la perception de l'impact des traitements ARV varient selon l'état de santé des individus au moment du diagnostic. En 2019, en Afrique de l'Ouest, plus de la moitié des diagnostics sont encore établis à un stade avancé d'immuno-dépression.

Le vécu de la maladie et du traitement

Pour les personnes qui ont vécu la dégradation progressive de leur état de santé et ont suivi des itinéraires de soins longs et compliqués, l'effet des traitements ARV est souvent jugé spectaculaire. Progressivement, elles apprennent à vivre avec leur médicament et leur maladie et réorganisent leur vie en y intégrant les contraintes de la maladie et du traitement (médicament, suivi médical, gestion du secret...). Lorsque leurs conditions de vie sont favorables, le processus de normalisation leur permet de retrouver leurs rôles sociaux ordinaires (travail, mariage, enfants, etc.). Les inquiétudes concernent alors moins l'infection à VIH que la disponibilité des médicaments ARV du fait des ruptures d'approvisionnement et les difficultés économiques pour payer les frais associés à la maladie (transport, examens complémentaires, etc.). Une typologie de l'expérience de la vie avec le VIH en Afrique de l'Ouest distinguait en 2010, à côté du patient expert et du patient « résilient », trois expériences plus défavorables : les personnes en échec médical ou victimes d'effets indésirables des ARV, les personnes en grande précarité et celles rongées par la stigmatisation et le poids du secret [1].

En 2019, les professionnels de santé ou les acteurs communautaires qui réalisent les dépistages sont pour la plupart formés, et les liens initiaux avec les soins sont souvent établis dans le cadre des stratégies *Test & Treat*. Mais l'adhésion à la prise en charge médicale s'avère difficile à maintenir (*encadré 1*), du fait des effets secondaires des traitements ARV parfois très gênants dans les premières semaines, puis des coûts et des stratégies nécessaires pour les visites répétées dans les structures de soins, surtout lorsqu'elles sont éloignées du domicile, qui peuvent s'avérer impossibles à maintenir sur le long terme sans en avoir informé les proches.

Encadré 1 Le suivi médical régulier et durable des PVVIH à Kayes (Mali)

Vivre avec le VIH et un traitement ARV implique un suivi médical régulier et durable. Certaines personnes cessent néanmoins ce suivi pendant plusieurs mois, voire plusieurs années consécutives, mettant ainsi en péril leur état de santé et le succès des traitements à venir. Une étude visant à comprendre les conditions de production de ces ruptures de suivi a été conduite en milieu hospitalier à Kayes, au Mali, auprès de soignants et de PVVIH ayant cessé le suivi médical de leur infection à un moment donné [2]. Cette étude montre que les ruptures de suivi médical, analysées dans un contexte marqué par la pauvreté et l'avènement récent des traitements ARV dans une zone restée longtemps enclavée, sont symptomatiques à la fois (1) de l'épreuve qu'assument les PVVIH pour se rendre à l'hôpital ; (2) des tensions que génère la question de l'observance dans la relation soignants-soignés et (3) des dysfonctionnements de l'offre et de l'organisation des soins.

Les ruptures de suivi médical peuvent ainsi être considérées comme une situation socialement produite par les conditions d'existence et l'environnement social, économique et culturel des individus, ainsi que le contexte relationnel, organisationnel et structurel de prescription et de dispensation des traitements. Ces résultats incitent à un plaidoyer à la fois pour une prévention de l'inobservance attentive aux expériences subjectives des PVVIH et aux conditions de vie des individus, aux relations de domination et aux dysfonctionnements de l'offre et de l'organisation des soins dans lesquelles elles s'inscrivent, et pour le maintien des activités associatives, indispensables à la mise en œuvre d'une telle prévention.

