

Vivre avec le VIH au temps de la normalisation, une expérience banalisée pour les femmes ?

Sophie Servais, Alice Desclaux, Abderamane Berthe, Blandine Bila, Philippe Msellati

▶ **To cite this version:**

Sophie Servais, Alice Desclaux, Abderamane Berthe, Blandine Bila, Philippe Msellati. Vivre avec le VIH au temps de la normalisation, une expérience banalisée pour les femmes ?. Medecine et sante tropicales , 2018, 10.1684/mst.2018.0815 . halshs-02099199

HAL Id: halshs-02099199
https://shs.hal.science/halshs-02099199

Submitted on 14 Apr 2019

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.

Article original

Médecine et Santé Tropicales 2018 ; **28** : 307-311

Vivre avec le VIH au temps de la normalisation, une expérience banalisée pour les femmes ?

Living with HIV at the time of its normalization: a routine experience for women?

Servais S.[1], Desclaux A.[1], Berthé A.[2], Bila B.[3], Msellati P.[1]

[1] TransVIHMI (IRD, Inserm, Université de Montpellier), France
[2] Centre Muraz, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso
[3] IRSS/CNRST, Ouagadougou, Burkina Faso

Article accepté le 14/6/2018

Résumé. Pour atteindre l'objectif de fin de la pandémie de sida en 2030, il est nécessaire d'étendre le dépistage et l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) en Afrique, ce qui implique que les personnes soient volontaires pour être dépistées et traitées. Or, depuis les débuts de l'épidémie, la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (PvVIH) apparaît comme un obstacle majeur dans la lutte contre le VIH/sida. Malgré une importante réduction de la prévalence au cours des 20 dernières années au Burkina Faso, la stigmatisation reste élevée. Cette étude a pour objectif de caractériser les expressions locales de la stigmatisation dans ce pays vis-à-vis des femmes pour permettre de mieux la combattre. La méthode s'appuie sur une enquête ethnographique de longue durée qui combine des observations de contexte et des entretiens qualitatifs auprès de quarante femmes séronégatives et séropositives. Les résultats de l'étude montrent l'apparition d'une forme de banalisation du VIH/sida car les effets biocliniques de l'infection sont moins graves et moins visibles qu'avant les ARV. Les effets sociaux de la maladie constituent cependant toujours une menace perçue par les femmes séropositives et séronégatives. Bien que moins visible, la stigmatisation persiste et contraint les femmes séropositives à user de stratégies de retrait de certains espaces sociaux pour se protéger. Les PvVIH actives dans les associations communautaires jouent un rôle essentiel dans ce contexte. Elles aident les femmes à maintenir le stigmate « sous contrôle » et participent à la banalisation en permettant de faire évoluer les représentations sur le VIH/sida et les personnes atteintes.

Mots clés : banalisation, femmes, stigmatisation, VIH, Burkina Faso.

Correspondance : Servais S <sophie_servais@yahoo.fr>

Abstract. To meet the objective of ending the AIDS pandemic in 2030, screening and access to antiretroviral treatments (ARV) must be extended in Africa. This in turns requires that people agree to be screened and treated. Since the beginning of the epidemic, however, the stigmatization of people persons living with HIV (PlHIV) has been a major obstacle in the battle against HIV/AIDS. Despite a substantial reduction in its prevalence over the past 20 years in Burkina Faso, its stigma remains high. The objective of this study is to characterize the local expression of stigmatization in this country towards these women to help to combat it. The method used a long-term ethnographic survey that combined observations of the setting and qualitative interviews of 40 women – both seronegative and seropositive. The results show the appearance of a sort of normalization of HIV/AIDS because the bioclinical effects of the infection are less serious and less visible than they were before ARV. The social effects of the disease nonetheless continue to constitute a threat, or at least they are so perceived by both seropositive and seronegative women. Although less visible, stigmatization persists and constrains seropositive women to use strategies to withdraw from some social spaces to protect themselves. PlHIV active in community associations play an essential role in this setting. They help women to keep their stigmata "under control" and play a role in its normalization by helping to moderate representations of HIV/AIDS and the people who have it.

