



**Revue des Sciences humaines  
et sociales, Lettres, Langues et  
Civilisations**

**ISSN  
2958-2814**

**Numéro 006, Mars 2024**

**Université Alassane Ouattara  
UFR Communication Milieu et Société**

*[revue.akiri-uao.org](http://revue.akiri-uao.org)*



**ISSN-L: 2958-2814**  
**ISSN-P: 3006-306X**

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>

E-mail : [revueakiri@gmail.com](mailto:revueakiri@gmail.com)

**Editeur**

UFR Communication, Milieu et Société  
Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)



**ISSN-L: 2958-2814**  
**ISSN-P: 3006-306X**

## INDEXATIONS INTERNATIONALES

Pour toutes informations sur l'indexation internationale de la revue *AKIRI*, consultez les bases de données ci-dessous :

**auré HAL**  
accès aux données  
de référence de HAL

<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946>

**Mir@bel**  
“(RE)CUEILLIR  
LES SAVOIRS”

<https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>



<http://sjifactor.com/passport.php?id=23334>

**ORCID**

<https://orcid.org/0009-0002-6794-1377>

ISSN-L: 2958-2814  
ISSN-P: 3006-306X

REVUE ELECTRONIQUE

**AKIRI**

Revue Scientifique des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations

E-ISSN 2958-2814 (Online ou en Ligne)

I-ISSN 3006-306X (Print ou imprimé)

**Equipe Editoriale**

Coordinateur Général : BRINDOUMI Kouamé Atta Jacob

Directeur de publication : MAMADOU Bamba

Rédacteur en chef : KONE Kiyali

Chargé de diffusion et de marketing : KONE Kpassigué Gilbert

Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen

**Comité Scientifique**

SEKOU Bamba, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny

OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny

LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST,

ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny

KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny

ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly

SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

NGAMOUNTSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville

KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro

BATCHANA Esohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville

DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara

NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I

N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny

BA Idrissa, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop

KAMARA Adama, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop

ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny

DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

M'BRA Kouakou Désiré, Maître conférences, Université Alassane Ouattara

## **Comité de Lecture**

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé  
 N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville  
 CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop  
 BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop  
 BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop  
 GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches,  
 DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara  
 DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara  
 ALABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara  
 DEDE Jean Charles, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara  
 BAMBA Abdoulaye, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny  
 BAKAYOKO Mamadou, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara  
 SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou  
 GOMA-THETHET Roval, Maître-Assistant, Université Marien N'gouabi de Brazzaville  
 GBOCHO Roselyne, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara  
 SEKA Jean-Baptiste, Maître-Assistant, Université Lorognon Guédé,  
 SANOGO Tiantio, Maître-Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle  
 ETTIEN N'doua Etienne, Maître-Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny  
 DJIGBE Sidjé Edwige Françoise, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara  
 YAO Elisabeth, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara

## **Comité de rédaction**

N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville  
 KONÉ Kpassigué Gilbert, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara  
 KONÉ Kiyali, Maître-Assistant, Histoire, Université Péléforo Gon Coulibaly  
 BAKAYOKO Mamadou, Maître de Conférences, Philosophie, Université Alassane Ouattara  
 OULAI Jean-Claude, Professeur titulaire, Communication, Université Alassane Ouattara  
 MAMADOU Bamba, Maître-Assistant, Histoire, Université Alassane Ouattara  
 TOPPE Eckra Lath, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Alassane Ouattara,  
 ALLABA Djama Ignace, Maître de Conférences, Etudes Germaniques, Université Félix Houphouët-Boigny,  
 KONAN Koffi Syntor, Maître de Conférences, Espagnol, Université Alassane Ouattara  
 SIDIBÉ Moussa, Maître-Assistant, Lettres Modernes, Université Alassane Ouattara  
 ASSUÉ Yao Jean-Aimé, Maître de Conférences, Géographie, Université Alassane Ouattara  
 KAZON Diescieu Aubin Sylvère, Maître de Conférences, Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny  
 MEITÉ Ben Soualiouo, Maître de Conférences, Histoire, Université Félix Houphouët-Boigny  
 BALDÉ Yoro Mamadou, Assistant, FASTEF, Université Cheikh Anta Diop de Dakar  
 MAWA Miraille-Clémence, Chargée de cours, Université de Bamenda

## Contacts

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>

E-mail : [revueakiri@gmail.com](mailto:revueakiri@gmail.com)

Tél. : + 225 0748045267 / 0708399420/ 0707371291

### Indexations internationales :

**Auré HAL** : <https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/398946>

**Mir@bel** : <https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>

**Sjifactor** : <http://sjifactor.com/passport.php?id=23334>

**ORCID** : <https://orcid.org/0009-0002-6794-1377>

## PRESENTATION DE LA REVUE AKIRI

Dans un environnement marqué par la croissance, sans cesse, des productions scientifiques, la diffusion et la promotion des acquis de la recherche deviennent un impératif pour les acteurs du monde scientifique. Perçues comme un patrimoine, un héritage à léguer aux générations futures, les productions scientifiques doivent briser les barrières et les frontières afin d'être facilement accessibles à tous.

Ainsi, s'inscrivant dans la dynamique du temps et de l'espace, la revue « **AKIRI** » se présente comme un outil de promotion et de diffusion des résultats des recherches des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités et de centres de recherches de Côte d'Ivoire et d'ailleurs. Ce faisant, elle permettra aux enseignants-chercheurs et chercheurs de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur à travers la diffusion de leurs productions intellectuelles et scientifiques.

**AKIRI** est une revue à parution trimestrielle de l'Unité de Formation et de Recherches (UFR) : Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Alassane Ouattara. Elle publie les articles dans le domaine des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations. Sans toutefois être fermée, cette revue privilégie les contributions originales et pertinentes. Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture.



## **PROTOCOLE DE REDACTION DE LA REVUE AKIRI**

La revue *AKIRI* n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

### **Structure générale de l'article :**

Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

### **Présentation de l'article :**

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («... »), mais sans italique.

**N.B.** : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de ...



### Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2<sup>nde</sup> éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :  
Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.
- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.  
Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX<sup>e</sup> siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.
- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.  
Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

**NB** : Les articles sont la propriété de la revue.

## SOMMAIRE

### LANGUES, LETTRES ET CIVILISATIONS

#### Études hispaniques

1. **La pragmática en la enseñanza del ELE/ L2:  
aproximación a algunos manuales diseñados y usados en Camerún y España**  
Roseline FOUODJI WAGOUM Epse DJATSA ..... 1-19

#### Lettres Modernes

2. **Problématique de l'emploi de la virgule dans *Les Sept douleurs*  
de William Aristide Nassidia Combarry**  
Tilado Jérôme NATAMA..... 20-36
3. **La masculinisation de l'esprit féminin :  
réalisme ou surréalisme dans *Le Deuxième sexe* de Simone de Beauvoir**  
Vincent NAINDOUBA & Serge Simplicie NSANA..... 37-50
4. ***Le roi de Kahel* de Tierno Monénembo : un roman historique à tonalité épique**  
Komi Seexonam AMEWU..... 51-72
5. **Dynamique des langues et politique éducative au Mali**  
Ousmane Ag NAMOYE & Aldiouma KODIO, ..... 73-88

### COMMUNICATION, SCIENCE DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

#### Sciences du langage et de la communication

6. **Description morphosyntaxique de l'adverbe du marka**  
DAO Nébremy ..... 89-107
7. **Cadre stratégique pour la refondation au Mali :  
reconstruction et déconstruction d'une communication**  
Adama KODJO..... 108-124

### SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

#### Archéologie

8. **Protection des sites archéologiques au Burkina Faso :  
le cas du chantier école de Wargoandga**  
Lassina SIMPORÉ & Fonyama Elise THIOMBIANO, épouse ILBOUDO ..... 125-138

#### Histoire

9. **Coopération néerlandaise et développement socioéconomique  
du Burkina Faso : cas du PDI/Z (1983-2006)**  
Sébastien GUIPO..... 139-155
10. **Le contrôle de la production d'huile par le monopole d'état dans  
l'Égypte antique sous domination gréco-romaine**  
YAPI Fulgence Thierry ..... 156-167
11. **Eschine et la paix à Athènes au ive siècle avant Jésus-Christ :  
dialogue et négociations avec le royaume de Macédoine**  
OULAI Fabrice & DAGO Thomas DADIE..... 168-180