Le sens du mal et le poids du secret

Le nombre des personnes diagnostiquées alors qu'elles ne se perçoivent pas malades augmente peu à peu. Ces diagnostics sont réalisés à l'occasion de dépistages systématiques, le plus souvent anténatal ou familial (décès d'un conjoint, d'un enfant) ou encore lors des « campagnes de dépistage ». L'annonce du diagnostic constitue, partout et toujours, un traumatisme où se mêlent la peur d'une mort imminente, la perception d'une maladie encore synonyme de « déviance sociale », l'angoisse de la révélation de la maladie aux proches, la recherche de l'origine de la contamination, etc. La question du partage de l'information avec les proches provoque un dilemme parfois insoluble. Autant d'éléments propices aux abandons de suivi médical et au déni de l'infection, particulièrement pour les femmes (*encadré 2*).

Encadré 2 Les femmes africaines : des avancées pour leur santé et leur autonomie, mais une vulnérabilité et une charge psychologique inchangées

Depuis le bilan de la situation des femmes à l'épreuve du VIH réalisé il y a près de dix ans [3], leur vulnérabilité épidémiologique et sociale a peu changé [4]. Par contre, la « médicalisation », voire la « pharmaceuticalisation » de la prise en charge (signifiant que le soin repose essentiellement sur le médicament [5]) a modifié leur expérience de la maladie [6]. Outre la disparition du conseil et du choix en matière d'allaitement qui les mettaient dans des situations difficiles, l'instauration du traitement ARV à la fois curatif pour les femmes et préventif pour leur partenaire et leurs enfants permet de surseoir au partage du statut avec le conjoint quand les conditions optimales ne sont pas réunies. Les femmes parviennent désormais à éviter la stigmatisation en cachant leur statut. Mais elles éprouvent souvent une forte culpabilité mêlée à un sentiment d'avoir été trahies par leur partenaire concernant leur contamination, ravivée en cas de transmission verticale ou d'échec thérapeutique chez un enfant sous traitement, dont les soignants considèrent presque toujours la mère comme responsable.

En décalage avec les femmes VIH+ de la génération précédente qui ont vu leur situation s'améliorer progressivement et qui ont été socialisées dans la « lutte contre le sida » et l'auto-support associatif, les femmes dépistées récemment ont peu de recours pour donner sens à leur atteinte. En l'absence d'activités dans des associations moins financées, alors que les services de santé mentale primaire sont structurellement déficients et que les médiatrices devenues expertes sont surchargées car moins nombreuses et peu reconnues, les femmes VIH+ vivent désormais souvent leur maladie en silence, au risque de compromettre l'observance, et donc l'efficacité des traitements ARV, indispensable pour atteindre la fin de l'épidémie.

Le déclin des associations de PVVIH et la pharmaceuticalisation de la prise en charge

Les premières associations de PVVIH en Afrique de l'Ouest se sont constituées dans le courant des années 1990 [7]. Leur émergence a été soutenue par divers acteurs internationaux – activistes du Nord et agences des Nations unies – et souvent par les programmes nationaux de lutte contre le sida. Entre 1990 et 2010, leur nombre s'est accru rapidement, souvent sous l'effet de scissions, avec la création d'associations orientant leurs activités vers des populations spécifiques : femmes, travailleurs-ses du sexe [TS], hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes [HSH], usagers de drogues injectables [UDI], jeunes..., en réponse aux opportunités de financements internationaux. Elles se sont professionnalisées, tant dans leur gouvernance que dans leur offre de services.

Le travail psychosocial des associations

Considérées comme des exécutantes techniques du fait de leur proximité supposée avec les communautés dont elles sont issues, les associations ont été sollicitées pour participer aux actions d'information, de promotion du dépistage, de lutte contre les discriminations, de soutien psychologique et matériel aux personnes malades. Dès la mise à disposition des ARV, elles ont participé à la prise en charge médicale, concrétisant ainsi le concept de « prise en charge globale » à travers des activités de « renforcement de l'observance thérapeutique ». Cette professionnalisation a été soutenue par des formations permettant à certains membres d'acquérir une réelle expertise sur

la maladie basée sur une expérience de terrain solide, avec un statut de « médiateurs associatifs » au sein de structures sanitaires.