Key words: *normalization, women, stigmatization, HIV, Burkina Faso.*

doi: 10.1684/mst.2018.0815

Pour citer cet article : Servais S, Desclaux A, Berthé A, Bila B, Msellati P. Vivre avec le VIH au temps de la normalisation, une expérience banalisée pour les femmes ?. *Med Sante Trop* 2018 ; 28 : 307-311. doi : 10.1684/mst.2018.0815

© John Libbey Eurotext, 2018

En 2016, 36,7 millions de personnes vivent avec le VIH dans le monde [1]. L'Afrique subsaharienne reste la région la plus touchée avec une prévalence moyenne de 4,7 % [2]. L'épidémie, qui concerne davantage les femmes que les hommes en Afrique de l'Ouest (54 % des personnes atteintes) s'y est stabilisée : au cours des quinze dernières années, le nombre annuel de nouvelles infections a baissé de 35 % chez les adultes [3, 4]. La dispensation de traitements antirétroviraux à 15 millions de personnes vivant avec le VIH (PvVIH) dès 2015 est considérée comme un succès [5]. L'extension de l'accès aux traitements a bouleversé le pronostic clinique de la maladie en réduisant sa létalité. La « fin de l'exceptionnalisme », conduit de plus en plus à considérer l'atteinte par le VIH comme une maladie chronique qu'il s'agit de gérer dans la durée [6, 7].

L'objectif poursuivi d'ici 2020 par les Nations unies est de dépister 90 % des PvVIH, de traiter par antirétroviraux 90 % des PvVIH connaissant leur statut et d'obtenir une charge virale indétectable auprès de 90 % des PvVIH sous traitement, ce qui permettrait de mettre fin à la pandémie à l'horizon 2030. Ceci implique que les personnes soient informées de l'accessibilité des traitements et prêtes à se faire dépister sans crainte d'être stigmatisées [4, 7]. Depuis les débuts de l'épidémie, la stigmatisation est présentée comme un obstacle majeur dans la lutte contre le VIH/sida [8]. Même si la stigmatisation semble réduite lorsque les traitements antirétroviraux sont disponibles, elle persiste notamment dans les centres de santé et à l'encontre des personnes les plus vulnérables ou marginalisées [5]. Cette observation impose de connaître les formes d'expression locale de la stigmatisation, au temps de la normalisation du VIH, pour mieux la combattre.

La stigmatisation est un phénomène complexe. Le stigmate est défini comme un « attribut » péjoratif distinctif à partir duquel les personnes sont catégorisées et les interactions sociales vont s'organiser [9]. La stigmatisation liée au VIH/sida apparaît comme un processus social qui conduit un groupe à partager des représentations négatives sur la maladie [10]. Certains auteurs considèrent que cette mise à distance a pour fonction de se protéger du risque de la contracter alors que d'autres mettent en avant la valeur purement symbolique de la désignation d'un bouc émissaire [11]. Parmi les différentes formes de la stigmatisation, on peut distinguer la discrimination (qui correspond à des actes), la stigmatisation symbolique (qui correspond à des représentations) et l'auto-stigmatisation (qui correspond à une auto-dépréciation et induit un retrait de la vie sociale) [12, 13].

Pour analyser l'évolution de la stigmatisation, il est utile d'appréhender finement le contexte. La notion de « normalisation » peut être définie comme l'action de ramener à un état normal, de régulariser[1]. Dans les systèmes de soins, elle désigne le processus d'intégration dans les activités de soins de la prise en charge du VIH, qui faisait l'objet de programmes verticaux [14]. Elle concerne les attitudes et pratiques professionnelles, et a pour corollaire l'interruption des mesures spécifiques et la diminution des ressources matérielles et humaines ciblées [15]. On peut distinguer cette notion de la « banalisation » qui désigne l'action de rendre banal, commun[2], et paraît plus pertinente pour qualifier le point de vue, les représentations et l'expérience des individus.

Au Burkina Faso, des études ont mis en évidence des taux d'autostigmatisation plus élevés que dans d'autres pays africains [16, 17] et une stigmatisation plus importante à l'encontre des femmes que des hommes [16]. Ce pays constitue donc un site d'étude intéressant pour aborder la question suivante : au temps de la « normalisation » du VIH dans les systèmes de soins, peut-on parler de « banalisation » pour les femmes, séronégatives et séropositives ? Quelles formes de stigmatisation, incluant l'auto-stigmatisation, s'exercent à leur encontre dans ce contexte ?