- 12. Crises de succession au *Moogo*, de 1897 à 1983 :  
cas du *Konkiistēnga* et *Tema***  
François RIBOU..... 181-199
- 13. L'art plastique contemporain burkinabè sous l'influence de l'école  
des *Avant-gardes* : analyse de quelques productions d'artistes**  
Boukary DABAL & KY Jean Célestin..... 200-218
- 14. Les relations controversées entre les musulmans et l'administration  
française dans la région de Grand-Bassam (1922-1949)**  
Amon Jean-Paul ASSI,..... 219-236
- Géographie**
- 15. Des classes sous paillotes pour étendre l'accès à l'éducation  
en milieu rural burkinabè**  
Issiaka OUEDRAOGO, Goama NAKOULMA & Aude NIKIEMA ..... 237-254
- 16. Impact des mesures barrières du covid-19 sur les revenus agricoles  
des paysans dans la sous-préfecture de Lakota**  
Jean-François Aristide GBODJE..... 255-271
- 17. Analyse de la dynamique spatio-temporelle de l'occupation du sol  
dans la commune de Niakhar (Fatick, Sénégal) entre 2000 et 2022,  
à travers des outils de la télédétection**  
Ibrahima DIOUF & Mohamed Lamine NDAO ..... 272-290
- 18. Variabilité climatique dans la Province du Mouhoun  
au Burkina Faso de 1991-2021**  
Amadou ZAN, Abdoul-Azize SAMPEBGO & Joachim BONKOUNGOU..... 291-302
- 19. Impacts des stations de lavage de véhicules sur l'environnement  
et la santé à Korhogo**  
DIOMANDE Gondo, Lacina Adama FOFANA & SORO Nambé Arouna..... 303-320
- 20. Exploitation agricole et dégradation forestière dans le département  
de Soubré (sud-ouest de la Côte d'Ivoire)**  
Mathieu Jonasse AFFRO, Assoh Hortance Aman Epse N'GUESSAN,  
Nambegué SORO & Kouamé Felix KOUADIO..... 321-337
- 21. Disparités spatio-temporelles des formations sanitaires publiques  
À Brazzaville en république du Congo**  
Berchmans Giraldo Audron & Clotaire Claver Okouya..... 338-356
- 22. Recourir aux soins traditionnels à Ouagadougou :  
une question de distance ?**  
Sidbéniwendé Esaïe Yanogo ..... 357-371
- 23. Des initiatives comportementales pour une gestion organisée  
des déchets en commune V de Bamako (Mali)**  
Seydou A. TOGOLA, Baba COULIBALY & drissa KELLY ..... 372-386

### Philosophie

- 24. Ce que la paix veut dire chez Nietzsche**  
Ndéné MBODJI ..... 387-398
- 25. Vers un auto-impérialisme du développement durable :  
une analyse bioéconomique de la crise environnementale**  
ABLO Ange & OUATTARA Attchoumounan Paulin ..... 399-417
- 26. Platon, Abû Nasr al-Fârâbî et Rousseau :  
à propos de l'éducation. Enjeux de la réflexion pour Afrique**  
Pamphile BIYOGHE & Alain BOULINGUI MOUSSAVOU ..... 418-429

### Anthropologie et sociologie

- 27. Les facteurs explicatifs du retour à la défécation à l'air libre  
dans la commune de Karimama au Nord-Bénin**  
Soulé EL HADJ IMOROU..... 430-443
- 28. Crise sécuritaire, écoles bilingues et irrédentisme linguistique  
au Burkina Faso**  
Zomenassir Armand BATIONO..... 444-457
- 29. Pratiques potières dans le District de la vallée du Bandama en Côte d'Ivoire**  
Dja Flore KOUASSI-LAGO, Drissa DIARRASSOUBA Bintou TIOTE,  
Saran CISSOKO COULIBALY & Lacina COULIBALY ..... 458-475
- 30. Perceptions du VIH et non-observance au traitement antirétroviral  
chez les personnes vivant avec le VIH suivies à l'hôpital de jour  
du CHU de Bouaké (Côte d'Ivoire)**  
Yéchinmèdjo SORO..... 476-488
- 31. Perceptions sociales de la gravité de l'ulcère de Buruli chez les  
communautés Baoulé et Bété de Taabo, Djébonoua et Daloa (Côte d'Ivoire)**  
Navouon FANNY & Koffi Dermane KOUAKOU..... 489-502
- 32. Analyse des tendances lourdes à l'objectivation du projet  
de gestion durable des mangroves à Ouidah au Bénin**  
Appolinaire D. GNANVI ..... 503-519
- 33. Structures publiques et privées dans la lutte contre  
le VIH/sida à Bouaké : ambivalences et logiques**  
Affoua Toutouwa Marie ADOU, Dimi Théodore DOUDOU,  
Zié Adama OUATTARA & Lorraine Nadia KOUADIO..... 520-543

### Science de l'éducation

- 34. Les difficultés de l'expression orale des étudiants arabophones libyens,  
cas des étudiants du département de français de Waddan**  
Fodé Baba KEITA..... 544-557

### Sciences juridiques et politiques

- 35. An assessment of the challenges of representation  
of Cameroonian women in politics**  
Stanley Chung DINSI..... 558-575



## **Structures publiques et privées dans la lutte contre le VIH/sida à Bouaké : ambivalences et logiques**

**Affoua Toutouwa Marie ADOU**

*Socio-anthropologue de la Santé,*

*Chercheuse associée au Laboratoire Santé, Sociétés et Développement (LSSD) du Centre de  
Recherche pour le Développement (CRD),*

*Université Alassane Ouattara (UAO),*

*Email : [adoumarie33@gmail.com](mailto:adoumarie33@gmail.com)*

**Dimi Théodore DOUDOU**

*Sociologue de la Santé, Chercheur au Laboratoire Santé, Sociétés et Développement (LSSD)  
du Centre de Recherche pour le Développement (CRD),*

*Université Alassane Ouattara (UAO),*

*Email : [ddimi\\_faith@yahoo.fr](mailto:ddimi_faith@yahoo.fr)*

**Zié Adama OUATTARA**

*Socio-anthropologue de la Santé, Chercheur au Laboratoire Santé, Sociétés et  
Développement (LSSD) du Centre de Recherche pour le Développement (CRD),*

*Université Alassane Ouattara (UAO)*

*Email : [adamouattara@uao.edu.ci](mailto:adamouattara@uao.edu.ci)*

*&*

**Lorraine Nadia KOUADIO**

*<sup>4</sup>Socio-anthropologue de la Santé, Chercheuse associée au Laboratoire Santé, Sociétés et  
Développement (LSSD) du Centre de Recherche pour le Développement (CRD),*

*Université Alassane Ouattara (UAO)*

*Email : [nadialorraine77@gmail.com](mailto:nadialorraine77@gmail.com)*

### **Résumé**

L'étude a été réalisée dans quatre structures de la ville de Bouaké, à savoir la Compagnie Ivoirienne d'Électricité (CIE), l'Agence National d'Appui au Développement Rural (ANADER), la Radio-Télévision Ivoirienne (RTI-Bouaké) et la Mairie. Elle analyse les ambivalences inhérentes à l'engagement desdites structures dans la lutte contre le VIH/sida. Les données ont été recueillies à l'aide de techniques variées comme l'observation, l'entretien semi-directif, la capture d'images, la recension de documents. Cette collecte des données a été réalisée à partir d'une immersion dans ces structures enquêtées, sur une période de trois mois. Les données collectées ont été transcrites puis importées dans le logiciel Nvivo 20 pour être classifiées puis encodées. Le cadre théorique choisi s'appuie sur deux théories, à savoir la théorie de l'action collective et la théorie de l'acteur stratégique. Les résultats obtenus relèvent des ambivalences dans l'engagement des structures enquêtées. Celles-ci sont en lien avec le test de dépistage du VIH/sida entre éthique et violation des droits humains, le relâchement dans le programme VIH/sida des structures, l'adoption d'une approche multi-maladie, l'absence d'une culture de prévention et la médicalisation dans le secteur public. Ces ambivalences sont induites par des logiques épidémiologique et financière.

**Mots-clés :** Structures privées - structures publiques - ambivalences - logiques - VIH.



## **Public and private structures in the fight against HIV/AIDS in Bouaké: ambivalences and logics**

### **Abstract**

The study was carried out in four structures in the city of Bouaké, namely the Ivorian Electricity Company (CIE), the National Rural Development Support Agency (ANADER), the Ivorian Radio-Television (RTI-Bouaké) and the Town Hall. It analyzes the ambivalences inherent to the commitment of these structures in the fight against HIV/AIDS. The data was collected using various techniques such as observation, semi-structured interview, image capture, document review. This data collection was carried out based on immersion in these structures surveyed over a period of three months. The data collected were transcribed then imported into the Nvivo 20 software to be classified and then encoded. The chosen theoretical framework is based on two theories, namely the theory of collective action and the theory of the strategic actor. The results obtained analyze the ambivalences that emerge from the commitment of public and private structures in the fight against HIV/AIDS. The ambivalences observed are around the HIV/AIDS screening test between ethics and violation of human rights, the relaxation in the HIV/AIDS program of structures, the adoption of a multi-disease approach and the culture of prevention in the public sector. These ambivalences are induced by current logics within the structures investigated, namely: symbolic, epidemiological and financial logics.

**Key words** : Private structures - public structures - ambivalence, logic - HIV.

### **Introduction**

L'infection à VIH/sida est un problème de santé publique et de santé de travail. Selon le BIT (2001), le VIH/sida affecte les individus les plus productifs du point de vue économique, notamment la tranche d'âge 15-49 ans. Neuf personnes sur 10 vivant avec le VIH/sida sont des adultes dans leurs années les plus productives (BIT, 2006). Cette affection constitue une menace pour les adultes identifiées, catégorie sociale considérée comme population à risque.