L'abandon de la prise en charge globale au profit du médicament

À partir des années 2008-2009, la baisse des financements internationaux a conduit les États à réduire progressivement les dotations des associations [7]. En conséquence, les activités de soutien social (aides alimentaires, remboursements des frais de transport, dotations scolaires pour les enfants, etc.) ont été peu à peu restreintes, voire supprimées. En 2019, dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest, les responsables associatifs constatent leur impossibilité à maintenir les activités de soutien social pour les PVIH. La prise en charge se concentre de plus en plus autour de la seule dispensation des médicaments ARV, sans plus tenir compte de l'influence des conditions de vie sur l'observance thérapeutique. La plupart des associations vivent des situations critiques, car les incertitudes sur leur financement et les montants disponibles limitent leurs actions. De ce fait, les membres associatifs peinent à susciter un intérêt de la part des personnes nouvellement dépistées et les dynamiques collectives sont menacées. Certaines associations ne tiennent plus que par l'engagement de quelques leaders de la première heure, ne parvenant pas à transmettre à une jeune génération la mémoire de leurs engagements militants.

Cette érosion de la mémoire du rôle militant des membres associatifs s'observe aussi au sein de structures médicales, notamment de la part de professionnels de santé novices, connaissant peu les rôles joués par les membres associatifs et le caractère essentiel de leurs interventions d'auto-support pour l'observance des traitements. Les statuts de médiateurs associatifs au sein des services hospitaliers demeurent précaires, tantôt soumis à des contrats courts souvent intermittents, tantôt « bénévoles » indemnisés. L'expression de revendications ou le signalement de dysfonctionnements dans la prise en charge des PVIH révèlent parfois violemment des conflits de légitimité entre des médiateurs associatifs et des responsables de services sanitaires, allant jusqu'à motiver un licenciement. Preuve supplémentaire que le rôle des associations de PVIH et la reconnaissance de leur engagement politique et social sont sans cesse à reconquérir.

L'accès aux traitements : les acquis et les incertitudes

La généralisation de l'accès aux médicaments ARV s'est traduite dans tous les pays par une augmentation du nombre des sites de prise en charge et de dispensation des ARV.

Les failles de la décentralisation

L'extension de l'accès au traitement ARV s'est accompagnée de l'acquisition de compétences des professionnels de santé. Le respect de la confidentialité, les étapes du conseil pré et post-test, la nécessité d'approches spécifiques pour certains groupes sociaux et celle d'un accompagnement à l'observance, les éléments du suivi biologique, font désormais partie de la culture professionnelle des soignants qui prévaut dans les sites urbains dédiés à la prise en charge des PVIH. Mais les connaissances ne sont pas uniformément réparties. À l'échelle nationale, la plupart des PVIH sont suivies dans des structures généralistes, leurs consultations sont incluses dans le flot des consul-

tations générales, ce qui ne permet pas toujours une prise en charge optimale par des acteurs de santé suffisamment formés.

La décentralisation, assortie de formations des professionnels au VIH, a permis le transfert de certaines activités de soins à des structures périphériques du système sanitaire pour mieux répartir la charge de travail des soignants et réduire les distances de déplacement pour les usagers. La proximité géographique du site de prise en charge du domicile est toutefois diversement appréciée par les PWIH : certains y voient la menace d'une perte de la confidentialité et préfèrent se rendre dans des centres de santé éloignés, lorsqu'ils en ont la possibilité financière.

Les limites dans l'accès aux traitements ARV sont cependant avant tout structurelles, elles proviennent d'abord des difficultés d'approvisionnement en médicaments ARV. Différentes alertes lancées par des acteurs associatifs en témoignent sur les réseaux sociaux [8]. Elles concernent des situations de pré-rupture pendant lesquelles les traitements sont distribués pour des durées courtes, obligeant les PWIH à des déplacements supplémentaires, et parfois des ruptures nécessitant la substitution du traitement habituel par d'autres présentations – remplacement de comprimés de combinaisons à dose fixe par des présentations séparées – ou des modifications de schémas thérapeutiques. Ces situations sont toujours sources d'inquiétude pour les PWIH, et parfois cause de non observance [9].