Matériel et méthode

Considéré en 2001 [18] comme l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest le plus touché par l'épidémie, le Burkina Faso a connu une réduction de la prévalence du VIH chez les adultes pour atteindre 0,8 % en 2015, avec une épidémie désormais qualifiée de mixte car des foyers de forte prévalence subsistent dans les groupes dits à haut risque comme les travailleuses du sexe [19]. Chez les femmes enceintes de 15 à 49 ans en milieu urbain, la prévalence a baissé de 2,6 % à 1,8 % [20]. Concernant la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, le Burkina Faso applique l'option B+ depuis janvier 2015 : le dépistage du VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes ; celles dépistées séropositives sont mises sous traitement sans délai et à vie [21] ; un traitement prophylactique est donné au nourrisson. Cette option combine deux stratégies pour les femmes séropositives. Elle consiste à éviter la transmission interindividuelle du VIH, verticale et sexuelle[3], et à traiter les femmes séropositives qui le nécessitent.

Les données utilisées pour répondre à la question de recherche ont été recueillies à Bobo-Dioulasso, au Burkina Faso, entre février 2015 et mars 2017[4], dans le cadre d'une recherche doctorale[5] d'approche ethnographique, compréhensive et exploratoire. La méthodologie a combiné des observations de contexte sur divers sites (domicile des femmes vivant avec le VIH [FvVIH], association de PvVIH, trois formations sanitaires, ateliers de formation des professionnels de santé et conseillères psychosociales). Des entretiens individuels formels et informels ont été réalisés auprès de quarante femmes issues de 4 catégories d'âge et de statut : 12 femmes séronégatives, âgées de 22 à 33 ans et ayant accouché récemment ; 12 femmes séropositives, âgées de 21 à 42 ans ayant accouché récemment (dont deux femmes infectées depuis la naissance, 4 nouvellement dépistées, et 8 membres d'une association de PvVIH) ; 8 femmes séropositives, âgées de 36 à 55 ans ayant une longue expérience de la maladie ; et 8 femmes séronégatives, âgées de 38 à plus de 60[6] ans. La population enquêtée s'est constituée à partir de prises de contact avec les femmes sur les lieux d'observations (structures sanitaires et association de PvVIH)

[1] Centre national des ressources textuelles et lexicales, 2017. cnrtl.fr/definition/normalisé (consulté le 30.05.2017)

[2] Larousse, 2017. larousse.fr/dictionnaires/francais/banaliser/7770 (consulté le 30.05.2017).

[3] À condition que la femme ait une charge virale indétectable depuis au moins 6 mois et qu'elle ne présente pas d'autre maladie sexuellement transmissible.

[4] Soit 4 missions représentant 20 mois de terrain.

[5] Financée par l'ANRS, cette recherche s'intéresse à la perception des risques autour de la procréation, parmi lesquels le risque VIH.

[6] Il s'agit d'une estimation, les femmes âgées n'ont pas toujours des pièces d'identité et souvent ne connaissent pas leur âge de manière précise.

© John Libbey Eurotext, 2018

mais aussi par arborescence, c'est-à-dire qu'une femme rencontrée facilitait le contact avec une autre.

Les entretiens ont été transcrits et traduits le cas échéant. Ils portaient sur leur vie sociale et familiale, leur expérience de la maternité, leur rapport au système de soins, l'histoire de leur atteinte par le VIH et leur vécu de l'infection. Les données ont été codées et classées pour une analyse thématique de contenu. Les entretiens ont été menés selon les règles d'éthique usuelles après obtention d'une autorisation du comité d'éthique national[7].

