



HAL
open science

DU “ VACCIN ” AUX INJECTIONS RETARD D’ARV ATTENTES DE GUÉRISON DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH À BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)

Chiara Alfieri

► **To cite this version:**

Chiara Alfieri. DU “ VACCIN ” AUX INJECTIONS RETARD D’ARV ATTENTES DE GUÉRISON DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH À BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO). Guérir en Afrique. Promesses et transformations, 2021. hal-03124305

HAL Id: hal-03124305

<https://hal.science/hal-03124305v1>

Submitted on 28 Jan 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DU « VACCIN » AUX INJECTIONS RETARD D'ARV ATTENTES DE GUÉRISON DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH À BOBO-DIOULASSO (BURKINA FASO)

Chiara Alfieri*

INTRODUCTION

En 2016, les membres des Nations unies adoptaient lors de leur assemblée générale une résolution annonçant « l'accélération de la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 » (Nations unies, 2016). Les médias internationaux ont repris et diffusé la notion de « fin du sida en 2030 », évoquant aussi la « guérison du sida ¹ ». Les progrès acquis pendant la dernière décennie — notamment l'efficacité des antirétroviraux (ARV) en termes de contrôle du VIH chez les personnes atteintes et de prévention de sa transmission — permettent en effet de considérer désormais l'infection à VIH comme une « maladie chronique » non mortelle et d'envisager l'absence de nouvelle contamination dans un avenir plus ou moins proche (UNAIDS, 2018). L'OMS et l'ONUSIDA ont défini des objectifs opérationnels, également ambitieux, qui exigent d'atteindre avant 2020 « les trois 90 » (ou 90-90-90) ². La riposte au sein de la communauté internationale et au niveau local en Afrique, le continent le plus concerné par la maladie, devra pour cela parvenir à rendre les

* Anthropologue, chercheuse associée TransVIHMI, IRD, INSERM, université de Montpellier, France.

¹ Ce fut le cas notamment en décembre 2016, lors de la Journée mondiale Sida ayant pour thème « *End AIDS in 2030* ».

² Ces chiffres signifient que 90 % des personnes qui vivent avec le VIH devraient connaître leur statut, 90 % d'entre elles devraient recevoir un traitement antirétroviral régulier et 90 % des personnes sous traitement antirétroviral devraient avoir une charge virale supprimée durablement.

avancées médicales accessibles et durables (UNAIDS, 2018)³. Sinon, le fossé évoqué à la fin des années 1990 par la formule « les traitements au Nord, les malades au Sud » pourrait être reformulé ainsi : « la guérison au Nord, les malades au Sud ».

Dans cette situation globale incertaine, alors que les objectifs des Nations unies sont souvent compris comme des prévisions, les personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest se considèrent-elles concernées par ces discours optimistes ou volontaristes ? Le propos de ce chapitre est de décrire et d'analyser les perceptions et attentes des femmes vivant avec le VIH concernant la « guérison du sida » dans un pays ouest-africain où les traitements antirétroviraux sont disponibles⁴.

Pour contextualiser cette interrogation, il faut rappeler que depuis le début des années 2000, grâce à des collaborations entre instances nationales en santé publique et institutions globales publiques et privées telles que le Fonds mondial de lutte contre le paludisme, la tuberculose et le sida, les patients ouest-africains peuvent prendre des antirétroviraux qui maintiennent le virus (sans l'éliminer) à un niveau où il ne provoque pas de symptômes. Ainsi, on estimait à 2,4 millions le nombre de personnes en Afrique de l'Ouest et du Centre prenant un traitement antirétroviral en 2016 (ONUSIDA, 2016). Elles ne représentaient cependant qu'un tiers des personnes ayant besoin de ce traitement, ce qui reflète les difficultés d'approvisionnement, de diagnostic et suivi, et d'accès sur le terrain. Notre questionnement concerne les personnes qui ont franchi les étapes dans leur itinéraire de diagnostic et de soin et prennent effectivement un traitement antirétroviral, mais qui vivent dans les contraintes structurelles qui gouvernent la vie des femmes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest (Desclaux *et al.*, 2011).

L'ÉTUDE

L'étude a été menée dans le cadre du projet PREMS⁵ à Bobo-Dioulasso, deuxième ville du Burkina Faso et agglomération urbaine pluriethnique⁶. Le revenu

³ En Afrique de l'Ouest et du Centre, les taux étaient au moment de la Déclaration de 36 %, 28 % et 12 %.

⁴ Les *formes injectables retard* évoquées dans le titre sont des formes galéniques « à libération prolongée » souvent disponibles pour des contraceptifs ou des neuroleptiques : une injection intramusculaire permet une absorption lente et constante des principes actifs du médicament dans la circulation sanguine, généralement pendant un à trois mois.

⁵ Projet ANRS 12271, *L'enfant protégé par les ARV. Études ethnographiques comparées (Sénégal, Burkina Faso, Laos)*, coordonné par A. Desclaux et K. Sow, ainsi que par B. Bila pour le Burkina Faso, conçu et réalisé au Burkina Faso par l'IRSS (Institut de recherche en

national brut par habitant est dans ce pays de 590 dollars US (Banque mondiale, 2019)⁷, et 40,1% de la population vit sous le seuil de pauvreté national (Banque mondiale, 2014)⁷. L'indice de développement humain classait le pays en 2014 au 183^e rang sur 187. La ville de Bobo-Dioulasso fut longtemps une capitale économique du fait de sa situation de carrefour international, mais la majorité de l'activité économique du pays a lieu dans la capitale. La vie quotidienne à Bobo-Dioulasso est marquée par la précarité et une proximité avec les zones rurales dans les vastes quartiers « non lotis » où les activités sont dominées par le maraîchage, l'artisanat et les multiples activités du secteur informel. Parmi les 800 000 habitants de Bobo-Dioulasso, les groupes ethniques majoritaires sont les Moosé, les Dioula et les Bobo, les langues véhiculaires principales étant le dioula, le more et le français.

En 2016, le nombre de personnes diagnostiquées vivant avec le VIH était estimé au niveau national à 95 000 (ONUSIDA, 2016)⁸ parmi lesquelles 60 % avaient accès à un traitement antirétroviral. Avec une prévalence du VIH de 0,8 % parmi les adultes de la population générale, l'épidémie est considérée comme « concentrée » dans des populations à risque, en nette diminution depuis le pic épidémique de la fin des années 1990 (le taux de prévalence national était alors de 8 %).