La Couverture sanitaire universelle : mirage ou réalité ?

La deuxième limite structurelle est liée à la précarité économique du système de santé et des usagers. Le manque de ressources financières pour développer des activités complémentaires à la seule dispensation des ARV ne permet pas d'amortir les effets de la pauvreté des ménages sur l'aptitude des PWIH à maintenir un lien constant avec les soins. En 2019, les organisateurs des dispositifs de Couverture sanitaire universelle en cours de déploiement dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest n'ont pas encore de stratégie claire par rapport aux dépenses de santé des PWIH. Le reste à charge du suivi médical constitue une cause d'inobservance importante pour les personnes en situation de dépendance, principalement les femmes et les enfants.

Les rapports population générale-populations clés dans les pays d'épidémie concentrée

Dans les pays à épidémie concentrée – c'est le cas de la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest – les stratégies de santé publique sont majoritairement orientées vers les populations clés (TS, HSH, UDI), qui présentent des taux de prévalence de l'infection VIH de 5 à 20 fois supérieurs à ceux de la population générale. L'objectif est de limiter la possible diffusion de l'épidémie à partir de ces populations, tout en assurant une prise en charge médicale respectueuse des droits humains pour des personnes socialement vulnérables.

L'impact social de la catégorisation des populations clés

Les actions de santé publique vers les populations clés, en lien avec l'épidémie à VIH, ont contribué à la construction de catégories sociales, en mettant en lumière des pratiques qui étaient jusque-là peu visibles. C'est le cas pour les HSH et les UDI, mais selon des modalités et avec des conséquences différentes. Le développement des stratégies de santé publique pour les HSH a rejoint les mobilisations associatives militantes en faveur de la reconnaissance des droits des minorités sexuelles. Elles ont contribué à une publicisation de l'homosexualité (et des minorités sexuelles) marquée par l'émergence de controverses médiatiques ou politiques [10]. Des manifestations publiques d'hostilité sont apparues dans presque tous les pays, avec des expressions d'homophobie parfois violentes et « *des processus d'instrumentalisation politique locaux et internationaux* [11] ». À la condamnation morale est associée une lecture politique des rapports Nord-Sud et la critique d'un « impérialisme occidental » qui assurerait la promotion de l'homosexualité.

Une médicalisation protectrice... dans certaines limites

En contre-point, si la consommation de drogues est réprouvée et juridiquement condamnée dans tous les pays, les réactions sociales à l'endroit des consommateurs sont jusqu'à présent plus modérées. En s'intéressant à eux, la lutte contre l'épidémie à VIH a conduit à placer la consommation de drogues dans le domaine de la santé publique (le taux de couverture des traitements de substitution aux opioïdes fait maintenant partie des indicateurs de suivi dans le Rapport mondial de la lutte contre le sida produit par l'ONUSIDA). À travers l'ouverture de centres de prise en charge des addictions et la mise à disposition de traitements de substitution par la méthadone pour les consommateurs d'opiacés, on assiste à une médicalisation de la consommation de drogue et à la construction sociale de la consommation de drogue en tant que maladie [12]. Le développement de structures médicales de prise en charge s'accompagne de plaidoyers en faveur de l'adaptation des textes juridiques (par exemple la promotion de l'injonction thérapeutique comme alternative à l'incarcération [13]), dont on peut espérer qu'ils conduisent à une moindre stigmatisation des usagers de drogues. Les orientations actuelles prises pour le traitement social de la consommation des drogues dans quelques pays pionniers (Côte d'Ivoire, Maroc, Sénégal) révèlent des formes contemporaines d'adhésion locale à la culture mondiale dans la gestion sociale de l'usage des psychotropes. Néanmoins, la tolérance sociale envers les UDI au niveau national a des limites, qui pourraient être dépassées en cas de revendications identitaires ou de demande de légalisation de la consommation de drogues en phase avec des courants transnationaux.