Résultats

Une maladie bioclinique sous contrôle

Pour la majorité des femmes, l'infection à VIH n'est plus une maladie grave dans le sens où le pronostic vital n'est plus engagé grâce aux médicaments qualifiés parfois de « *cadeaux*[8] ». Cette perception est partagée par les femmes séronégatives, comme Bibata, âgée de plus de 60 ans : « *Comme ils ont eu le médicament de cette maladie, ça vaut mieux. C'est une maladie qui ne tue pas vite [. . .] Ce n'est plus une maladie grave* » ; et Djénéba, 24 ans : « *Mais maintenant il y a le médicament pour ça. Tu peux utiliser ça, tu peux prendre le médicament correctement sans problème. Voilà tu peux faire ton séjour (vivre) avec* ». Pour les femmes séropositives, les traitements sont une garantie de vivre longtemps, comme l'illustrent les propos de Odile, 45 ans : « *Moi je n'ai plus peur de ça (le sida). Je connais ça j'ai pu faire 10 ans avec ça. Je ne savais même pas que j'allais vivre jusqu'à aujourd'hui* » ; et Cécile, 47 ans : « *Si tu prends bien tes produits en tout cas y'a rien. Moi là où je suis, je ne pense même plus au VIH. Si j'ai l'argent pour manger, mes enfants ont à manger, ils vont à l'école. Moi je dors bien, je n'ai pas de problème* ». Néanmoins, d'autres femmes montrent une inquiétude à propos de l'évolution de la maladie malgré les traitements, comme Patricia, 31 ans, dépistée récemment : « [Le sida] *ne peut pas finir* [. . .] *Ça peut s'aggraver un jour, tu ne pourras plus travailler ou bien ça va te tuer* ». Par ailleurs, les femmes sont unanimes, les signes connus de la maladie tels que la maigreur, les boutons, la diarrhée, ont disparu.

Les PvVIH sont considérées par les femmes séronégatives comme des personnes « *en forme* », voire mieux portantes que les femmes qui ne sont pas malades, comme l'exprime Adja, 47 ans : « *Maintenant ça va, celles qui prennent les médicaments sont plus grosses que nous* ». Cette absence de signes ne permet plus d'identifier les PvVIH sur des critères profanes tels que l'apparence. Fatou, 33 ans connaît un couple atteint : « *Ils vivent normalement. S'ils suivent bien leur traitement, ils vont très bien. Tu peux voir des gens maigres qui n'ont pas le sida et des gens gros qui l'ont*. Les femmes séropositives se considèrent elles-mêmes « *en forme* », parce qu'elles ont retrouvé un bon état de santé et des formes arrondies[9] grâce aux médicaments.

L'infection à VIH est souvent mise en balance par la plupart des femmes rencontrées, avec d'autres maladies comme le cancer et le paludisme, mais aussi certaines maladies chroniques (hypertension artérielle, diabète). On peut entendre dans les discours spontanés qu'« *il vaut mieux avoir un VIH qu'un cancer* ». Cette comparaison fait référence aux inégalités d'accès aux traitements et au risque plus important de mourir d'un cancer.

La majorité des femmes interrogées considèrent que la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne constitue plus la principale menace pour le bébé, contrairement au paludisme. Celui-ci « *tue plus vite* », paraît plus dangereux et difficile à contrôler que le VIH, comme l'analyse Fati, 23 ans : « *Si tu as le palu, tu es enceinte le palu peut tuer l'enfant même dans ton ventre. Ça peut te tuer toi-même parce que le paludisme n'est pas bon avec une femme enceinte. L'autre maladie (le sida), s'ils ont su ça vite vite là, ils peuvent te soigner pour que l'enfant là aussi [...] ne gagne pas la maladie. Eux, ils peuvent faire tout leur possible pour sauver l'enfant et toi-même ajouté.* »

Néanmoins, certaines femmes séropositives expriment la peur de contaminer leur enfant pendant la grossesse ou l'accouchement. En particulier, celles qui ont été dépistées récemment comme Lucie, 31 ans : « *J'ai eu peur, je voulais avorter. Je pensais que l'enfant allait mourir ou attraper la maladie.* »