Dans la riposte contre la pandémie, les structures privées ne sont pas en marge. Dans le monde entier, elles renforcent leur riposte contre la propagation du VIH/sida. Elles prennent conscience de l'impact de la maladie, en termes de coûts humain, financier et social, sur leurs activités et sur les communautés qui les accueillent. En 2001, cette mobilisation a abouti à l'édition d'un guide de bonnes pratiques qui sert de référence aux acteurs sociaux (BIT, 2001). Dans la même année, l'OMS et l'OIT formulent une déclaration commune pour le monde du travail. Cette déclaration met en exergue les « principes et les éléments d'une politique » sur le VIH/sida au travail (BIT, 2001). En 2010, le BIT a divulgué la recommandation concernant le VIH/sida et le monde du travail (BIT, 2010). Celle-ci préconise la reconnaissance et le traitement du VIH/sida comme une « question affectant le lieu de travail » dont la solution implique la « pleine participation des organisations d'employeur et de travailleurs » (BIT, 2010). En dépit





des progrès remarquables enregistrés, les objectifs programmatiques, axés sur les objectifs 90-90-90 à l'horizon 2020, n'ont pas été atteints. Les efforts visant à prévenir les infections par le VIH/sida ont été moins fructueux en 2021. Avec la découverte de la pandémie à Covid 19, nous avons assisté à un ralentissement des progrès en matière de réduction de nouvelles infections à VIH/sida, de l'amélioration de l'accès aux traitements. Selon les estimations de l'ONUSIDA (2021), 38,4 millions de personnes vivent avec le VIH/sida dans le monde. Dans la même année, 1,5 million de nouvelles infections au VIH/sida ont été enregistrées, dont 650 000 personnes décédées d'une maladie opportuniste liée au VIH/sida. Bien que le nombre de décès soit en baisse, le taux de nouvelles infections au VIH/sida reste en hausse en 2021. La maladie reste toujours une préoccupation mondiale.

En Afrique subsaharienne, les décès provoqués par le VIH/sida étaient beaucoup plus nombreux que ceux provoqués par d'autres causes (Borgdorff et *al.*, 1995 cités par L. Aventin, & P. Huard, 1999). Face à l'ampleur de la maladie, le monde du travail a montré un engagement concret et déterminé pour inverser son cours. La coalition mondiale des entreprises contre le VIH/sida s'unit aux combats des États pour accéder aux traitements à moindre coût. La pression exercée sur les compagnies pharmaceutiques et la création de mécanismes de financements massifs (le Fonds Mondial de lutte contre le VIH/sida, la Tuberculose et le Paludisme (FM) en 2002, le President's Emergency Plan for AIDS relief (PEPFAR) en 2003, et l'UNITAID en 2006), débouchent rapidement sur la gratuité des ARV dans la plupart des pays africains.

En 2021, l'Afrique subsaharienne apparaît comme la partie du continent africain la plus touchée. Sur une estimation de 38,4 millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde, cette région accueille les deux tiers soit un taux de 25,6 millions des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH) (OMS, 2022).

En Côte d'Ivoire, face au haut degré de la contamination des adultes, les structures sont confrontées aux conséquences économiques qui se traduisent par l'absentéisme, la disparition de salariés qualifiés, la démoralisation du personnel, le recul de la productivité, la perte du profit et la rapide montée du coût de la protection sociale (L. Aventin, 1997 ; Eholie & *al.*, 2003 ; F. Eboko, 2005). Les jeunes âgés de 15 à 24 ans, sont parmi les plus touchés et enregistrent le plus grand nombre de nouveaux cas d'infection alors qu'ils représentent la main-d'œuvre future des structures publiques et privées (ONUSIDA, 2002). Dans ce contexte d'urgence sanitaire, les structures privées ont contribué de manière significative à « l'universalité » rapide et à la gratuité des ARV. Cette riposte a pris des formes diverses, depuis les mesures visant à protéger





la main-d'œuvre jusqu'aux activités de proximité dans les communautés, en passant par la philanthropie (A. Bekelynck, 2015). Tous ces efforts conjugués ont permis de faire reculer la pandémie. Le résultat de cette lutte s'est matérialisé par un fléchissement à la baisse de la courbe de prévalence nationale du VIH/sida. Le taux du VIH/sida en Côte d'Ivoire est en réduction, depuis 2005 passant de 4,7%, à 4,5% en 2008 avant d'atteindre 3,7% en 2012 dans la population générale. Ce taux est passé à 3,5% en 2014 et était de 3,2% en 2015. En 2021, une baisse régulière du taux de décès est observée bien que les nouveaux cas d'infection restent déterminants. En effet, durant la seule année de 2021, la prévalence du VIH/sida est relativement modérée à la hausse, avec 1,5 millions de personnes nouvellement infectées par le VIH/sida (ONUSIDA, 2020).

À Bouaké, les structures privées et publiques ont montré leurs capacités de résilience face au VIH/sida dans une zone hautement endémique après la crise post électorale de 2011 (PNLS, 2020). Pour faire face à la maladie et ses conséquences multiples, la CIE de Bouaké, la Mairie, la RTI et l'ANADER ont développé des mécanismes de résilience pour préserver leur main-d'œuvre de la maladie. Pour la CIE, l'engagement s'inscrit dans une démarche de redynamisation des dispositifs et mécanismes de lutte pour certaines structures privées existants. Quant aux autres, leur implication répond au principe de la Responsabilité Sociale de l'Entreprise (RSE).

Des mesures préventives ont été instaurées au sein des dites structures. Elles ont consacré une partie de la durée légale de travail à des programmes pédagogiques sur le VIH/sida en passant par la formation et l'éducation. En outre, elles ont mis en place des unités de lutte contre la pandémie notamment des comités VIH/sida en vue de l'information et de l'éducation des employés sur la maladie. Tous ces mécanismes constituent une tentative visant à freiner ou atténuer la propagation et l'impact du VIH/sida dans le milieu du travail.

Toutefois, selon l'Enquête Démographique de Santé en Côte d'Ivoire (EDS-CI, 2021), 75% d'hommes ne connaissent pas leur statut sérologique, contre seulement 24,9% d'hommes ayant réalisé un test de dépistage. Chez les femmes, 56% n'ont jamais fait un test de dépistage contre 43,1% ayant déjà réalisé un test de dépistage. La prévalence a connu ces dernières années une forte progression chez les adultes. Selon le Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH (2021-2025), le taux de prévalence chez les adultes de 15 à 49 ans s'élève à 5,69 % dans le district sanitaire de Bouaké-Sud. Cette prévalence est supérieure à la moyenne nationale de 2,39 % (PNLS, 2020). Le VIH/sida demeure toujours parmi les maladies infectieuses préoccupantes



malgré les connaissances et la disponibilité d'un traitement vital, jusque-là proposé comme un moyen de prévention efficace.

En revanche, au cours de ces dernières années, la lutte contre le VIH/sida semble ne plus fait l'objet d'un intérêt capital dans le milieu du travail. La lutte contre cette maladie dans les structures est fragilisée par les pandémies successives comme Ebola et la Covid 19. Ces pathologies émergentes ont fait du VIH/sida une maladie négligée dans le quotidien des structures. Ce constat se nourrit des ambivalences constatées dans le déploiement des dispositifs et mécanismes de lutte au sein des structures privées et publiques. C'est d'ailleurs ces ambivalences que le présent article se propose d'analyser. En clair, il vise à répondre à la question suivante : comment s'expliquent les ambivalences constatées dans les structures publiques et privées à Bouaké ? Une question dont la réponse requiert d'une part, une description des ambivalences constatées et, d'autre part, une analyse des logiques sous-jacentes.