Dans le cadre du projet PREMS, 67 mères vivant avec le VIH et ayant des enfants âgés de moins de 14 mois, ainsi que 12 médiatrices associatives, ont été rencontrées en 2013 et en 2016 pour des entretiens en partie axés sur leurs représentations et leurs espoirs de guérison. Elles ont été contactées dans les services de soin publics accueillant des femmes de conditions socio-économiques variées, en milieu associatif ou chez elles. Des échanges à caractère informel, ou spontanés, ont eu lieu avec certaines des médiatrices dans le but d'approfondir et de commenter des thématiques issues des entretiens. Les données ont été collectées, traduites (lorsque nécessaire) du dioula et du moré en français lors de leur transcription et de leur saisie, puis une analyse thématique a été menée.

sciences de la santé) et l'IRD (Institut de recherche pour le développement, TransVIHMI) et financé par l'ANRS. Un avis éthique favorable et une autorisation de recherche ont été obtenus auprès du ministère de la Santé et de l'Action sociale.

⁶ Les Bobo constituent la population autochtone la plus importante de la région et furent parmi les fondateurs de la ville de Bobo-Dioulasso ; aujourd'hui ils sont, après les migrations massives des Moosé, une minorité ethnique dans la zone. À ce propos, nous renvoyons aux travaux sur les Bobo menés par Le Moal (1980, 1986), Şaul (1991), Alfieri et Taverne (2000), et Alfieri (2005).

⁷ Source : <https://donnees.banquemondiale.org/pays/burkina-faso> (consulté le 27 mai 2019).

⁸ Source : <http://www.unaids.org/fr/regionscountries/countries/burkinafaso> (consulté le 27 mai 2019).

Les femmes rencontrées ont trente ans en moyenne, la plus jeune ayant 18 ans et la plus âgée 44. Plus de la moitié d'entre elles se disent non scolarisées ; les autres ont suivi une partie du premier cycle scolaire ; une participante a suivi l'école coranique et une est à l'université. Elles ont trois ou quatre enfants en moyenne. Quelques femmes dépistées positives depuis longtemps ont des enfants séropositifs, tandis que les enfants nés lors des cinq dernières années sont pour la plupart séronégatifs. Les activités rémunératrices des mères incluent le maraîchage et le « petit commerce » qui ne demande quasiment pas d'investissement économique, par exemple la vente de fruits et légumes de saison et des produits des cultures maraîchères, la préparation d'aliments simples comme le maïs grillé, des fritures ou des jus, vendus devant la porte de la maison, la vente de savon traditionnel, ou le commerce au détail de charbon ou de gravier, qu'elles se procurent dans les carrières. Des femmes mentionnent aussi les activités de coiffeuse, restauratrice ou apprentie couturière, avec des emplois qui ne sont jamais durables, les femmes dans la plupart des cas démunies ayant essayé successivement plusieurs types d'activités au cours de leur existence (Servais-Walenda, 2018).

DES « GÉNÉRATIONS » AUX ATTENTES DIFFÉRENTES

L'analyse des entretiens centrée sur le thème des perceptions des femmes à propos de la guérison et de leur état de santé au moment de l'entretien a fait apparaître une répartition des points de vue entre deux pôles, qui correspondent également à deux profils d'expérience de la vie avec le VIH. Ces pôles rassemblent, d'une part, des femmes qui ont une histoire de longue durée avec le VIH, souvent plus âgées que la moyenne du groupe, réservées dans leurs avis sur la guérison et leurs attentes ; d'autre part, des femmes qui ont appris leur statut VIH plus récemment, ne sont jamais entrées en phase de maladie et ont confiance dans la possibilité de guérir. Ces deux groupes se différencient d'abord par la temporalité, le terme « génération » semble le plus approprié pour les qualifier, à condition de le définir non pas sur la base de l'âge des femmes mais sur l'ancienneté de leur expérience individuelle de vie avec le VIH, qui correspond de manière plus ou moins lâche à la chronologie de la dynamique collective du traitement.

L'ancienne génération, des attentes limitées

Cette catégorie rassemble des femmes qui ont été dépistées dans les années 1990 ou au début des années 2000 et ont vécu la période sans espoir où apparaissaient les infections opportunistes, en l'absence de traitement ARV. Il s'agit de mères luttant contre le VIH depuis plusieurs années et ayant connu toutes les difficultés liées à un traitement à long terme, tant sur leur corps et sur la santé de leurs enfants que sur leur foyer et leurs relations sociales. Ces

femmes ont établi un équilibre dans leur rapport à leur parcours de vie, à leur traitement et à leur entourage, grâce aux antirétroviraux qu'elles considèrent toujours indispensables. Toutefois, la stigmatisation oblige aujourd'hui la plupart d'entre elles à se cacher pour prendre les ARV, pour les donner à leurs nourrissons à titre préventif et à leurs enfants contaminés à titre curatif. Les cas de Safiatou et Angèle sont illustratifs des expériences et perceptions de ces femmes.

Safiatou, une malade chronique luttant pour retrouver la santé

Le parcours de Safiatou fait d'elle un témoin précieux pour mettre en perspective ces années de lutte et d'acquis socio-médicaux dans le domaine du VIH/sida.

Safiatou est une femme mariée de 41 ans, mère de cinq enfants qui, sporadiquement, fait du petit commerce de légumes, activité qu'elle a montée grâce à un programme d'activités génératrices de revenus mis en place par une association de soutien aux Personnes vivant avec le VIH (PvVIH). Elle est menue, avec un regard très vif. Nous l'avons rencontrée deux fois chez elle, dans un quartier non loti, sans eau ni électricité. Dans les années 1990, elle a été diagnostiquée séropositive par le projet DITRAME en Côte d'Ivoire⁹, où l'équipe l'avait informée que « son sang n'était pas bon ». Mais, comme elle n'était pas souffrante, elle dit ne pas avoir vraiment intégré cette information et en quelque sorte être entrée dans une forme de déni de la maladie. Elle se rappelle que, dans cette première phase, elle n'est pas mise sous ARV et a pratiqué l'allaitement maternel. Ses deux enfants pris en charge par le projet DITRAME sont séronégatifs, tandis que pour la grossesse suivante, alors que le projet était terminé, Safiatou a donné naissance à une fille séropositive, qui a 16 ans aujourd'hui et qui est sous ARV. Elle redécouvre son statut au Burkina, en 2005, à la suite d'une série de maladies et d'hospitalisations et du décès d'un autre bébé. Elle est enfin mise sous traitement antirétroviral. Ensuite, après des hésitations, elle se remarie et a deux autres enfants séronégatifs qui ont été suivis en Prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME).