Une « maladie sociale » toujours menaçante

Malgré une baisse de la perception de la gravité chez la plupart des femmes rencontrées, l'infection à VIH continue toujours à susciter des peurs. Une crainte diffuse d'être rejetée socialement ou encore d'être soumise à l'opprobre sociale subsiste. Celle-ci est prégnante dans les discours des femmes séronégatives comme Claudine, 33 ans, qui s'écrie : « *Mais si les gens savent que tu as le sida, ils vont te fuir !* » Marie, 31 ans, exprime aussi la crainte des femmes à propos du test de dépistage en consultation prénatale (CPN) : « *Des fois, si on dit qu'il y a dépistage, tu as peur. Tu te dis : si je pars enlever (faire prélever) mon sang et puis on me dit que j'ai cette maladie, comment je vais vivre ? Qu'est-ce que l'entourage va dire de moi ? Même la famille peut me rejeter. Il y a tout ça. Donc ça fait peur.* »

Chez les femmes séropositives, révéler sa sérologie constitue toujours une menace. Odette, 22 ans, récemment dépistée lors de sa grossesse, redoute d'être rejetée par son entourage : « *Personne ne va s'approcher de moi. Personne ne va parler avec moi* ». Les femmes ayant une longue expérience de la maladie affirment que « *la stigmatisation ne peut pas finir* », c'est pourquoi elles préfèrent taire leur maladie. Céline, 36 ans, résume ce que ressentent ces femmes : « *On est toujours caché, quoi. [...] Le VIH là, si tu pars dire ça, les gens vont te dire que tu as couché avec des hommes partout, tu es frivole, tu as fait quoi quoi quoi. Bon en pensant comme ça, tu n'auras pas le courage de dire à quelqu'un que tu as le sida* ».

Pour certaines femmes, la révélation du statut sérologique dépend des espaces sociaux et des soutiens dont elles disposent. Les femmes séropositives accompagnées lors de leur grossesse par l'association de PvVIH dans le cadre de la PTME, parviennent plus facilement à révéler leur statut aux professionnels de santé, en particulier au moment de l'accouchement.

[7] Avis éthique n° 2014-12-140 du 03.12.2014 délivré par le Comité d'éthique burkinabé pour la recherche en santé.
[8] C'est ainsi qu'ils sont parfois qualifiés pour signifier qu'ils sont gratuits.
[9] Localement, l'expression « en forme » porte beaucoup sur l'aspect physique qui n'est pas famélique.

© John Libbey Eurotext, 2018

Lors de sa nouvelle grossesse, Awa, 42 ans, a informé les professionnels de santé de son statut sérologique : « *Quand je suis allée, je me suis présentée comme une personne qui est malade. [...] Ils se sont bien occupés de moi* ». De même, Julie, 19 ans, infectée à la naissance, parle d'encouragement de la part des professionnels de santé lorsqu'elle a révélé son statut lors de sa première CPN : « *On m'a questionnée et après on m'a dit qu'on va me faire le test de VIH. Moi je leur ai dit que j'étais malade.* [...] *Elle (l'agent de santé) m'a même encouragée* ».

Les femmes sont encouragées par les messages sanitaires à partager leur sérologie avec leur nouveau partenaire avant d'entamer une relation, ce que font nombre d'entre elles. Au sein de l'association de PvVIH, cet aspect est mis en avant par les conseillères psychosociales au cours de groupes de paroles avec les femmes séropositives afin de les aider à établir et préserver la relation avec le partenaire. Des consultations de soutien psychologique sont également proposées pour celles qui ont besoin d'un appui individuel dans leur démarche[10]. La situation d'Assita, 28 ans, montre l'importance du rôle de l'association communautaire dans cette démarche : « *Ce sont les causeries à l'association qui m'ont donné le courage. Pendant les causeries les médiatrices nous conseillent de ne pas cacher notre statut à notre nouveau partenaire, d'en parler tôt parce que si on dure le temps de cacher, ça va devenir un problème* ».