Les inéquités de la prise en charge, sources d'échec thérapeutique

Des travaux récents montrent la progression des résistances virales aux médicaments ARV actuellement les plus utilisés dans les pays à ressources limitées [14]. La progression de ces résistances virales, traduites par l'augmentation des situations d'échec thérapeutique, impose de prendre la mesure de la « 4^e épidémie » en cours [15] (encadré 3). La stigmatisation est au premier rang de leurs déterminants ; les enfants et adolescents constituent la catégorie de population la plus touchée.

Encadré 3 La quatrième épidémie à VIH [15]

La progression du nombre des personnes en échec thérapeutique était prévisible : elle est la conséquence directe de l'accroissement du nombre de personnes traitées. Elle est à la fois cause et conséquence de la progression des résistances virales. Le phénomène prend une importance dont les programmes de lutte contre le sida n'ont pas encore appréhendé l'ampleur et les conséquences.

Le nombre des personnes en échec de traitement pourrait être compris entre 2 et 4 millions en 2019 [19]. Dans ce contexte, nous proposons de considérer ce phénomène comme une épidémie à part entière : la « 4^e épidémie à VIH », en référence au célèbre discours de Jonathan Mann prononcé en 1987 devant l'Assemblée générale des Nations unies, où il décrivait les trois épidémies de VIH : la diffusion du virus, l'épidémie de malades du sida, puis celle des impacts sociaux. Cette reconnaissance constitue un enjeu de santé publique et un enjeu politique.

L'échec des traitements souligne les limites des systèmes de soins de santé. En 2017, l'OMS a élaboré un plan d'action pour lutter contre le développement endémique de la pharmacorésistance du VIH. Pour être efficaces, ces recommandations nécessitent l'appui des programmes nationaux et le renforcement de la mobilisation internationale, avec des politiques proactives contre les inégalités dans l'accès aux tests de charge virale, en faveur de la réduction des prix pour les ARV de deuxième et troisième ligne, et des exemptions de paiement effectives pour les soins. Cette 4^e épidémie ne pourra pas être contenue en poursuivant à l'identique la mise en œuvre des interventions qui l'ont créée. La fin du sida dans le monde dépendra, entre autres, de l'efficacité de la lutte contre cette épidémie d'échec thérapeutique.

La stigmatisation de l'infection à VIH

Les mises en garde catastrophistes et la peur du sida que véhiculaient les médias dans les années 1990 ont maintenant disparu de l'espace public. Mais, à l'échelle individuelle, des expressions de stigmatisation envers les PVIH demeurent ; elles paraissent comparables à celles observées pour d'autres maladies (lèpre, épilepsie, tuberculose, cancer, Ebola). Elles favorisent des attitudes d'auto-stigmatisation (secret sur son statut, absence d'engagement dans des stratégies matrimoniales ou de revendication à propos des soins) par lesquelles les PVIH se protègent de situations de discrimination.

Les représentations péjoratives de la maladie et la crainte de l'opprobre constituent un obstacle persistant au dépistage. L'influence du genre sur les pratiques de dépistage et de prise en charge, matérialisée par des formes de vulnérabilité différentes, est désormais connue, la vulnérabilité masculine concernant notamment le recours au dépistage et l'accès aux soins. Les écarts entre les proportions de femmes et d'hommes dépistés demeurent majeurs (par exemple, au Sénégal, seuls 30 % des hommes vs 60 % des femmes seraient dépistés). Dépister et accompagner les hommes vers les structures de prise en charge représente l'un des défis actuels.