Dix ans après sa mise sous traitement, les bénéfices de ce dernier sont tels que Safiatou reconnaît que l'introduction des ARV a radicalement changé la donne, ramenant la maladie auparavant mortelle au rang d'une maladie chronique. Elle souligne le bénéfice du traitement continu et régulier : « Si tu suis bien ton traitement, tu vas retrouver

⁹ L'étude DITRAME (Diminution de la transmission mère-enfant du VIH, ANRS 049), menée sur les sites d'Abidjan et Bobo-Dioulasso, a participé à la validation d'une stratégie de prévention qui a été utilisée au plan international pendant plusieurs années.

la santé. C'était avant que les gens mouraient de ça. Actuellement avec les produits, il n'y a plus de ces problèmes. »

Safiatou a su adapter sa vie à la maladie et a réussi à ne pas se faire « écraser » par celle-ci. Grâce à l'essai clinique dont elle a pu profiter, aux conseils et à l'aide qu'elle a reçus des associations de soutien aux PvVIH et de l'Église protestante¹⁰, elle a retrouvé un bon état de santé qui lui permet de travailler. Au cours du dernier entretien que nous avons eu avec elle, Safiatou a très clairement exposé ses perceptions du traitement ARV qu'elle juge incontournable, mais en aucune manière capable de la guérir définitivement :

Depuis la Côte d'Ivoire, le jour où j'ai découvert que mon statut était positif, pour moi c'était fini comme ça. Je ne savais pas qu'il y aurait un traitement pour ça. Actuellement, je ne pense pas que je serai guérie, mais qu'il y aura une amélioration...

Son vécu ne la conduit pas à envisager une guérison, mais elle garde espoir qu'un perfectionnement du traitement ARV puisse assurer la santé des personnes atteintes :

À l'hôpital de jour¹¹, certaines femmes disent qu'elles ont appris que d'ici 2020, il y aura le médicament qui pourra finir ça totalement. D'autres, aussi, disent que ça ne va pas finir totalement. Mais nous ne savons pas qu'est-ce qui est vrai. Je pense que ça ne finit pas totalement : c'est la manière dont nous prenons les ARV qui va changer. Si ton rendez-vous arrive, tu pars là-bas régulièrement et on te vaccine. Au début, les gens avaient peur et maintenant ils ont la conscience plus ou moins tranquille à propos des ARV. Les gens pensent que les ARV sont efficaces, je cherche la santé.

Angèle, une militante contre la maladie

Angèle est une « veuve du sida ». Aujourd'hui elle est médiatrice pour une association de soutien aux PvVIH. Elle anime, dans les centres de santé et de promotion sociale, les séances de counseling en PTME chez les femmes enceintes, les prépare au test et gère les annonces du statut VIH dans les cas où le résultat du test s'avère positif.

Son parcours commence en 2000, lorsqu'elle fait le test du VIH avec son époux, à cause des fréquentes maladies de celui-ci et de l'aîné de ses deux enfants. Elle apprend la séropositivité de son mari et, pour

¹⁰ Les Églises sont de plus en plus présentes dans les foyers démunis de la ville où, toutes religions confondues, elles apportent une aide alimentaire et un appui pour la scolarisation des enfants (Fancello, 2007).

¹¹ Cette structure urbaine dépend du département de médecine du Centre hospitalier universitaire Sanou Souro.

ce qui est de son dépistage, raconte ne pas avoir voulu ouvrir l'enveloppe pour regarder son résultat. Ils entrent dans un déni de la maladie qui conduit son mari, de plus en plus en plus atteint, à se réfugier dans son village natal pour se soigner uniquement par la médecine traditionnelle. C'est en l'espace de peu de temps que son premier enfant et son mari meurent. Angèle n'a pas de symptômes, se porte bien et décide de déménager à Bobo chez sa famille et entreprend un petit commerce de légumes, mais, parfois, elle se retrouve à mendier pour pouvoir acheter la nourriture pour elle et son enfant. Ensuite, cet enfant né en 2002 commence, lui aussi, à être sérieusement malade. Elle a recours à une association de soutien aux PvVIH, qui vient d'ouvrir ses portes en 2003, l'AED (Association espoir pour demain, dont la vocation est de s'occuper des mères et des nourrissons exposés et infectés). Elle peut s'y procurer le lait et la farine, elle trouve aussi un peu de soulagement psychologique à ses douleurs dans l'échange avec d'autres femmes qui vivent dans la même situation qu'elle. Ainsi, peu à peu, Angèle commence à participer de sa propre initiative aux activités de soutien de l'association. Entre temps, après de nombreuses hospitalisations, son enfant est soumis au test VIH : il est séropositif. Le personnel de l'hôpital propose à Angèle de faire le test à son tour, mais elle commence par refuser. Ce n'est qu'en 2004 et après plusieurs maladies et une hospitalisation qu'elle apprend sa séropositivité et qu'elle est mise sous traitement. Le jour même, elle regroupe toute sa famille pour lui annoncer sa maladie : « J'avais tellement traversé de difficultés, que l'annonce de mes propres résultats ne m'a rien fait, car j'étais déjà préparée, mon enfant était infecté, mon mari était décédé après avoir souffert, moi-même j'étais tombée gravement malade. Comme j'avais déjà perdu l'espoir, à l'annonce de mes résultats, je savais ce que c'était le VIH, de quoi il s'agissait. Pour moi, je n'ai pas pleuré, j'étais plutôt joyeuse et contente. Même si j'allais mourir, je savais de quoi je serais morte. »

Angèle vit aujourd'hui avec son deuxième époux et ses cinq enfants, dont un séropositif (l'enfant de son premier conjoint). Très engagée dans la lutte contre le VIH et l'aide aux PvVIH, elle nous a décrit l'impact psychologique de son travail de médiatrice : « Au début, c'était très difficile psychologiquement, je voyais tellement de choses que je n'arrivais même pas à manger, même si je mourais de faim. » Elle ne s'est néanmoins pas découragée et affirme : « Ce combat, je vais le continuer jusqu'au dernier jour de ma vie. »

Angèle a su se créer une activité à partir d'une situation dramatique. Son travail au sein d'une association de soutien aux PvVIH, son expérience de terrain, les nombreuses formations qu'elle a suivies sur le VIH, l'ont portée à penser que les conditions des PvVIH pourraient être améliorées par l'introduction d'un vaccin ou d'un traitement ARV plus efficace. Tout comme Safiatou, Angèle ne se fait pas d'illusions sur la possibilité qu'elle guérisse, mais

ses attentes sont tournées vers l'avenir des plus jeunes et la recherche d'un bon état de santé grâce au traitement, pour elle et pour les autres.

La nouvelle génération, en attente de progrès médicaux

Le deuxième groupe de mères séropositives de l'étude comprend des femmes dépistées au cours des cinq dernières années. Ces femmes ont pu profiter d'un traitement ARV amélioré dont les effets secondaires sont rarement sévères grâce aux progrès biomédicaux. Elles ont mis au monde des enfants non infectés et n'ont pas connu de difficultés majeures d'ordre social, ce qui leur permet d'être plutôt confiantes et optimistes.