Chez la plupart des femmes rencontrées, la peur d'être découvertes, ou dévoilées aux autres, les amène à se prémunir de cette éventualité en mettant en place des stratégies de protection, notamment pour celles qui vivent dans des « célibatorium »[11] ou au sein de la grande cour familiale. Ces stratégies s'appliquent à la gestion des traitements : dissimulation, prise des médicaments à l'abri des regards, retrait des étiquettes pour éviter l'identification. D'autres révèlent leur statut de manière ciblée à certains membres de leur entourage. Valentine, 54 ans, a préféré informer les trois locataires de la cour de sa prise de médicament. Mais ajoute-t-elle, *« Ça ne sort pas de la cour sinon on gâte ton nom, on te critique de porte en porte »*. Cette crainte ainsi exprimée peut aussi être liée à des expériences discriminatoires récentes. Certaines femmes ont été indexées c'est-à-dire repérées comme PvVIH et désignées de manière péjorative par le terme « *sidatô* »[12], qui signifie « *la sidéenne* ». Le témoignage de Nicole, 37 ans, permet de saisir ce que recouvre cette indexation : « *C'est quand tu passes, on t'indexe-là, qui ne me plaît pas. Souvent même en venant comme ça, tu peux venir trouver un groupe qui est assis comme ça, ou bien tu vois deux personnes qui sont en train de causer, quand tu les regardes, souvent quand on parle de toi tu le sais. [. . .] Ma voisine qui est sortie. On a fait palabre. Il y avait du monde. Et elle a dit devant tout le monde que moi je suis une sidéenne, que moi je ne peux pas me comparer à elle* ».

[10] Il est difficile d'évaluer les effets d'une telle démarche sur le terrain, elle permet néanmoins aux femmes séropositives d'être en union avec des hommes séronégatifs ou de statut non connu et de favoriser progressivement la normalisation des couples sérodifférents.

[11] Ce sont des habitations collectives qui comprennent plusieurs logements de plain-pied souvent accolés les uns aux autres. L'accès à l'eau est en général commun et se situe dans la cour.

[12] Il s'agit d'un terme dioula, la langue la plus couramment utilisée à Bobo-Dioulasso et sa région.

Discussion

Les données recueillies en milieu urbain à Bobo-Dioulasso montrent que les femmes considèrent globalement l'infection à VIH sous ses aspects biocliniques comme « sous contrôle » grâce aux traitements et à leur accessibilité. Pour elles, l'évolution de l'infection à VIH vers la maladie et la mort est maîtrisée, la transmission de la mère à l'enfant peut être évitée et les symptômes visibles de la maladie ont disparu. L'annonce de l'infection reste néanmoins un événement traumatisant pour les femmes nouvellement dépistées, qui ont peur de mourir ou de transmettre le VIH à l'enfant, comme cela a aussi été montré au Cameroun [22]. Il est probable que des PvVIH en échec thérapeutique se démarqueraient aussi de perceptions globales optimistes, contredites par leur expérience personnelle [23]. De plus, ces perceptions globales sont « exagérément positives » au vu des données sanitaires disponibles, qui indiquent une mortalité de 16 % en 2014 [24][13].

Simultanément, les PvVIH sont perçues, de manière ambiguë, comme privilégiées par rapport aux autres malades qui ne bénéficient pas d'un dispositif d'accès au traitement. Cette perception a aussi été décrite en Ouganda, où être dépisté séropositif donne un « ticket d'entrée » pour l'accès à des services fonctionnels [25]. Ces perceptions peuvent constituer un support pour de nouvelles formes de stigmatisation fondées sur la jalousie.

La disparition des signes physiques du sida brouille les représentations sociales à propos des PvVIH, qui ne sont plus identifiables dans la vie courante et sont considérées comme des personnes bien portantes, *« en forme »* ; cet attribut est perçu dans la société burkinabé comme un signe d'aisance matérielle. Aussi les PvVIH peuvent davantage garder leur atteinte secrète et ainsi échapper à la discrimination.

Cependant, même si elle n'est plus rattachée à des symptômes identifiés par des tiers, la stigmatisation subsiste. Elle est moins visible à cause des stratégies de protection mises en place par les femmes séropositives, selon un processus déjà décrit au Sénégal où, par exemple, les veuves vivant avec le VIH ne cherchent pas à se remarier pour éviter d'avoir à révéler leur statut [26]. Les FvVIH peuvent en effet révéler leur sérologie de manière très ciblée et anticiper les conduites discriminatoires à leur encontre pour les éviter. Ces stratégies participent à une certaine « banalisation » des dimensions sociales de la maladie, et sont surtout utilisées par les femmes séropositives qui ont bénéficié de l'appui d'une association communautaire. Celle-ci joue en effet un rôle important dans cette banalisation en encourageant les femmes, lors des groupes d'autosupport, à bien prendre leur traitement mais aussi à parler de leur séropositivité dans des situations spécifiques comme la CPN ou encore auprès d'un nouveau partenaire. D'autres stratégies sont recommandées par les associations pour protéger les PvVIH de la stigmatisation : ainsi, une étude montrait à Ouagadougou l'impact de la promotion des relations endogames sur la reconstruction sociale des PvVIH [27]. Ainsi, les femmes pratiquent certaines