## **1. Matériels et méthodes**

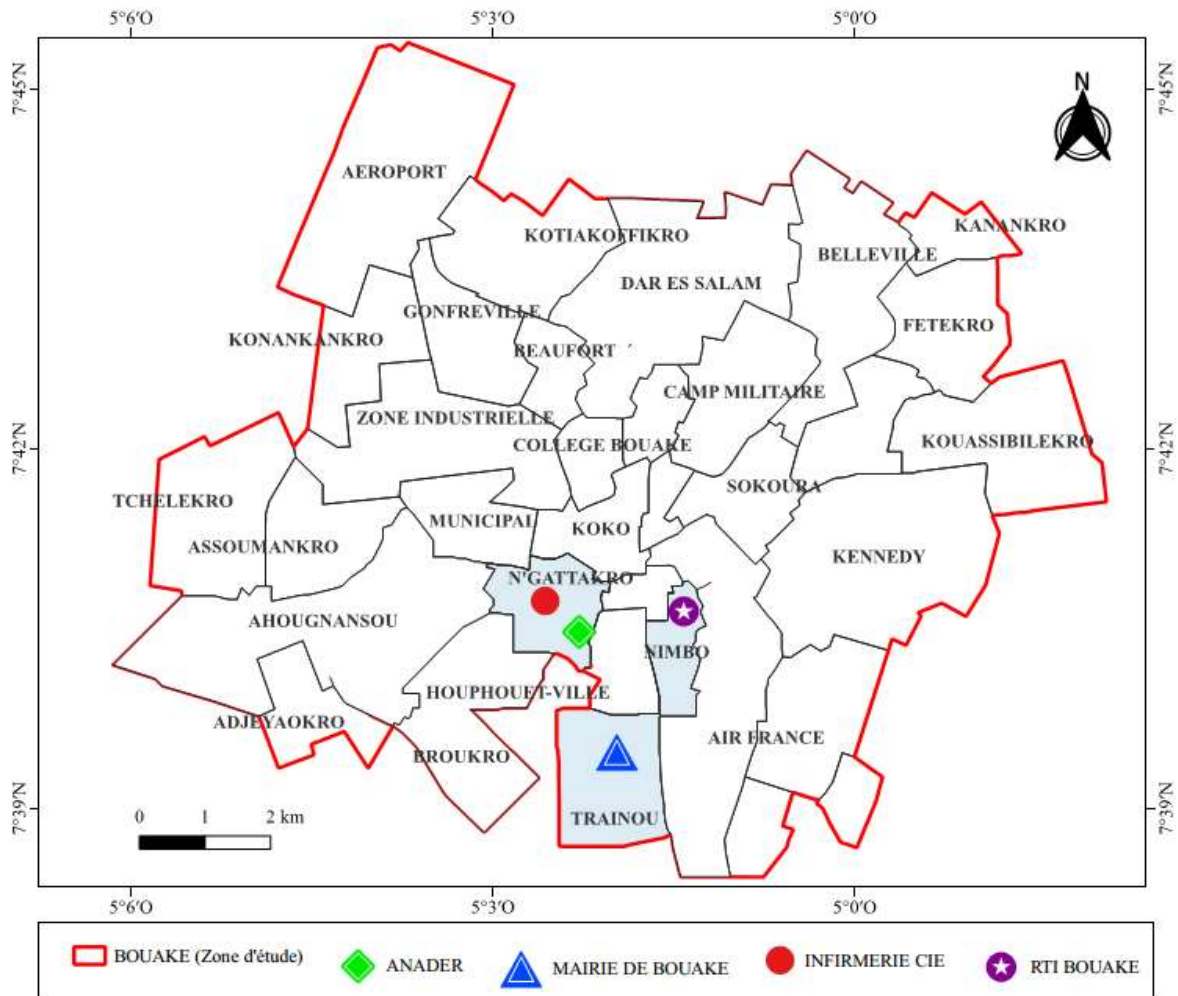
### **1.1. Lieu de l'étude**

L'étude a été réalisée à Bouaké, ville située au centre de la Côte d'Ivoire dans la vallée du Bandama. Elle est la deuxième grande ville du pays après Abidjan et le chef-lieu de la région du Gbêkê. Une population de 832. 371 habitants<sup>1</sup>, dont 433. 52 hommes et 398.619 femmes. Cette population est répartie sur une superficie de 312 km<sup>2</sup> (RGPH, 2021).

L'étude a concernée deux structures privées (CIE et ANADER) et deux publiques (RTI et Mairie de Bouaké). La CIE est une structure privée qui opère dans le domaine de l'énergie, son engagement et ses compétences dans la lutte contre le VIH/sida, lui a conféré un leadership dans ce domaine. Elle fait partie des structures premières à s'engager dans la lutte. L'ANADER, intervient dans l'encadrement des agriculteurs en milieu rural. Cette structure a eu la particularité d'être bénéficiaire d'une aide internationale notamment du Presidential's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). En outre, la RTI-Bouaké a pour secteur d'activité les médias. Au sein de cette structure, s'est développée un organe spécialisé dans la lutte contre le VIH/sida. Ses actions dans la lutte contre cette pandémie sont d'envergure nationale. Quant à la Mairie de Bouaké, elle est une structure à caractère étatique et publique, territoriale et décentralisée. Son intervention dans la lutte contre le VIH/sida est récente. Elle se situe

---

notamment après la crise post-électorale de 2011. La carte ci-dessous localise ces différentes structures enquêtées dans la ville de Bouaké :



Source: CNTIG 2018

Auteur: Kouamé Y. Franck, Juillet 2023

## 1.2. Techniques de collecte

Les techniques mobilisées pour le recueil des données sont : l'observation, la recherche documentaire, la capture d'images et l'entretien semi-directif.

### 1.2.1. Observation

L'observation directe nous a permis de porter une attention sur les discours, faits, gestes, signes, consignes, activités et actions des différents acteurs au sein des structures. Les chartes, les prospectus, les affiches ont été observées et photographiées. À l'observation directe, nous avons associé l'observation participante. Celle-ci a consisté en une immersion pendant des jours au sein des structures enquêtées. À la CIE particulièrement où les activités sont beaucoup visibles, nous avons opté pour un stage en vue d'être acteur et observateur des faits in situ. Ce stage nous a permis d'instaurer un climat de confiance de sorte à pouvoir observer tout fait susceptible

d'avoir du sens, en rapport avec notre objet d'étude. Nous avons partagé avec les employés leur quotidien, les séances de rencontres, leurs réalités dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida. Nous avons par exemple observé tout le discours, les pratiques qui se construisent autour de la visite médicale annuelle, les consultations, les campagnes de sensibilisation. En outre, avec l'accord des responsables de la CIE, nous avons participé aux séances de formation et d'informations en rapport avec le VIH/sida. Toutes les activités et observations menées dans le cadre de l'immersion ont été décrites et transcrites de manière fine et détaillée dans un journal de terrain.

### **1.2.2. Recherche documentaire**

La recherche documentaire nous a permis de consulter des documents méthodologiques de sociologie et d'anthropologie, des articles scientifiques, des rapports, des mémoires et thèses etc. existant sur la problématique du VIH/sida et surtout dans le milieu professionnel. Ces recherches documentaires nous ont permis de comprendre les thématiques et les aspects abordés par les écrits antérieurs en rapport avec le sujet de recherche, de faire l'analyse situationnelle, et de mener la discussion des résultats.

### **1.2.3. Capture d'images**

La capture d'images a permis de collecter des données iconographiques. Ces images ont servi d'illustration certaines analyses relatives aux ambivalences. Les images prises ont été commentées. Nous avons photographié les chartes, les prospectus, les affiches etc. En d'autres termes, tout document ou objet ayant du sens, un intérêt pour ce travail de recherche a été collecté.

### **1.2.4. Entretien semi-directif**

L'entretien semi-directif a permis de collecter les données, informations auprès des différentes catégories d'acteurs concernés. Des interviews ont donc été effectuées avec les directeurs des structures, les professionnels de santé, les leaders des comités VIH/sida et les employés. Les entretiens ont été enregistrés après l'obtention du consentement éclairé des interviewés. Nous avons rassuré les répondants de la confidentialité des informations reçues et de la garantie de l'anonymat. L'enregistrement nous a permis également d'obtenir l'intégralité du discours, des réponses des répondants aux différentes questions de recherche.

## **1.3. Répondants**

Nous avons interrogé le responsable de chaque structure (DR) ou le directeur des ressources humaines (DRH) ; les leaders des comités VIH/sida ; les employés ; les professionnels de la

santé (médecin, infirmiers, aides-soignantes, agents paramédicaux, cadre médico, assistant social). La variété des répondants a permis de disposer d'un corpus de données qui rendent compte des ambivalences constatées.

#### **1.4. Corpus de données**

Le corpus de données du présent article est composé de : 10 entretiens semi-directifs ; 2 journaux de terrains ; 3 modules de formations (power point) ; 3 documents (plans de communication, plans d'actions, suivi du plan d'action).

#### **1.5. Traitement des données**

Les données transcrites importées sous le logiciel Nvivo 20 pour être classifiées puis encodées. Après l'encodage, les données ont été exportées sous Word pour analyse de contenu.

Pour un respect des principes éthiques, les identités des répondants ont été rendues anonymes par l'affectation de prénoms fictifs. Cette opération visait à protéger le répondant et le chercheur contre tous les risques d'exposition. Le corpus des données a été codé de sorte que seul le chercheur et son encadrant n'y ont accès.

#### **1.6. Cadre théorique**

Cet article s'appuie sur un cadre théorique mobilisant la théorie de l'acteur stratégique. Cela en vue d'une meilleure lecture socio-anthropologique des ambivalences dans les structures publiques et privées.

Cette théorie, élaborée par M. Crozier et E. Friedberg (1977), conçoit que les conduites humaines sont dictées par l'expression de choix rationnel que les individus opèrent en fonction de leur réalité et des contraintes de leur situation. Cependant, cette rationalité est limitée en face d'un problème à résoudre. L'individu, en raison de ses limites structurelles, choisit une solution parmi tant d'autres possibles. Les comportements auxquels aboutissent les analyses d'un acteur peuvent être analysés comme le reflet de ce qui lui paraît raisonnable. Ce comportement a toujours un sens. La source du pouvoir réside dans la marge de liberté dont dispose chaque individu engagé dans le processus d'échange inégal et de coopération.

Cette théorie nous a permis de comprendre les rationalités qui sous-tendent les ambivalences constatées dans les stratégies mises en œuvre par les acteurs en interactions dans la lutte contre le VIH/sida au sein des structures enquêtées.



## 2. Résultats

L'engagement des structures dans la lutte contre le VIH/sida laissent transparaitre des ambivalences à différents niveaux. Celles-ci sont par ailleurs sous-tendues par des logiques diverses.