Axelle, une femme en bonne santé et confiante

Axelle est une jeune mère de 31 ans, en bonne santé, qui n'a jamais été malade et dont l'enfant est séronégatif. Elle travaille comme dolotière¹² dans un cabaret, et vit seule alors que son enfant de six ans vit chez une tante dans une autre ville du Burkina. Axelle a réussi à se rendre indépendante : elle a quitté son foyer quand son mari a commencé à la battre. Elle a découvert sa sérologie lors de sa dernière grossesse et elle a été mise sous ARV en 2011. N'ayant connu ni effet secondaire ni difficulté de prise, Axelle dit que le traitement n'a rien changé à sa vie. Néanmoins, elle ajoute qu'elle n'a pas pu partager son statut avec son ex-mari parce que celui-ci refusait de parler de la maladie. Axelle dit ne pas craindre la stigmatisation et raconte que discuter avec les autres patients la soulage : « Une fois arrivés à l'hôpital là-bas, on oublie la maladie même ! On échange en tout cas, on est à l'aise là-bas. »

Avant de découvrir sa sérologie, en 2011, Axelle n'avait aucune expérience personnelle du VIH et n'avait pas connaissance de l'existence d'un traitement : « Avant d'être dépistée, je ne savais pas qu'il y avait les médicaments. C'est le jour même où j'ai découvert ma séropositivité que j'ai su qu'il y avait les ARV. [...] Je ne pensais pas que je pouvais avoir le médicament qui va me donner la santé. » Aujourd'hui, elle n'hésite pas à mettre en avant l'utilité du traitement ARV, qu'elle perçoit comme nécessaire et efficace afin de contrôler l'infection et se sentir en bonne santé. Elle reconnaît également que la réussite du traitement repose en majeure partie sur le respect des prises des antirétroviraux : « Si tu prends les médicaments, ça diminue sa force ; si tu laisses les médicaments, [...] ça se réveille [...]. Ce qu'on voit, il faut suivre le traitement normal. »

¹² Elle produit et vend du dolo, une bière de mil artisanale. Le lieu de vente et consommation est appelé « cabaret ».

C'est donc avec confiance et optimisme qu'Axelle accepte la contrainte du traitement et affiche de l'espoir quant aux possibilités de guérison par la mise au point rapide d'un traitement curatif sous forme injectable. Selon elle, ces injections devraient être uniques comme pour certains vaccins pour les enfants, ou répétées une fois par an :

Je pense qu'un jour, en tout cas, il y aura la guérison totale. [...] Les gens parlent de guérison. On nous parle souvent même qu'il y aura des injections pour ça. Nous, on pense qu'un jour il y aura la guérison totale.

Selon Axelle, ces nouvelles thérapies curatives permettront la disparition totale du VIH dans le corps, donc la guérison complète des patients, même atteints de sida.

Maïmouna, la guérison comme libération

Maïmouna est une femme de 44 ans, aujourd'hui indépendante économiquement et commerçante en gros. Elle a eu dix grossesses dont deux fausses couches. Suite à un mariage qu'elle juge raté, elle est restée veuve de son deuxième époux et ne souhaitait plus se remarier, mais sa religion et sa famille l'ont obligée à se lier à un homme âgé qui vit en Côte d'Ivoire, dont elle est la quatrième épouse. Lors de son troisième mariage, Maïmouna ne voulait plus d'enfants, mais ceci étant mal vu de son entourage, elle a été de nouveau enceinte. Quand elle est allée en consultation prénatale, on lui a dit de faire le test mais elle a refusé puisqu'elle était sûre de ne pas être atteinte, ayant déjà fait les tests lors de ses grossesses précédentes. Elle a finalement été dépistée positive en 2012. Au début très découragée, elle a bien écouté les conseils des agents de santé et elle constate aujourd'hui les bienfaits du traitement : « Je ne peux pas dire que ce n'est pas bien parce que beaucoup de gens sont décédés parce qu'ils n'avaient pas de prise en charge. Nous qui avons eu la chance d'avoir eu les médicaments, voilà que nous sommes sur pied. »

N'étant jamais tombée gravement malade et ayant trouvé un traitement ARV qui ne comporte pas d'effets secondaires sérieux, sauf en début de traitement, le grand souci de Maïmouna est lié aux craintes d'oubli des prises et surtout de stigmatisation. Au vu des difficultés pratiques de l'observance et afin de conjurer tout risque de stigmatisation, elle espère que d'importants progrès médicaux puissent intervenir dans les plus brefs délais afin d'améliorer les conditions de vie des PvVIH. Elle mentionne des formes injectables d'ARV, même si l'injection devait être répétée tous les trois ou six mois. « Je prie Dieu jour et nuit pour qu'ils viennent dire un jour qu'ils ont eu le médicament de la maladie. Ça fini, nous fêtons et nous redevenons les mêmes qu'avant, quand j'étais contente, même si je travaillais jusqu'à me fatiguer, je venais me laver, me maquiller bien et sortir avec mes chaussures à talons. » Au-delà de cette image du bonheur, le souhait

de Maïmouna est que l'on puisse éradiquer définitivement la maladie afin « d'éviter l'extermination de la race humaine », quitte à devoir la remplacer par une maladie moins discriminante, à savoir l'hypertension, le paludisme, le diabète ou même le cancer. Elle a d'ailleurs entendu dire qu'un traitement définitif du VIH est déjà disponible au Nord et en Côte d'Ivoire au prix de cinq millions de francs CFA ¹³. Elle espère que ce traitement ne restera pas réservé aux plus nantis, et que l'accès sera également garanti aux malades les plus modestes.

L'espoir de guérison, que Maïmouna perçoit comme une possibilité concrète, ne se focalise pas sur le retour à la santé — dont elle bénéficie déjà — mais avance plutôt la libération de toute forme de discrimination que le sida entraîne dans son sillage.

En conclusion, les attentes des femmes des deux générations sont similaires en ce qu'elles souhaitent l'amélioration des formes galéniques du traitement antirétroviral, notamment l'accès à une forme injectable à longue durée. Mais elles ont une portée différente : pour les femmes de « l'ancienne génération », ce traitement devra être poursuivi à vie comme les traitements actuels, alors que celles de la « nouvelle génération » espèrent avoir accès à un traitement définitif qui éradique le virus. Ces différences de perceptions sont liées à l'expérience du traitement ARV qui a évolué pendant les deux dernières décennies. Au cours des années 2000, alors que les médicaments étaient contraignants, difficiles à prendre et accompagnés d'effets indésirables gênants, les professionnels de santé soucieux d'assurer une bonne observance insistaient sur l'incapacité des ARV à éradiquer le virus. Ceci ne réduisait pas la valeur accordée au traitement par des femmes souvent très éprouvées par la maladie qui leur avait fait perdre un conjoint ou des enfants. Les traitements étaient alors difficiles à adapter aux personnes du fait de leurs effets secondaires et peu accessibles à cause notamment des ruptures d'approvisionnement. La difficulté d'obtention d'un traitement équilibré par chaque femme, et la valeur qu'elle lui accorde en ayant connu la période où le traitement n'était pas accessible pour tous, pourraient expliquer que les femmes de « l'ancienne génération » se « contentent » d'un traitement qui leur permet de garder un « bon état de santé ». Au cours des années 2010, les femmes de la « nouvelle génération » n'ont pas été autant éprouvées par la maladie, et ont eu moins de difficultés à accéder à des traitements plus faciles à gérer. Ayant bénéficié d'importants progrès thérapeutiques, elles semblent pouvoir davantage que les autres imaginer des améliorations, jusqu'à la guérison.