[13] Selon un médecin spécialiste VIH du CHU de Bobo-Dioulasso, ces chiffres sont certainement sous-estimés puisque les structures sanitaires déclarent souvent comme cause de décès la maladie opportuniste et non le sida (communication personnelle, 2017).

© John Libbey Eurotext, 2018

formes de secret ou de « retrait de la vie sociale », plus ou moins limitées, et parviennent ainsi à se protéger de la discrimination : la réduction de la stigmatisation en tant que processus social collectif repose en partie sur des sacrifices individuels.

Conclusion

Au temps de la « normalisation » du VIH dans le système de santé, il apparaît également une « banalisation » de l'infection à VIH par les femmes séronégatives et séropositives qui concerne les aspects biocliniques de l'infection. Néanmoins la banalisation ne concerne pas les dimensions sociales puisque la stigmatisation subsiste, même si elle trouve moins d'occasions de s'exprimer du fait de la disparition des symptômes visibles en public. Toujours présente et anticipée par les femmes dans la sphère privée, la stigmatisation induit encore des attitudes d'auto-stigmatisation. Les associations communautaires aident les PvVIH à maintenir le stigmate « sous contrôle », mais souvent au prix d'attitudes de retrait. Les PvVIH jouent aussi un rôle actif dans la banalisation du VIH. Avec les associations, elles font évoluer les représentations en ayant le courage de révéler leur statut sérologique dans certains espaces sociaux malgré le risque de stigmatisation, et en développant ces stratégies d'évitement et de retrait. L'impact psychologique de ces situations, qui transparaît dans les données recueillies, conduit à conclure que la normalisation de la prise en charge bioclinique de l'infection à VIH devrait être accompagnée du maintien des ressources et interventions spécifiques d'appui communautaires, indispensables pour faire face à la dimension sociale de l'infection à VIH.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Unaids. Global AIDS Update 2016. Genève : Unaids, 2016. unaids.org/en/resources/documents/2016/Global-AIDS-update-2016 (consulté le 29-5-2017).
2. Unaids. *The Gap Report.* Genève : Unaids, 2014. unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf (consulté le 29-5-2017).
3. Unaids. *Prevention gap report.* Genève : Unaids, 2016. unaids.org/en/resources/documents/2016/prevention-gap (consulté le 29-5-2017).
4. OnuSida. Stratégie de l'OnuSida 2016-2021. Accélérer la riposte pour mettre fin au sida. Genève : Unaids, 2015. unaids.org/fr/resources/documents/2015/UNAIDS_PCB37_15-18 (consulté le 10-5-2017).
5. Unaids.*"15 by 15". A global target achieved.* Genève : Unaids, 2015. unaids.org/en/resources/documents/2015/15_by_15_a_global_target_achieved (consulté le 10-5-2017).
6. Piot P, Abdool Karim S, Hecht R, *et al.* Defeating AIDS-advancing global health. *The Lancet* 2015 ; 386 : 171-18.
7. WHO. "HIV: from a devastating epidemic to a manageable chronic disease". In : Chan M. *Ten years in public health 2007-2017.* Genève : Who, 2017. pp 35-46. who.int/publications/10-year-review/hiv/en/ (consulté le 4-5-2017).
8. OnuSida. *Cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA.* Genève : OnuSida, 2002. data.unaids.org/publications/irc-pub02/jc891-wac_framework_fr.pdf (consulté le 29-5-2017).
9. Goffman E. *Stigmate: les usages sociaux des handicaps.* Paris, France: Éd. de Minuit, 1975; 175 p.