### 2.1. Ambivalences dans l'engagement des structures publiques et privées

Les ambivalences constatées dans la lutte contre le VIH/sida au sein des structures privées et publiques enquêtées s'articulent autour du test de dépistage du VIH/sida qui dévoile une violation de l'éthique et des droits humains, du relâchement dans les programmes VIH/sida des structures, de l'approche multi-maladies adoptée par celles-ci.

#### 2.1.1. Test de dépistage du VIH/sida, violation de l'éthique et des droits humains

La violation de l'éthique et des droits humains, comme ambivalence, émerge de l'analyse des données relatives à la pratique du test de dépistage du VIH/sida au sein des structures enquêtées. En effet, il nous a été donné de constater à la CIE que l'usage du test de dépistage au cours de la visite systématique annuelle (VSA) dévoile des pratiques non conformes aux principes éthiques. Au cours de cette visite, le test de dépistage de masse appelé communément en entreprise « *test de dépistage obligatoire pour tous* » se pratique de manière systématique, ce, dans l'optique d'atteindre l'ensemble des employés sans exception chaque année. Il est proposé à tous les employés et accompagné par des formalités notamment le renseignement de la fiche de consentement éclairé. En revanche, sous ces formalités éthiques se cache une réelle coercition, une contrainte, une obligation exigeante les employés à adhérer et à coopérer lors du test de dépistage. Cette analyse repose sur les déclarations ci-dessous des employés et agents de santé enquêtés.

Selon des employés :

« J'avais oublié un point. Chaque année, on a la visite annuelle systématique (VSA). Ça c'est pour tous les agents sans exception dans cette visite comme on le dit c'est pour voir l'état de santé des travailleurs on va faire les prélèvements, on fait le test en même temps (rire), on dit que ce n'est pas obligatoire hein mais bon c'est en quelque sorte obligatoire on doit enlever le sang à tout moment pour aller faire des analyses. » <Fichiers\\Entretiens Structure privée\\Bénéficiaire/Mathias>

« Moi je suis arrivé j'ai vu qu'on fait le test. J'ai mis mon nom sur la liste. J'ai mis mon nom puisque je ne veux pas me faire remarquer, je ne peux pas dire je ne fais pas le test. Non. Il y'a un infirmier qui est là, lui il a son papier, c'est comme si ce n'est pas obligatoire. Tu peux dire non de ne pas faire le test comme tu peux faire aussi. », <Fichiers\\Entreprise Privée\\Bénéficiaire/Camir>

Ce caractère contraignant de la visite médicale systématique annuelle au cours de laquelle le test est imposé aux employés est corroboré par le propos ci-dessous d'un agent de santé :

« L'autre élément, c'est que nous, on fait le test ici, on ne sort pas, c'est les agents qui nous trouvent ici dont c'est pendant la consultation que l'infirmier propose à l'agent qu'il accepte où qu'il refuse. Maintenant pendant les visites médicales systématiques là c'est obligatoire, là tout le monde fait. Mais dans une consultation normale par exemple aujourd'hui, un jour ordinaire si vous êtes passé où venir nous voir là on vous propose. Peut-être que vous faites des signes de palu répété tout ça là on vous propose, c'est le dépistage volontaire. Quand il s'agit de faire une visite médicale annuelle là ça doit afficher dans ton dossier médical, là c'est obligatoire, c'est systématique, tu t'assois et puis on fait, on ne demande pas ton avis, là c'est systématique, tout le monde faire »  
Fichiers//entreprise privée//Professionnel de santé// Xavier.

Ces propos mettent à nu le caractère contraignant du test de dépistage pratiqué lors des visites annuelles dans les structures. Cette visite médicale est donc un cadre favorable pour la pratique du test de dépistage de manière contraignante mais inavouée. Bien évidemment, les formalités éthiques semblent être observées notamment le renseignement de la fiche du consentement éclairé. Cependant, celles-ci restent uniquement qu'une procédure administrative. En effet, le consentement des travailleurs ne peut pas être toujours pleinement libre et éclairé dans la mesure où si un travailleur refuse de se soumettre à un examen, celui-ci se fera remarquer négativement et s'exposera aux représailles au niveau de son service. Certains employés se mettent dans une logique d'acceptabilité sans réellement donner leur consentement libre. La dynamique autour du test de dépistage de masse qui est destinée à impliquer le plus grand nombre d'employés possible voire tous les tous employés à se faire dépister, bien que permettant de suivre régulièrement la santé des employés, est une négation des principes éthiques et des droits des employés. Cette démarche est une transgression de l'éthique et des droits humains pour atteindre cet objectif.

En second lieu, en dehors de la pratique du test de dépistage lors de la visite médicale annuelle, la mise en œuvre du test de dépistage reste une problématique lors des consultations. A la CIE, le test de dépistage reste un indicateur important dans l'évaluation annuelle du prestataire de soins. Chaque année, un quota est fixé au centre médical en dehors des dépistages de masse et son atteinte est obligatoire. En effet, dans le cahier de charge du prestataire de soins, celui-ci a un objectif à atteindre. Pour atteindre cet objectif annuel, l'usage du Conseil Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP) est davantage pratiqué, sans le consentement éclairé de l'employé. Les propos ci-après d'un agent de santé étayent cette analyse :

« Généralement dans nos objectifs... L'année dernière j'ai fait 135 dépistés donc cette année je dois faire 150. Tu comprends non, donc les 150 là il faut que je fasse aux agents qui viennent à la consultation donc je dois chercher à



les convaincre qu'il fasse le dépistage donc je me suis fixée peut-être 15 par mois si je veux atteindre 150 ou bien 12, 13 par mois. » <Fichiers\\Entreprise privée\\Professionnel de Santé\\Fabrice>.

Il y a donc une application approximative du CDIP. Cela a d'ailleurs été mis en exergue également par les données d'observation collectées au sein de l'une des structures enquêtées et dont l'extrait de journal de terrain suivant rend compte :

Mon premier jour de stage à la CIE, je m'entretiens avec un employé (ce travailleur est un membre du CSST). Pendant l'entretien avec l'employé dans le bureau du cadre médico, un infirmier (infirmier chargé de pratiquer le test de dépistage, il est le plus âgé parmi les infirmiers) rentre avec le dispositif du test de dépistage en main. Il signifia à son responsable qui a reçu le dispositif du test de dépistage sans le solvant. Il déposa l'outil sur le bureau de son responsable. Étant sur le point de sortir du bureau, il s'adressa ainsi à mon interlocuteur :

- **Infirmier** : « toi, on a déjà fait ton test non ? »
- **Employé** : « oui, j'ai vu le résultat, mais je ne vous ai pas demandé de faire mon test de dépistage »
- **Infirmier** : « Comment ça, tu n'as pas demandé ? Ici, on demande toujours votre avis avant de faire le test. »
- **Employé** : « non, je n'ai pas demandé »
- **Infirmier** : « la dernière fois tu as demandé, c'est pourquoi j'ai fait, tu as oublié peut-être »

Alors une discussion s'engage entre l'infirmier chargé de faire le test de dépistage du VIH/sida et le répondant, chacun se défendant.  
Extrait du JT, ADOU, 2021.

Ce JT met ainsi en évidence un incident autour de la pratique du test. Il montre qu'il y a des pratiques cachées et le test de dépistage se fait souvent de manière dissimulée sans l'accord libre des employés. Ces données montrent que la pression exercée dans l'atteinte des objectifs annuels justifie la violation des principes éthiques et l'introduction du test de dépistage au cours des consultations. Quand on considère le fait qu'un quota lui est fixé au niveau du test de dépistage en routine dont son atteinte est obligatoire, le respect du consentement libre et éclairé de l'employé avant la réalisation du test peut être compromis. Dans un tel contexte où chaque année l'objectif de dépistage du VIH/sida est croissant et son atteinte est obligatoire pour les acteurs de santé en entreprise, le risque de violation des principes éthiques reste déterminant et évident.