¹³ Soit 7 500 euros.

AUJOURD'HUI : LA DISTINCTION ENTRE BONNE SANTÉ ET GUÉRISON

Pour comprendre les attentes des femmes, il faut préciser comment elles se représentent la guérison et la différencient de leur état de santé au moment de l'enquête, qu'elles décrivent comme une « bonne santé sous traitement ARV ». Pour cela, il faut préciser les catégories émiques auxquelles elles se réfèrent quand elles pensent les effets du virus dans leur corps et l'action combinée des ARV et du virus ¹⁴.

Dans le lexique employé en dioula pour parler de guérison en général, les termes plus répandus sont *kènèya* (qui signifie la bonne santé et l'état de guéri) et *nògòya* (qui signifie littéralement « l'élimination des impuretés sources de la maladie », soit le processus de cure). Le terme *nògòya fura* désigne les traitements. Pour le sida, *sida nògòya fura*, soit littéralement « le médicament qui améliore » (Bailleul, 1981), véhicule l'idée que le médicament soigne sans guérir totalement.

Les femmes rencontrées expriment des représentations du virus qui, tout en s'appuyant sur les termes *nògò* (impureté, saleté) ou *banakisè* (grain de maladie, terme générique pour désigner l'agent matériel de plusieurs maladies), le considèrent spécifiquement dans le cas du VIH comme : 1) un organisme vivant assimilé à un animal rentré dans le corps de la personne, avec une autonomie et des réactions propres ; 2) des grains de sable ou des boules basés dans le crâne et dans les cheveux se diffusant dans l'ensemble du corps par des tremblements perceptibles ; 3) un micro-organisme présent ou caché dans le sang et/ou les articulations d'où il se diffuse.

Une femme décrit assez bien ce que beaucoup d'autres expriment par bribes :

Le virus se trouve dans le sang, c'est comme un être vivant, il marche et il se retourne, il marche, dans le sens où il peut sortir de chez quelqu'un et entrer dans une autre personne, c'est comme quelque chose qui respire. Souvent aussi ça y est dans la tête, ça y est dans le cœur.

Le VIH n'est pas perçu comme immobile mais il se déplacerait dans tout le corps, en jouant non seulement sur la santé mais aussi sur l'humeur, et empêchant le déroulement des activités quotidiennes normales, notamment le travail et les soins aux enfants.

¹⁴ Pour penser le corps et la maladie, nous renvoyons aux travaux, désormais des classiques de la discipline, menés au Burkina Faso (Bonnet, 1988 ; Cros, 2000 ; Dacher, 1992 ; Fainzang, 1986 ; Héritier, 2003).

Tu t'énerves vite, même si quelqu'un te dit bonjour, bon arrivé là tu es fâchée. Et puis tu te fatigues, ton cœur tremble, on dirait il a un combat, il bat plus fort encore. C'est quand tu as duré dans le VIH et que tu prends les ARV que tu dis ça.

Quelques-unes des femmes rencontrées comparent le virus à un étranger ou à une plaie venue pour détruire leur foyer et « gâter » leur vie : il serait doté d'une intention maléfique.

Il est comme les petits cailloux et pour arrêter il faut bien prendre les ARV, pour qu'il se couche, pour ne plus bouger.

Un autre aspect récurrent dans les discours des femmes est l'effet des ARV sur le virus. Ceux-ci déclencherait un véritable combat, parvenant à endormir le virus dans « des coins » du corps, ce qui aurait pour effet de calmer la maladie, de diminuer la « virilité » du virus, et par là de restaurer la santé. Les CD4 sont également comparés à des organismes vivants et ils sont souvent décrits comme des chevaux ou des soldats qui luttent à l'intérieur du corps, une métaphore souvent utilisée en éducation sanitaire :

[Ce sont] les militaires de notre corps, des trucs vivants dans le corps, avec tous les membres qui ressemblent aux animaux [...], il y a deux sortes de CD4 : les bons qui défendent le corps et les mauvais qui ressemblent aux wocloni¹⁵.

Les ARV et le virus s'affronteraient, donc, dans un véritable conflit, qui est toujours gagné par les premiers : toutes les femmes reconnaissent l'efficacité des ARV qui leur ont permis de retrouver la santé contre les petites maladies et de mettre au monde des enfants séronégatifs. En atteste l'effet qu'une femme déclare ressentir physiquement si elle oublie de prendre ses médicaments :

Quand j'oublie de prendre les ARV pendant quelques jours, mon corps commence à trembler. C'est le virus qui passe et tu te sens comme une personne sans os [sans force].

En général, les femmes reprennent à leur compte la notion de lutte sans fin entre ARV et VIH car elles expriment le fait que les médicaments, bien qu'ils puissent endormir la maladie, ne sont pas en mesure de gagner sur le virus et de l'éradiquer. À ce propos, une médiatrice d'association nous a dit que, lors des causeries, on dit aux mères qu'elles doivent « comprendre aussi que le traitement ne guérit pas la maladie, c'est vrai que tu retrouves la santé, mais le virus demeure toujours dans ton corps, il ne meurt pas ».

¹⁵ Génies de brousse en langue dioula. Au sujet des génies de brousse, on renvoie aux travaux récents de Dugast (2015) chez les Bwaba, une population proche géographiquement et culturellement des Bobo. Voir aussi les travaux de Bonnet (1981) et de Le Moal (1986).

Ainsi les représentations des femmes révèlent un mélange de connaissances acquises dans le milieu traditionnel auprès des guérisseurs et tradipraticiens, par la fréquentation des consultations prénatales et postnatales, des causeries collectives d'éducation pour la santé et des séances individuelles de *counseling* sur la PTME et l'observance aux ARV. L'état de bonne santé serait obtenu par la victoire du traitement sur le virus, dans un combat permanent, qui permet de l'endormir ou de le reléguer dans des parties du corps où il ne peut pas avoir d'effet. La distinction entre une bonne santé avec le traitement et la guérison serait déterminée par l'éradication du virus, au niveau physiopathologique individuel comme au niveau collectif de l'épidémie.

Les récits des femmes font état de représentations profanes de l'atteinte corporelle et de la guérison très influencées par l'information délivrée par les agents de santé. Ces représentations pourraient être assez spécifiques des personnes vivant avec le VIH et peu partagées par l'ensemble de la population (Henderson, 2004). Ainsi Mami, une jeune mère de trois enfants qui vit dans la cour familiale, rapporte les propos de sa famille :

Toutes mes petites sœurs là même, si tu t'assois à côté d'elles, si elles parlent de la maladie là, tu vas te lever. Si tu ne te lèves pas, tes larmes vont couler. Elles négligent les gens : que si la maladie là t'attrape, tu ne peux pas vivre, tu vas mourir ; qu'il y a des médicaments pour ça mais ce n'est pas une raison. Que si quelqu'un a cette maladie-là, que c'est fini, que la personne ne va pas vivre.