10. Deacon H, Stephney I, Prosalendis S. *Understanding HIV/AIDS Stigma : A theoretical and methodological analysis.* Pretoria (SA) : HSRC Press. UK Department of International Development, 2005. http://www.hsrc.ac.za/en/research-data/view/1737 (consulté le 28-5-2017).
11. Winskell K, Hill E, Obyerodhyambo O. Comparing HIV-related symbolic stigma in six African countries: Social representations in young people's narratives. *Soc Sci Med* 2011 ; 73 : 1257-65.
12. Herek G. Thinking About AIDS and Stigma: A Psychologist's Perspective. *The Journal of Law. Medicine & Ethics* 2002 ; 30 : 594-607.
13. Carricaburu D, Ménoret M. *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladie.* Paris : Armand Colin, 2004 ; 235 p.
14. Moyer E, Hardon A. A Disease Unlike Any Other? Why HIV Remains Exceptional in the Age of Treatment. *Med Anthropol* 2014 ; 33 : 263-9.
15. Sow K. De l'exception à la « normalisation ». Anthropologie de la Santé reproductive confrontée au VIH au Sénégal [Thèse]. Aix en Provence : Aix Marseille Université, 2013. 262 p.
16. Ky-Zerbo O, Desclaux A, Asmar KE, *et al.* La stigmatisation des PVVIH en Afrique: analyse de ses formes et manifestations au Burkina Faso. *Sante Publique* 2014 ; 26 : 375-84.
17. Gausset Q, Mogensen HO, Yameogo WME, *et al.* The ambivalence of stigma and the double-edged sword of HIV/AIDS intervention in Burkina Faso. *Soc Sci Med* 2012 ; 74 : 1037-44.
18. PNUD. Rapport national sur le développement humain 2001. La lutte contre le VIH sida. Burnika Faso : PNUD : 2001. bf.undp.org/content/burkina_faso/fr/home/library/human_development/rapnatdh01.html (consulté le 1-5-2017).
19. CLNS-IST Burkina Faso. *Rapport d'activités sur la riposte au SIDA au Burkina Faso (GARPR 2015).* CNLS/SP, 2016. unaids.org/sites/default/files/country/documents/BFA_narrative_report_2016.pdf (consulté le 1-5-2017).
20. CNLS-IST du Burkina Faso. Plan National Multisectoriel de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST (PNM) 2016 [Document provisoire]. Burkina Faso : SP/CNLS, 2016. 110 p.
21. WHO. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Summary of key features and recommendations. WHO ; 2013.
22. Alomepe J, Buseh AG, Awasom C, *et al.* Life With HIV: Insights from HIV-infected Women in Cameroon, Central Africa. *J Assoc Nurses AIDS Care JANAC* 2016 ; 27 : 654-66.
23. Laborde-Balen G. Au-delà du traitement du sida : une anthropologie de l'échec thérapeutique au Cameroun [Thèse]. Aix en Provence : Université Aix Marseille, 2016; 420 p.
24. Ministère de la Santé du Burkina Faso. *Annuaire statistique 2014.* Ouagadougou (BF) : Direction générale des études et statistiques sectorielles, 2015. cns.bf/IMG/pdf/annuaire_2014_du_ms.pdf (consulté le 29-5-2017).
25. Whyte SR. Chronicity and control: framing 'noncommunicable diseases'. *Anthropology & Medicine* 2012 ; 19 : 63-74.
26. Desclaux A. Mesurer la stigmatisation : comparaison entre approches relativiste et universaliste auprès des veuves. In : Taverne B, Desclaux A, Sow P S, *et al. Évaluation de l'impact bioclinique et social, individuel et collectif, du traitement ARV chez des patients VIH-1 pris en charge depuis 10 ans dans le cadre de l'ISAARV. Cohorte ANRS 1215. Rapport final.* Dakar : CNLS ; CRCF ; IRD ; ANRS, 2012, pp 381-396. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00713037/document (consulté le 30-4-2017).
27. Korbéogo G, Lingani S. Des vies reconstruites. Exclusion et réinsertion sociale des femmes vivant avec le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso). *Sci Soc Santé* 2013 ; 31 : 5-28.

© John Libbey Eurotext, 2018