La vulnérabilité sociale des enfants, cause d'échec thérapeutique

Le diagnostic et le traitement des enfants et adolescents constituent un autre défi majeur. Le développement de la prise en charge des enfants et adolescents vivant avec le VIH (EAVIH) a accusé près de dix années de retard par rapport aux adultes, et le taux de couverture en ARV des EAVIH en Afrique de l'Ouest n'est encore que de 26 % [16]. Les possibilités – et la qualité – des prises en charge médicales et sociales sont extrêmement diverses selon les sites. Des études récentes révèlent qu'en milieu rural,

où vivent le plus grand nombre des EAVIH, près des deux tiers de ceux qui reçoivent des traitements ARV sont en situation d'échec thérapeutique, avec des taux de résistance virale très élevés [17,18]. Les déficits de compétence, le manque d'expérience et l'isolement des professionnels de santé, les conditions de vie matérielle et affective d'enfants souvent orphelins, l'absence d'annonce et l'impossibilité de conversation à propos de leur maladie, la pauvreté des parents ou tuteurs, les discriminations dont ils sont parfois victimes et l'absence de dispositifs de protection sociale, concourent à créer un environnement défavorable à la qualité et l'efficacité des soins, et au vécu et au devenir des EAVIH.

Conclusion

La lutte contre l'épidémie à VIH a été mise en œuvre précocement dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest, mais les situations d'épidémie stable et concentrée semblent avoir eu un effet de démobilitation, notamment des soutiens internationaux. Ce phénomène est renforcé par la dissolution progressive du caractère exceptionnel de l'épidémie à VIH dans les années 2000. En 2019, les pays d'Afrique de l'Ouest sont « en retard » au regard de divers indicateurs de santé publique (faibles taux de couverture en ARV, proportions encore élevées de personnes non dépistées, forte proportion d'enfants en situation d'échec thérapeutique...).

Les systèmes de soins sont maintenant confrontés à une double charge : celle liée à l'ensemble des situations non encore résolues depuis le début de l'épidémie, notamment le maintien d'un niveau d'information suffisant pour la prévention, en particulier en direction des jeunes qui constituent près de 50 % de la population ; et celle de la gestion de la maladie VIH en tant que maladie chronique, en prenant en compte le vieillissement des personnes traitées par ARV auquel le système de soins n'est pas encore prêt à faire face.

L'Objectif de développement durable qui promeut la fin de l'épidémie de sida en 2030 a-t-il un sens pour les PVVIH et les soignants en Afrique ? Loin des enclaves auto-proclamées « villes sans sida » au Nord, les patients des pays du Sud, à l'exemple des femmes interrogées sur le sujet au Burkina Faso, attendent toujours le « vaccin » mythique qui permettrait d'échapper à la maladie et dont certaines disent qu'il serait déjà disponible au Nord, ou bien limitent leurs espérances à des améliorations du traitement ARV telles qu'une forme injectable trimestrielle, sur le modèle des contraceptifs, qui leur permettrait de taire leur statut pour échapper à la stigmatisation [20]. Pour les acteurs de santé, la menace de la 4^e épidémie ne pourra être repoussée que si la solidarité internationale renouvelle ses engagements financiers et humains.

Liens d'intérêt

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec ce chapitre.

RÉFÉRENCES

- [1] Desclaux A, Boye S, Sow K, Ndaye T. Typologie de l'expérience des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) au temps de la maladie chronique. *Bull Soc Pathol Exot* 2014;107:244-5.
- [2] Carillon S. La production sociale des ruptures de soins. Une anthropologie de l'expérience ordinaire du suivi médical de l'infection à VIH à Kayes (Mali). Thèse en anthropologie, Université Paris Descartes ; 2013.