Cette famille exprime des représentations qui condamnent les personnes atteintes, selon un discours assez répandu à Bobo-Dioulasso : bien que protégées par les ARV, elles ne seraient pas destinées à avoir une longue vie¹⁶.

DEMAIN : L'ATTENTE DU « VACCIN »

Dans les deux groupes que nous avons identifiés, les attentes d'une solution médicamenteuse pour obtenir la guérison dominent les propos.

Le « vaccin » : un traitement injectable ?

Les espoirs de guérison des mères sont exprimés le plus souvent en termes d'injection ou de vaccin, *bolo ci* : terme littéral descriptif de l'acte (*bolo* : bras ; *ci* : incisé, scarifié). La fréquente évocation de la recherche sur le vaccin par les

¹⁶ Des études auprès de la population générale concernant les représentations des effets des traitements antirétroviraux en termes d'amélioration de la santé et de guérison des PvVIH restent à mener au Burkina Faso, et plus largement en Afrique de l'Ouest.

médias internationaux, régulièrement reprise par les médias locaux, explique probablement ces représentations, favorisées par la popularité des vaccins comme stratégie sanitaire depuis une cinquantaine d'années en Afrique. L'imaginaire du « vaccin » semble véhiculer les notions d'injection (unique ou multiples) et d'éradication ou de prévention, opposé à d'autres formes de traitements qui, comme les antirétroviraux, « contrôlent » l'agent pathogène sans l'éliminer. Ainsi, le contenu sémantique paraît assez flou, associant des notions référant à la fois au mode d'application et au produit.

Maïmouna a entendu parler de possible guérison en Côte d'Ivoire, chez la mère d'une copine :

Ce sont les agents de santé qui ont dit à la femme que c'est fini. Ils ont enlevé le sang et ont dit qu'il n'y a plus le virus. Donc, on est contents. Sinon, j'ai entendu dire qu'il y a le vaccin à Toubaboudougou [en dioula « au pays des Blancs »]... En tout cas mon souhait actuellement c'est qu'on puisse enfin trouver le médicament pour guérir sinon ce n'est pas facile pour nous, on se voit en train de mourir... C'est difficile...

Ces perceptions pourraient provenir d'une confusion avec la notion de *charge virale indétectable*, favorisée par les modes de communication dans les services de soins. Lorsqu'elles reçoivent les résultats de leur PCR ¹⁷, les femmes s'entendent adresser par les agents de santé des phrases comme « ton sang va bien » ou « tu vas bien maintenant ».

Salimata, 45 ans, mère de quatre enfants, a également entendu dire qu'à Abidjan il y aura bientôt un vaccin :

J'ai entendu qu'ils vont faire sortir un vaccin, que ça va commencer par les enfants d'abord avant d'atteindre les grandes personnes. On prend les comprimés pendant trois mois. S'ils font les piqûres à chaque trois mois, c'est bien.

Sous le terme « vaccin », certains propos signifient que l'injection éradiquera le virus, alors que d'autres évoquent une forme galénique injectable du traitement antirétroviral. Un traitement injectable est évoqué par presque toutes les mères, qui le perçoivent comme une solution pratique à toute une série de difficultés liées à l'observance quotidienne d'un traitement à long terme, qu'elles le confondent ou pas avec la notion de « vaccin ». Les femmes, surtout celles qui sont sous traitement depuis longtemps, se disent en effet découragées

¹⁷ Pour *polymerase chain reaction*, examen qui mesure la charge virale (sanguine).

et fatiguées par les contraintes auxquelles elles doivent faire face jour après jour, que la forme injectable permettrait d'éviter¹⁸.

Alors que les formes orales doivent être administrées après un repas, les femmes les plus démunies ont de plus en plus de difficultés à s'assurer un repas par jour et sont obligées de prendre le traitement à jeun ou de demander aux voisins de leur donner un peu de nourriture, dans un contexte où prévaut la « faim urbaine » (Héron, 2016). Des femmes doivent se cacher pour prendre les ARV, notamment si la famille ou le partenaire n'est pas au courant de leur sérologie. Quand les femmes doivent quitter leur maison pendant quelques jours, sortir avec les pilules dans leur sac risque de compromettre leur secret. D'autre part, les prises sont souvent fastidieuses : plusieurs femmes décrivent les antirétroviraux comme des cailloux douloureux à avaler, une contrainte qu'il n'est pas possible de contourner en les écrasant à cause du goût très désagréable des produits qui rend leur ingestion encore plus difficile. Ces diverses contraintes expliquent que les mères attendent avec grand espoir et impatience l'arrivée d'une nouvelle génération d'antirétroviraux injectables, ce qui selon elles réglerait les difficultés d'observance.

Les attentes sont cependant modulées par des représentations de la disponibilité du « vaccin ». Pour certaines femmes, il existerait déjà dans les pays développés et pour les élites africaines, mais son accessibilité pour les Africains modestes ne serait pas garantie. Cette perception n'est pas limitée à la forme injectable mais concerne aussi les antirétroviraux en général. De plus, l'absence de disponibilité pour les Africains pourrait être intentionnelle ; pire encore, plusieurs discours circulent à propos de l'envoi en Afrique d'ARV « de série B » avec l'objectif de ne pas vraiment soigner les personnes atteintes, ou même celui de les empoisonner. Les ARV distribués au Burkina Faso ne seraient pas aussi efficaces que ceux utilisés en Occident. Awa, médiatrice dans une association de soutien aux PvVIH, 46 ans, nous a expliqué ces représentations que les mères, plus réservées, n'avaient pas évoquées.

D'autres encore pensent que des médicaments qui redonnent la santé existent déjà mais sont disponibles uniquement en Occident ; pour d'autres encore, l'épidémie de VIH est un moyen avec lequel les Blancs essaient de tuer tous les Noirs.

Elle rapporte avoir aussi entendu dire par d'autres personnes qu'un vaccin serait déjà disponible mais que « les Blancs ne veulent pas l'envoyer en Afrique ».

¹⁸ À ce sujet, il est intéressant de souligner l'étude conduite au Togo en 2014, sur l'acceptabilité du vaccin contre le VIH/sida (Kpanake *et al.*, 2018).