### **2.1.2. Relâchement dans le programme VIH/sida des structures publiques et privées**

Le relâchement est une ambivalence constatée dans l'engagement des structures enquêtées dans la lutte contre le VIH/sida. Cette ambivalence se situe aux niveaux des campagnes de sensibilisation d'abord. Le relâchement observé se traduit par une baisse considérable des séances de sensibilisation sur le VIH/sida. Ces actions visibles, concrètes qui traduisaient leur engagement sont en baisse voire supprimées dans le quotidien de ces acteurs. Cette régression

se situe au niveau de la fréquence des sensibilisations menées au sein de la structure notamment à la CIE. On observe même une absence totale des sensibilisations de masse sur le VIH/sida dans certaines structures publiques (RTI, Mairie) et au niveau de certaine structure privée (l'ANADER). Le propos ci-dessous n'en dit pas moins :

Bon en tout cas au niveau d'ici, nous n'avons pas encore eu l'occasion de faire une sensibilisation de masse ou bien même organiser peut-être un petit séminaire au cours duquel on allait pouvoir échanger comme ça franchement on n'a pas encore fait donc c'est un peu ça. <Fichiers\\Agent de santé\\Olga> »

Ensuite, l'ambivalence se situe au niveau des supports de communication. En effet, un manque de matériel de communication a été constaté lors de notre immersion dans les structures. Les observations ont permis de relever une disparition progressive des moyens de communication (dépliants, prospectus, affiches et poster) au niveau de certaines structures engagées dans la lutte notamment la (CIE) et une absence totale pour certaines (l'ANADER, la RTI et la Mairie). Bien que les dépliants, affiches, prospectus, et posters sur le VIH/sida, Kakémonos sont des outils de sensibilisation destinés au grand public produisant un impact à grand échelle. Ces matériaux de communication sur le VIH/sida dont l'usage régulière permettent d'atteindre un grand nombre de personne se trouvent aujourd'hui en voie de disparition, voire sont inexistant dans le quotidien de la lutte des structures enquêtées. L'usage de ces supports promotionnels étaient autrefois ancrés dans les activités de sensibilisation sur la maladie pendant les évènements socio-culturels (journée mondiale de la lutte contre le VIH/sida). Cependant, ces supports promotionnels sont devenus des pratiques rares même dans la structure pionnière de la lutte. Cette rareté des supports de promotion dans les locaux des structures et au sein des infirmeries constitue un facteur de réduction de la visibilité de l'engagement desdites structures contre le VIH/sida et de l'impact de la sensibilisation sur les employés et usagers de ces espaces publics.

Enfin, l'ambivalence en termes de relâchement se situe au niveau de la distribution des préservatifs. La distribution des préservatifs dans les structures enquêtées, est devenue une pratique rare sur le lieu de travail. Pour la Mairie, la RTI et l'ANADER, la distribution est faite occasionnellement notamment lors de la journée mondiale de lutte contre le VIH/sida. A ce stade, cette distribution des préservatifs se fait uniquement grâce aux dotations reçues des structures extérieures. À la CIE, la distribution des préservatifs semble ne plus être une priorité dans le programme VIH/sida de la structure. Cette absence de distribution des préservatifs, est soutenue par des logiques variées d'ordres religieux et éthique. En effet, les avis sont parfois mitigés quant à l'usage du préservatif par les employés. Le préservatif est l'objet de perceptions

socio-culturelles et religieuses, en dépit de son efficacité prouvée dans la lutte contre le VIH/sida. Si, pour certains employés, l'utilisation des préservatifs est un élément pour le changement de comportement, pour d'autres, c'est un moyen d'encouragement à l'infidélité, une pratique contre-nature et qui s'opposerait aux principes religieux. Ainsi, l'utilisation du préservatif pose un problème éthique. Ce facteur constitue un obstacle dans la distribution des préservatifs dans certaines structures. Cet extrait d'entretien nous l'explique : « Bien sûr c'est les sensibilisations on a un comité ici qui est tenu de nous sensibiliser sur ces genres de maladie. Après avoir fini de nous sensibiliser il nous donne des préservatifs pour bien tromper nos femme » <Fichiers\\Entreprise Privée\\Bénéficiaire\\Jeremy>.

Outre la violation de l'éthique et des droits des employés dans la pratique du test de dépistage, le relâchement dans la lutte contre le VIH/sida, l'approche multi-maladies adoptée par les structures génère des ambivalences.

### **2.1.3. Approche multi-maladie : fragilisation de la lutte contre le VIH/sida**

L'approche multi-maladie adoptée par les structures enquêtées constitue une ambivalence qui se traduit par la fragilisation de la lutte contre le VIH/sida. Cette approche multi-maladie se traduit par l'intérêt accordé à d'autres problèmes sanitaires comme les maladies métaboliques et par l'utopie de la prévention dans la culture santé des structures publiques.

#### ***Maladies métaboliques***

Dans le milieu professionnel, l'expérience acquise dans la lutte contre le VIH/sida a permis la prise en charge d'autres maladies dites chroniques, notamment à la CIE. Désormais, force est de constater que l'enjeu au niveau de la santé ne se limite pas seulement à la prise en charge du VIH/sida mais à la prise en compte de toute autre affection qui peut affaiblir la main-d'œuvre des structures. Même si le VIH/sida demeure une priorité, l'accent est mis davantage sur des maladies telles que le diabète, le cancer, la prostate, l'insuffisance rénale, l'hépatite etc. Les structures intensifient leurs actions de lutte dans ces nouveaux champs. L'inclusion et la prise en compte de ces affections inscrivent ces structures dans un vaste champ d'action. Cela implique un aménagement des programmes de santé, la réduction des activités VIH/sida, la réduction des horaires consacrés à la lutte contre le VIH/sida. On se retrouve désormais dans une démarche intégrée avec des thématiques couplées notamment « VIH/sida et hépatite » : Un soignant nous disait ceci à cet effet :

« Bon le cancer du sein, le cancer de la prostate, le paludisme, le diabète et les maladies professionnelles, le stress professionnel, les conduites addictives et les troubles musculo-squelettiques. Ce qu'on inclut aujourd'hui de nouveau y

a deux thèmes les gens même on dit de faire ça de manière générale on a le stress professionnel et puis les conduites addictives. La sensibilisation, même si on sensibilise une fois dans l'année c'est déjà bon maintenant quand on commence même tu as choisi les thèmes on met VIH/SIDA ou bien on met VIH/ Hépatite. On fait les deux en même temps. » <Fichiers\\Entreprise Privée\\Professionnel de santé\\Fabrice>

Outre les propos susmentionnés, les images ci-dessous témoignent de la prise en compte d'autres maladies en plus du VIH/sida au sein des structures enquêtées notamment la CIE :



**IMG20210421\_115618.** Prise de vue réalisée le 04/04/2021 dans les locaux de la CIE à Bouaké. Elle présente un support de communication « kakemono » portant sur le dépistage précoce du cancer de la prostate. On peut y lire le message suivant : « le dépistage précoce sauve la vie ».

**Source :** A.T.M., données d'enquête, 2021.



**IMG20210421\_115725.** Prise de vue réalisée le 04/04/2021 dans les locaux de la CIE à Bouaké. Elle présente un support de communication « kakemono » portant sur le dépistage du cancer du sein. On peut y lire le message suivant : « le dépistage tôt, se soigne et on en guérit sauve la vie ».

**Source :** A.T.M., données d'enquête, 2021.

### *Culture de prévention dans le secteur public : une utopie sociale*

Les observations portant sur le dispositif de prévention au sein du secteur public nous ont permis de relever une ambivalence se manifestant en une absence de culture de prévention et l'accès aux soins primaire. Ces structures à caractère étatique ou dépositaires de l'action publique, présentent une fragilité accrue en termes de prévention du VIH/sida. La préoccupation majeure dans des services de santé au sein des structures a été jusque-là d'assurer un accès aux soins aux employés plutôt que de favoriser une culture de la prévention. En effet, on assiste à une limitation des services médicaux au respect de la protection sociale et de sécurité notamment les accidents de travail, la prestation familiale, la disponibilité des premiers soins. L'exercice quotidien de leur profession s'écarte des normes théoriques concernant le VIH/sida qui mettent l'accent sur la prévention.

À la RTI, une soignante décrit les activités prioritaires de son service de santé en ces mots :

Pour ce que je sais, il y a eu des agents, au niveau de la RTI, il y a un peu de tout hein, il y a des caméramans qui peuvent arrêté le travail à cause de la fatigue, ils sont malades, ils doivent aller se soigner donc chaque fois et quand c'est comme ça, ça met les émissions en retard, des blessures même, comme je le dis, surtout en soulevant des objets donc pour ce que je sais c'est dans cette optique qu'elles ont décidé de créer une infirmerie proche des agents,

permettre aux agents de pouvoir se soigner sur place parce que d'autres trouvaient des prétextes du genre je vais me faire soigner et qu'ils vont, ils ne reviennent plus voilà, donc ça ralentissait un peu le travail c'est un peu ça <Fichiers\\Entreprise Publique\\Professionnel de la santé//Olga>

Il ressort de ce propos que la question de la prévention du VIH/sida ne se trouve pas au cœur de la réflexion managériale et des valeurs de cette structure. La présence de structures de santé au sein des structures répond plus à un besoin de prise en charge des employés malades et beaucoup moins sur la sensibilisation. Ces points évoqués au-dessus représentent tout le paradoxe et les limites de cet engagement collectif des structures publiques dans la lutte contre le VIH/sida.

En synthèse, toutes ses ambivalences relevées montrent que la lutte contre le VIH/sida est beaucoup moins visible au sein des structures enquêtées comme si cette pandémie avait perdu de sa virulence. L'analyse des données montre que ces ambivalences répondent sur des logiques diverses.

## **2.2. Logiques relatives aux ambivalences relevées dans la lutte contre le VIH/sida**

Les logiques relatives aux ambivalences relevées dans la lutte contre le VIH/sida sont de deux ordres. Nous avons des logiques épidémiologique et financière.