- [3] Desclaux A, Msellati P, Sow K (Dir). Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge. Paris : ANRS ; 2011. 256 p.
- [4] UNAIDS. Women and girls and HIV. 2018. [Internet] https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/women_girls_hiv
- [5] Desclaux A, Egrot M. (Eds) Anthropologie du médicament au Sud. La pharmaceuticalisation à ses marges. Paris : L'Harmattan ; 2015. 282 p.
- [6] Desclaux A, Sow K. L'enfant protégé par les antirétroviraux. Études ethnographiques comparées : Burkina Faso, Sénégal, Laos. Rapport final Projet ANRS 12271. Dakar : CRCF, IRD ; 2018.
- [7] Broqua C. Se mobiliser contre le sida en Afrique. Sous la santé globale, les luttes associatives. Paris : L'Harmattan ; 2018. 378 p.
- [8] David PM. « Ce sont maintenant les résistances qui vont nous tuer ». Insécurité pharmaceutiques, ruptures de stock et résistances aux traitements contre le VIH en Afrique centrale. *Anthropologie & Santé* 2019 [Internet] <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/4643>
- [9] Taverne B, Desclaux A, Koita Fall M, et al. Antiretroviral drugs in Africa: A public health versus a market approach. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013;63:e74-6.
- [10] Broqua C. Les pro, les anti et l'international : mobilisations autour de l'homosexualité en Afrique de l'Ouest. In : Collective Mobilisations in Africa/Mobilisations collectives en Afrique. Brill : 2015 ; pp.183-204.
- [11] Broqua C. Islamic movements against homosexuality in Senegal: The fight against AIDS as catalyst. In: Public Religion and the Politics of Homosexuality in Africa. London: Taylor & Francis, 2016.
- [12] Ndione AG. Le traitement des usagers de drogues au Sénégal. La médicalisation d'une déviance sociale. Thèse de doctorat unique en socio-anthropologie. Université Cheik Anta Diop de Dakar ; 2017.
- [13] ONUDC, CEDEAO. Injonction thérapeutique. Une alternative à l'incarcération des usagers de drogues. *Bulletin d'information du Projet ONUDC/CEDEAO contre le trafic de drogues*. 2018.
- [14] Gupta RK, Gregson J, Parkin N, et al. HIV-1 drug resistance before initiation or re-initiation of first-line antiretroviral therapy in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-regression analysis. *Lancet Infect Dis*. 2018;18:346-55.
- [15] Laborde-Balen G, Taverne B, Ndour CT, et al. The fourth HIV epidemic. *Lancet Infect Dis* 2018;18:379-80.
- [16] ONUSIDA. Statistiques mondiales sur le VIH en 2017. [Internet] <http://www.unaids.org/fr/resources/fact-sheet>
- [17] Salou M, Dagnra AY, Butel C, et al. High rates of virological failure and drug resistance in perinatally HIV-1-infected children and adolescents receiving lifelong antiretroviral therapy in routine clinics in Togo. *J Int AIDS Soc* 2016;19:20683.
- [18] Cissé AM, Laborde-Balen G, Kébé-Fall K, et al. High level of treatment failure and drug resistance to first-line antiretroviral therapies among HIV-infected children receiving decentralized care in Senegal. *BMC Pediatr* 2019;19:47.
- [19] Estill J, Ford N, Salazar-Vizcaya L, et al. The need for second-line antiretroviral therapy in adults in sub-Saharan Africa up to 2030: a mathematical modelling study. *Lancet HIV* 2016;3:e132-9.
- [20] Alfieri C. Du « vaccin » aux injections retard d'ARV. Attentes de guérison des femmes vivant avec le VIH à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. In : Guérir en Afrique. Promesses et transformations. Desclaux A, Diarra A, Musso S (Eds). Paris : L'Harmattan (à paraître).

Sous la direction de
Christine Katlama • Jade Ghosn
Gilles Wandeler

VIH

Hépatites virales
Santé sexuelle

AFRAVIH



VIH HÉPATITES VIRALES SANTÉ SEXUELLE

Sous la direction de

Christine Katlama • Jade Ghosn • Gilles Wandeler



ALLIANCE FRANCOPHONE DES ACTEURS DE SANTÉ
CONTRE LE VIH ET LES INFECTIONS VIRALES CHRONIQUES

EDP Sciences
17, avenue du Hoggar
PA de Courtabœuf
91944 Les Ulis Cedex A, France
Tél. : 01 69 18 75 75
www.edpsciences.org

© EDP Sciences, 2020
ISBN : 978-2- 7598- 2403-8



Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage – loi du 11 mars 1957 – sans autorisation de l'éditeur ou du Centre Français d'Exploitation du Droit de Copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.