Ces rumeurs semblent entretenues par des notions que certains, surtout les jeunes, cherchent et partagent sur internet et diffusent en société (Schwärzler, 2013). Elles peuvent être imprégnées de théories complotistes, que l'on retrouve très largement dans les propos des jeunes, au Burkina comme ailleurs en Afrique de l'Ouest (Dozon, 2017). Sylvie, une médiatrice d'association de PvVIH, nous a rapporté que certains patients séropositifs lui posent des questions sur le thème de la guérison, surtout ceux qui surfent sur internet. Les médiatrices doivent corriger les notions erronées, comme celles que, selon elle, certains hommes utilisent comme excuse pour laisser tomber leur traitement ou pour avoir des rapports non protégés. Pour Sylvie, la rapidité avec laquelle ces idées circulent et leur popularité auprès des jeunes notamment sont dangereuses :

Il y a des gens qui aiment aller sur le net pour lire et puis venir vous poser des questions. Souvent il y en a d'autres qui peuvent venir vous dire qu'on dit que si tu prends les ARV au bout de six mois tu ne peux plus contaminer. Il faut rectifier ! C'est vrai le risque de contamination est minime [pour ceux qui sont observants au traitement] mais il n'y a pas de risque zéro. Donc beaucoup d'hommes prennent ça comme argent comptant pour avoir des rapports sexuels non protégés avec leur partenaire.

Néanmoins les notions qu'elle cite ne semblent pas être exactement, comme elle le dit, des « fausses informations » ni des rumeurs, mais plutôt des « vérités contextuelles », exactes là où elles ont été émises mais partielles ou inexactes dans le contexte africain où elles sont lues et diffusées.

Des attentes inégales envers d'autres recours

Les entretiens sur leurs connaissances à propos de la maladie montrent chez presque toutes les femmes un savoir profane composite. Bien qu'elles conçoivent leurs troubles selon des représentations populaires traditionnelles, elles rapportent se tourner d'autant plus souvent vers la médecine moderne qu'elles observent les résultats positifs du traitement. Les informations qu'elles reçoivent alors, lors des séances de *counseling*, pendant les causeries éducatives et dans les associations de soutien aux PvVIH, semblent prendre une place importante, à côté des messages de sensibilisation véhiculés notamment par les médias, lors des campagnes de dépistage volontaire et dans les échanges « en société » sur le VIH.

Un aspect significatif est la confiance dans le traitement ARV, commune à toutes les femmes, de l'« ancienne génération » aussi bien que de la « nouvelle ». Bien qu'un grand nombre des mères aient déclaré recourir aux remèdes traditionnels et utiliser des tisanes pour les soins aux enfants, leur confiance en ceux-ci paraît plus faible que par le passé pour ce qui concerne le traitement du VIH, l'impact positif des ARV ayant fait son chemin dans les

représentations sociales. Leur propre expérience personnelle, à laquelle s'ajoute l'observation des cas de personnes qui sont décédées sans traitement, ou de celles qui étaient presque en fin de vie quand elles ont regagné un bon état de santé en suivant les conseils des agents de santé, ont infléchi les perceptions des mères, comme Safiatou :

Les gens disent que les médicaments traditionnels finissent ça totalement. Mon mari a dit qu'il va chercher des médicaments traditionnels pour nous traiter moi et l'enfant [séropositif], mais j'ai dit que je ne veux pas. Les hommes croient beaucoup aux médicaments indigénats parce qu'ils pensent que ça soigne et ça guérit totalement et que les médicaments modernes [ARV] calment seulement. Que les Blancs sont en train de nous flatter [tromper]. Pour moi, le moderne vaut mieux que le traditionnel car j'ai vu que je ne suis plus comme avant. Donc j'ai confiance en ça. Je sais que, tôt ou tard, on trouvera un remède pour ça.

À l'inverse, il semblerait que la médecine traditionnelle ait conservé une certaine crédibilité chez les hommes, qui recourent toujours aux guérisseurs et aux tradipraticiens, ce qui pourrait être imputable au moins en partie à leur moindre exposition aux messages sanitaires du fait de leur moindre fréquentation des services de santé. Si la médecine traditionnelle convainc moins les femmes, quelques-unes évoquent la possibilité de guérisons miraculeuses, à travers les prières charismatiques pratiquées par les protestants ou le pèlerinage à La Mecque et la prise d'eau bénite, sans pour autant exprimer de confiance dans ces recours qui semblent marginaux, même s'ils peuvent avoir un impact sur l'observance des antirétroviraux.

CONCLUSIONS

Les attentes et perceptions de la guérison des femmes vivant avec le VIH ont évolué au cours des années, grâce aux actions de sensibilisation et aux progrès médicaux obtenus notamment par le perfectionnement progressif des traitements antirétroviraux.

Les mères vivant avec le VIH rencontrées en 2013 et en 2016 sont plus ou moins optimistes à propos de leur « guérison », selon l'ancienneté de leur diagnostic, leur niveau de connaissance de la maladie, l'impact que celle-ci a eu sur leurs corps et sur leurs relations sociales. Celles qui ont une expérience ancienne des ARV et ont connu l'épidémie dans ses aspects les plus dramatiques, comme Safiatou et Angèle, ont intégré la notion que ces traitements sont incontournables, et comptent essentiellement sur leur amélioration qui facilitera les prises grâce à la forme injectable, pour elles-mêmes et pour leurs enfants. Les femmes de la « nouvelle génération », illustrées par les cas d'Axelle et de Maïmouna, diagnostiquées récemment et qui

ont pu bénéficier d'un traitement sans aucun effet secondaire sévère, considèrent comme possible l'introduction d'un vaccin ou d'un traitement curatif en mesure d'éradiquer définitivement le VIH.

Un aspect fondamental pour comprendre les perceptions est le contexte sociopolitique national, voire international, de la lutte contre le sida dans lequel elles s'inscrivent. Lors de notre deuxième visite, en 2016, nous avons constaté comment, depuis 2013, la situation des personnes vivant avec le VIH s'était rapidement dégradée. La fin de « l'exceptionnalité de l'épidémie de VIH » et la crise économique mondiale ont imposé le paiement de certains examens biologiques fondamentaux, tels que la mesure de la charge virale et du nombre des CD4, dont le coût n'est pas à la portée de la plupart des femmes et des hommes qui fréquentent les dispensaires et les structures de santé.

Les associations de lutte contre le VIH ont vu chuter leurs budgets et les activités de soutien aux mères séropositives et à leurs enfants ont ainsi été supprimées ou drastiquement réduites. Comme dans d'autres pays africains, les « enclaves de compassion » des soignants (Diarra & Moumouni, 2008 ; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) se réduisent et les aspects concernant l'ajustement de la vie courante à la maladie ne sont plus considérés par le système de soins (Mattes, 2014). Le précieux travail d'information et de soutien réalisé par les médiatrices est mis en danger par la réduction des montants des salaires et le manque de reconnaissance au sein de la santé publique. Enfin, l'état d'incertitude dans lequel le Burkina Faso a été plongé par les attentats terroristes et les bouleversements politiques de 2017 a renforcé les craintes à propos de l'avenir. Dans ces conditions, où les acquis des 25 dernières années concernant la lutte contre le sida semblent fragiles, alors que les services socio-médicaux pour les PvVIH sont en régression, les attentes sont orientées par l'imaginaire de l'injection qui amène le produit directement là où il pourra détruire le virus, et apparaît comme une *magic bullet*, à savoir le médicament qui règle instantanément des difficultés d'ordre non seulement médical mais aussi social, économique et politique (Desclaux & Egrot, 2015).