### **2.2.1. Logique épidémiologique : VIH/sida une pandémie maîtrisée**

Une idéologie a marqué la conscience collective au niveau de certaines structures notamment la CIE, tant au niveau du personnel soignant que les employés : celle du VIH/sida perçu comme une pandémie maîtrisée. En premier lieu, la CIE manifeste une grande fierté quant au taux élevé des travailleurs dépistés. Les campagnes de sensibilisation qui bénéficient d'une adhésion massive des employés au test de dépistage, la baisse du nombre de personnes dépistées positives et les employés sous ARV dont la charge virale est indétectable sont interprétées par la CIE comme des indicateurs d'une gestion réussie de leur programme VIH/sida. Désormais, l'infection à VIH/sida est largement considérée comme une maladie maîtrisée grâce au progrès thérapeutiques et au système de gestion de la pandémie mis en place par la structure. Toutefois, si la CIE fait référence aux progrès thérapeutiques et au système de gestion mis en place pour lutter contre la maladie en déclarant qu'elle est maîtrisée en son sein, dans les autres structures tel n'est pas le cas. Une inactivité dans la lutte contre le VIH/sida a été fortement observée. Cependant, cette perception de la pandémie comme une maladie maîtrisée est également répandue à l'ANADER, la RTI et la Mairie. En effet, les enquêtes menées au sein de ces structures soulignent cet attachement à cette idéologie selon laquelle le VIH/sida est perçu



comme une maladie maîtrisée, ce qui conduit à sa banalisation. Selon ces structures, le VIH/sida est désormais une maladie qui n'est plus à craindre. La mortalité élevée dont étaient victimes les employés infectés par le VIH/sida a été ainsi palliée grâce à la gratuité des ARV. Alors, le VIH/sida ne suscite plus la peur chez les premiers responsables des structures car l'espérance de vie d'un séropositif n'est plus à craindre.

### **2.2.2. Logique financière**

Il y a des logiques financières qui sous-tendent les ambivalences relevées dans la lutte. En dehors de la CIE, l'absence d'un fonds consacré à la lutte contre le VIH/sida constitue un facteur de faiblesse pour les structures privées et les structures publiques enquêtées. En effet, ces structures visitées ne disposent pas d'un mécanisme de financement pour mener les activités dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida. Alors, n'ayant pas de ressources financières propres, elles dépendent largement de l'aide internationale à travers des projets financés par des bailleurs de fonds. Cette contrainte budgétaire implique un manque de matériel notamment des préservatifs, des affiches, des circulaires qui devrait être mis à disposition des travailleurs pour une sensibilisation pérenne. Dans le cas spécifique de la Mairie, la mobilisation d'une ressource financière se fait au moyen d'une cotisation. Cette cotisation se fait uniquement entre les membres du comité VIH/sida tout en sollicitant des donateurs extérieurs. La dépendance au plan financier est donc l'un des déterminants du relâchement des structures enquêtées dans la lutte contre le VIH/sida.

### **3. Discussion**

Le VIH/sida est une problématique de santé publique qui a fait l'objet de recherches notamment dans le milieu de travail. La présente recherche s'inscrit dans la continuité des travaux antérieurs. Elle a permis de comprendre que l'engagement des structures privées et publiques enquêtées est contrasté dans la mesure où il renferme des ambivalences à plusieurs niveaux. Dans un premier temps, ces ambivalences ou contradictions sont inhérentes au pratique du test de dépistage lors des VSA et des consultations. Il a été démontré que le déploiement du dispositif du test de dépistage au sein des structures heurte les principes éthiques et les droits des travailleurs. En effet, il ressort que lors des visites médicales systématiques annuelles, les principes éthiques et les droits des travailleurs sont souvent violés. Les travailleurs sont soumis de manière inavouée au test sans possibilité réelle de s'en soustraire. En outre, les soignants eu égard aux objectifs à atteindre en termes de personnes dépistées par année, font fi de l'éthique et des droits des travailleurs. Lors des consultations, ils les soumettent au test systématiquement, souvent sans raison valable et sans avoir au préalable recueilli leur consentement libre et éclairé.





Ce résultat est partagé par des travaux antérieurs en anthropologie ayant montré que la réalisation du test de dépistage débouche sur des pratiques illicites dans les entreprises.

Dans ses travaux sur la discrimination à l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise dépistages illicites du VIH/sida et licenciements abusifs, L. Aventin (1997), révèle la pratique des dépistages dissimilées envers des postulants à l'embauche et des employés infectés dans les structures privées en Côte d'Ivoire. Selon lui, à l'époque, l'impact du VIH/sida étant devenu un objet de préoccupation pour les structures elles-mêmes, en raison de l'ampleur de la maladie et de ses caractéristiques particulières, les entreprises ont mis en place des mesures organisationnelles de riposte. Parmi elles, figure l'adoption des stratégies discriminatoires pour exclure les candidats à l'embauche et les employés infectés afin d'éviter des dépenses supplémentaires. Une exclusion qui selon l'auteur qui participe des inégalités induites par l'infection à VIH/sida sur le marché de l'emploi dans les structures privées. Tout comme les travaux d'Aventin (idem), notre étude révèle des contradictions qui émergent lors de la pratique du test de dépistage au cours des (VSA) dans certaines structures, bien que le test de dépistage soit soumis à des normes éthiques. Toutefois, contrairement à Aventin (ibidem), nos recherches montrent que si autrefois la domination de l'employeur était flagrante à travers les pratiques discriminatoires, une amélioration des relations a été notée. Le VIH/sida n'est plus un facteur d'exclusion de la vie professionnelle. Cependant, les contraintes associées au VIH/sida ne sont pas enrayées dans le milieu du travail. En témoigne le caractère contraignant du dépistage associé à la visite médicale annuelle (VMA). Cette visite dénote d'une violence psychologique, inavouée mais manifeste exercée sur les employés par les soignants afin de les contraindre au test de dépistage. C'est donc une relation de force qui se manifeste pendant cette visite et se trouve étayée par A. Bekelynck (2015). Selon cet auteur, l'ambivalence induite lors de la mise en œuvre du test de dépistage indique l'existence d'un déséquilibre entre le rapport de force inégal entre employé et la hiérarchie. Alors, la violation des droits humains et éthiques finit par s'ériger et s'incorporer dans cet ordre structurel. Nous convenons avec elle dans la mesure où l'étude a montré qu'il y a violation des droits des travailleurs à travers le VMA.

Allant dans le même sens, A. Desclaux & A. Touré (2018), dans leur étude portant sur l'ambivalence des médicaments, soulignent que dans les interactions, lorsque l'individu se trouve au centre de l'attention et est traité avec dignité, les résistances disparaissent à priori. Les auteurs soulignent que la qualité de la prestation, les soins prodigués de manière générale par le service médical en entreprise accroître la confiance des bénéficiaires. A priori, cela est vrai dans le cadre de nos recherches. Les VMA sont une preuve de l'attention accordée par les



employeurs à leurs employés. Toutefois, les modalités de mise en œuvre du test pendant ces VMA laissent transparaître des desseins inavoués et qui répondent aux intérêts des employeurs.

Dans un deuxième temps, les résultats indiquent une faible culture de la prévention dans la lutte contre le VIH/sida au sein des structures sanitaires notamment les structures du secteur public. Or, des auteurs attirent l'attention sur la portée de la prévention dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en milieu de travail. En effet, D. Lhuilier, S. Amado & al, (2007), dans une étude intitulée vivre et travailler avec une maladie chronique (VIH-VHC), soulèvent la problématique du VIH/sida et le maintien dans l'emploi. Cette étude avait pour objectif d'étudier l'organisation de la vie quotidienne des travailleurs avec une maladie chronique de longue durée notamment les activités, les conditions de vie et le contexte institutionnel. Les auteurs soulignent que l'interruption dans les trajectoires professionnelles répondent à des arrangements entre les exigences de l'état de santé, des soins et le milieu du travail. Ainsi, se dégage une dimension collective au détriment de l'expérience particulière. Une socialisation permanente à travers les sensibilisations participe à une réduction du poids du silence, le tabou, et de l'énergie dépensée dans le contrôle de l'information sur la séropositivité d'un PVVIH et son état de santé. Ces actions collectives permettent de faire du VIH/sida un objet de discours sur le lieu du travail pour accroître le contrôle de la maladie.

Dans un troisième temps, notre étude a révélé une régression, un relâchement significatif de la lutte contre le VIH/sida au sein des structures engagées. Certaines structures étudiées se sentent moins confrontées au VIH/sida. Dans un contexte où ces structures ne perçoivent pas l'impact direct du VIH/sida sur la productivité et la rentabilité de leurs structures, celles-ci se sentent moins confrontées à la pandémie. L'accessibilité aux ARV gratuitement permet aux travailleurs de vivre en bonne santé et d'être productifs au sein des structures. Leur sérologie et prise en charge n'induisent plus de pertes en ressources humaines qualifiées et financières aux structures. Par ailleurs, la lutte des structures est fragilisée par le manque de fonds. Bien que les ARV soient disponibles et accessibles à tous, le volet préventif reste coûteux notamment les sensibilisations de masse. La prévention nécessite une logistique et des ressources humaines compétentes à la matière. Pour ce faire, les structures ont besoin de fonds pour le financement de leurs activités de prévention. Or, non seulement les structures enquêtées, à l'exception de la CIE, ne disposent pas de fonds sida mais elles ne perçoivent plus la nécessité d'investir dans ce domaine.