Au moment de l'écriture de ce chapitre (deux ans après le recueil des données les plus récentes), deux molécules (le cabotégravir et la rilpivirine) testées sous des formes galéniques à action prolongée (injections toutes les quatre ou huit semaines) ont montré leur efficacité. À ce stade, les perspectives de recherches complémentaires concernent essentiellement la prophylaxie pré-exposition au Nord (McPherson *et al.*, 2018). Les attentes des mères laissent penser que des essais thérapeutiques d'ARV sous forme injectable retard, qui leur permettraient d'éviter le stigmatisme et faciliteraient l'observance pour elles et pour leurs enfants, devraient être considérés comme prioritaires dans la définition des perspectives de recherches thérapeutiques au Sud.

REMERCIEMENTS

Je remercie l'Association espoir pour demain (AED), le service de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire Sourou Sanou (CHUSS), les Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) des secteurs 24 et 15 qui m'ont accueillie dans leurs locaux pour rencontrer les mères. L'étude a été financée par l'ANRS (projet ANRS 12271 : L'enfant protégé par les ARV, études ethnographiques comparées). Merci à Rokia Barraud, Bernadette Thiao et Koroba Koita pour leur aide pour les traductions, au docteur Nacora Barro et au major Augustin Ouattara pour leurs conseils et à Philippe Msellati pour ses précisions à propos du projet DITRAME. Pour finir, un grand remerciement aux mères séropositives qui nous ont consacré leur temps.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ALFIERI C., 2005. « Vivre et penser la nature chez les Bobo-Voré (Burkina Faso) : une forme implicite de patrimonialisation ? ». In : M.-C. CORMIER-SALEM, D. JUHÉ-BEAULATON, J. BOUTRAIS, B. ROUSSEL (dir.), *Patrimoines naturels au sud. Territoires, identités et stratégies locales*, Paris, Éditions de l'IRD, p. 335-360
- ALFIERI C., TAVERNE B., 2000. « Ethnophysiologie, règles et précautions chez les Bobo Madare et les Mossi ». In : A. DESCLAUX, B. TAVERNE (dir.), *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, p. 135-165
- BAILLEUL C., 1981. *Petit dictionnaire Bambara-Français / Français-Bambara*, England, Avebury Publishing Company.
- BONNET D., 1981. « La procréation, la femme et le génie (les Mossi de Haute-Volta) », *Cahiers ORSTOM*, 18, 4, 423-431
- BONNET D., 1988. *Corps biologique, corps social. Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi, Burkina Faso*, Paris, Éditions ORSTOM.
- CROS M., 2000. *Anthropologie du sang en Afrique. Essai d'hématologie symbolique chez les Lobi du Burkina Faso et de Côte d'Ivoire*, Paris, L'Harmattan.
- DACHER M., 1992. *Prix des épouses, valeur des sœurs. Suivi de : Les représentations de la maladie. Deux études sur la société Goin (Burkina Faso)*, Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX A., EGROT M. (dir.), 2015. *Anthropologie du médicament au Sud : la pharmaceuticalisation à ses marges*, Paris, L'Harmattan.
- DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. (dir.), 2011. *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, Paris, ANRS.
- DIARRA A., MOUMOUNI A., 2008. *Les personnels de santé face au SIDA et à la prise en charge des PVIH à Niamey. Transformations ou reproduction des représentations et pratiques habituelles ?*, Études et Travaux du LASDEL, 62, Niamey, Niger.
- DUGAST S., 2015. « Apparitions et figurations de l'invisible chez les Bwaba du Burkina Faso – I. De l'objet-fétiche au masque », *Journal des africanistes*, 85, 1/2, 174-216
- DOZON J.-P., 2017. *La vérité est ailleurs. Complot et sorcellerie*, Paris, Maison des sciences de l'homme.
- FAINZANG S., 1986. *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'Harmattan.

GUÉRIR EN AFRIQUE

- FANCELLO S., 2007. « Guérison, délivrance et sida : les femmes et la "maladie de Dieu" dans les Églises pentecôtistes africaines », *Sciences sociales et santé*, 25, 4, 5-34
- HENDERSON P.C., 2004. « The vertiginous body and social metamorphosis in a context of HIV/AIDS », *Anthropology Southern Africa*, 27, 1/2, 43-53
- HÉRITIER F., 2003. « Une anthropologie symbolique du corps », *Journal des africanistes*, 73, 2, 9-26
- HÉRON R., 2016. *Les mangeurs urbains burkinabè, entre satisfaction et sécurisation alimentaires*, thèse de doctorat en socio-anthropologie, université Panthéon-Sorbonne.
- JAFFRÉ Y., OLIVIER DE SARDAN J.-P. (dir.), 2003. *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, APAD-Karthala.
- KPANAKE L., GBANDEY S., SORUM P.-C., MULLET E., 2018. « Acceptability of vaccination against HIV: A mapping of Togolose people's position », *Journal of Health Psychology*, 23, 6, 800-806
- LE MOAL G., 1980. *Les Bobo. Nature et fonction des masques*, Paris, Éditions ORSTOM.
- LE MOAL G., 1986. « Naissance et rites d'identification : les objets *sabî na frè* », *Archiv für Völkerkunde*, 40, 75-92
- MATTES D., 2014. « Caught in Transition: The Struggle to Live a 'Normal' Life with HIV in Tanzania », *Medical Anthropology*, 33, 4, 270-287
- MCPHERSON T.D., SOBIESZCZYK M.E., MARKOWITZ M., 2018. « Cabotegravir in the treatment and prevention of Human Immunodeficiency Virus-1 », *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 27, 413-420
- NATIONS UNIES, 2016. *Déclaration politique sur le VIH et le sida : accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030. Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 8 juin 2016*, 31 p., https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_fr.pdf (consulté le 24 avril 2020).
- ONUSIDA, 2016. *Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida 2017. Indicateurs de suivi de la Déclaration Politique sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée Générale des Nations Unies en 2016*, 182 p., https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_fr.pdf (consulté le 24 avril 2020).
- ŞAUL M., 1991. « The Bobo House and the Uses of Categories of Descent », *Africa. Journal of the International African Institute*, 61, 1, 71-97
- SCHWÄRZLER P., 2013. *De nos jours, chacun fait ce qu'il veut ? Dynamiques des relations sociales et pratiques sexuelles dans le contexte du VIH/sida à Ouagadougou, Burkina Faso*, thèse de doctorat, Schweizerisches Tropic- und Public Health Institut, Universität Basel.
- SERVAIS-WALENDA S., 2018. *La maternité avec risques. Une analyse ethnographique des risques autour de la procréation au Burkina Faso*, thèse de doctorat en santé publique, université de Montpellier.
- UNAIDS, 2018. *Turning point for Africa. An historic opportunity to end aids as a public health threat by 2030 and launch a new era of sustainability*, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/turning-point-for-africa_en.pdf (consulté le 9 mai 2019).