Outre les ambivalences relevées au niveau du test de dépistage et qui sont étayées par les travaux antérieurs, notre recherche soulève un nouveau facteur explicatif de la fragilisation de l'engagement des structures dans la lutte contre le VIH/sida. Il s'agit de l'approche multi-maladie adoptée par les structures. La prise en compte d'autres maladies, en plus du VIH/sida, implique un réaménagement des programmes, des ressources et du temps d'activité. Cela induit un relâchement des efforts dans la lutte contre le VIH/sida.

Dans une perspective théorique, les ambivalences relevées se présentent comme des stratégies ou alors des opportunités (M. Crozier, E. Friedberg, 1977) pour les structures enquêtées pour réduire leurs investissements humains, financiers, logistiques, etc. dans la lutte contre le VIH/sida. Une réduction qui leur permet de faire des économies. Comme dirait Taverne in J. Bénoist (1996), les recours thérapeutiques sont influencés par les modèles explicatifs de la maladie. Lorsqu'on se réfère à cet auteur, le relâchement dans l'engagement des structures enquêtées prend son sens dans la mesure où le VIH/sida est considéré désormais par ces celles-ci comme une maladie « maîtrisée » au regard des efforts considérables réalisés dans la lutte : disponibilité et gratuité des ARV, possibilité de vivre saine et durable avec la maladie.

Par ailleurs, au plan anthropologique, l'analyse du modèle explicatif de la maladie selon A. Kleinman et *al.*, (1978) permet également de comprendre ces idéologies qui influencent la mise en œuvre d'un programme VIH/sida au sein des structures. En effet, cette approche théorique stipule que la maladie se fonde sur trois perspectives. En premier lieu, l'approche biomédicale selon laquelle, la maladie est causée par un virus qui agresse l'organisme. En deuxième lieu, l'approche axée sur le vécu du malade. En troisième lieu, l'approche socio-culturelle qui confère une signification symbolique à la maladie. Selon les auteurs, la maladie est liée à la transgression d'une norme, un interdit social. Elle admet ainsi un rôle social, celui de réguler les comportements sociaux. Ainsi, la complexité de la plupart des spécificités culturelles est telle que certains aspects des cultures locales sont propices au comportement à risque. Cette conception de l'influence des valeurs culturelles dans la lutte contre le VIH/sida est partagée par plusieurs auteurs. Pour Y. J. Lathe, T. Traore, A. Toh (2022), la question de la rétention des PVVIH aux traitements ARV en Côte d'Ivoire est influencée par la culture thérapeutique. Les auteurs soulignent que cette diversité de l'espace thérapeutique (médecine moderne, médecine traditionnelle) affecte continuellement l'acceptabilité et l'adhésion durable aux soins ARV. À cela s'ajoute les facteurs socio-économiques, socio-familiale et professionnel. La culture pourrait certainement influencer sur la lutte contre le VIH/sida dans les structures bien que d'autres relèvent de principes éthiques qui mettent en évidence des valeurs de protection. La logique



épidémiologique mise en exergue par nos recherches dénote d'une culture institutionnelle selon laquelle le VIH/sida est perçue comme une maladie maîtrisée dans les structures enquêtées. Dans cette optique, l'examen du modèle de prise en charge des maladies selon Y. A. Gbocho (2017), propose la prise en compte de la dimension socio-culturelle comme un outil essentiel dans la prise en charge des maladies. En somme, les ambivalences relevées sont étroitement corrélées à tout un ensemble de facteurs dont la culture.

## **Conclusion**

Cette recherche a permis de relever les ambivalences de l'engagement des structures dans la lutte contre le VIH/sida. Celles-ci s'articulent autour du test de dépistage effectué lors des visites médicales et de l'application des CDIP lors des consultations, un relâchement au niveau de la communication. Une disparition des supports de communication tels que les affiches, les posters, les circulaires, etc. a été constatée au sein des structures. Nous avons également une baisse de la fréquence de sensibilisation dans certaines structures et une absence totale d'activités dans d'autres. Dans le secteur public, une absence de distribution de préservatifs a été observée. En outre, une approche multi-maladie est adoptée par les structures mais qui constitue un facteur de fragilisation des efforts de lutte contre le VIH/sida. Cette pandémie ne constitue plus le seul centre d'intérêt des structures. Leurs attention et efforts sont désormais portés sur plusieurs maladies, celles métaboliques notamment. On note également une faible culture de la prévention du VIH/sida dans les structures du secteur public. Celles-ci limitent leurs services au respect de la protection sociale et de sécurité notamment les accidents de travail, à la prestation familiale et à la disponibilité des premiers soins. L'ambivalence est ainsi observable dans les pratiques réelles et quotidiennes des structures enquêtées, en dépit de leurs discours.

L'étude a permis de comprendre les logiques liées aux ambivalences relevées dans l'engagement des structures. En effet, les ambivalences constatées dans les initiatives des structures privées et publiques sont des stratégies rationnelles de préservation du capital humain et de la productivité des entreprises. Les résultats montrent effectivement que l'implication des structures enquêtées dans la lutte est effectivement justifiée par des logiques de productivité, financières et épidémiologique.

En définitive, il est indéniable que des progrès réels ont été enregistrés dans le domaine du VIH/sida. Cependant, cette pandémie reste un problème de santé publique et d'actualité dont la



lutte efficace et durable nécessite une redynamisation des efforts en vue de préserver les acquis et de faire reculer ses frontières dans le monde et surtout dans le milieu du travail.

### Références bibliographiques

AVENTIN Laurent, 1997, « Discrimination à l'égard des employés séropositifs dans l'entreprise abidjanaise dépistages illicites du VIH et licenciements abusifs (1995/1996) », *Sciences sociales et santé*, vol. 15, No. 3, p.69-96.

AVENTIN Laurent & HUARD Pierre, 1999, « Les enjeux de la lutte contre le VIH/sida dans les entreprises en Afrique : Politiques de santé et valeurs sociales », *Revue internationale des sciences sociales*, vol. 1, No. 161, p.435-448.

BEKELYNCK Anne, 2015, *Les entreprises privées dans l'action publique de lutte contre le VIH/sida en Côte d'Ivoire : Un acteur comme les autres ?* [Thèse de Sociologie, publiée]. Université Sorbonne, Paris.

BENOIST Jean, 1996, *SOIGNER AU PLURIEL. Essais sur le pluralisme médical*. Paris : Les Éditions KARTHALA, 1996, 520 p.

BIT, 2010, *Recommandation n°200 concernant le VIH/ sida et le monde du travail*. Edition BIT.  
[https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:R200](https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R200) (consulté le 10/08/2022, 11 : 20)

BIT, 2010, *OIT et la collaboration inter institutions dans le système des Nations Unies : promouvoir l'égalité entre hommes et femmes dans le monde du travail*, BIT.  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/gender/documents/publication/wcms\\_155165.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/dgreports/gender/documents/publication/wcms_155165.pdf) (consulté le 18/09/2019, 17 : 11)

BIT, 2006, Service du dialogue social, de la législation du travail et de l'administration du travail. Combattre le VIH/sida sur le lieu du travail par la législation du travail et de l'emploi. BIT.  
[https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms\\_104784.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---gender/documents/publication/wcms_104784.pdf) (consulté le 06/07/2022, 17 : 45)



BIT, 2001, *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*. BIT. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed\\_protect/@protrav/@ilo\\_aids/documents/publication/wcms\\_113785.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@ilo_aids/documents/publication/wcms_113785.pdf) (consulté le 20/11/2020, 12 : 12)

CROZIER Michel, FRIEDBERG Ehrard, 1977, *L'acteur et le système*, Editions du Seuil, Paris.

DESCLAUX Alice, TOURE Abdoulaye, 2018, L'ambivalence des médicaments : Un traitement qui tue dans les Centres de Traitement Ebola (Guinée, 2014-2016). 7.

GBOCHO Yapo Antoine, 2017, « La lutte contre le VIH /sida comme modèle de prise en charge dans des maladies en Afrique Subsaharienne », *Santé publique*, vol. 2, No. 29, p.279-284.

EBOKO Fred, 2005, « Politique publique et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique ». *EHESS*, vol. 178, No. 2, p.351-387.

Eholie, Serge-Paul., NOLAN, Monica., GAUMON, André, Patrick., MAMBO Joseph & al., (2003). Antiretroviral treatment can be Cost-Saving for industry and life-saving for workers a case study from Côte d'Ivoire's private sector. In Moatti, J-P., & al (Ed). *Economics of AIDS and access to HIV/AIDS care in developing countries: issues and challenges*. Paris, ANRS, p 330-346.

KLEINMAN Arthur, EISENBERG Leon, GOOD Byron, 1978, « Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research », *Annals of Internal Medicine*. Vol. 88, p. 251-258.

LATHE You Jeannine, TRAORE Tiamba, TOH Alain, 2022, « Rapport aux soins et rétention à la prise en charge ARV en Côte d'Ivoire : Cas du centre de santé urbain communautaire de la riveira palmeraie et de la formation sanitaire urbaine d'Afféry », *The journal of International Social Research.*, vol. 15, No. 93, p. 17-30.

LHUILIER Dominique, AMADO Sandra, BRUGEILLES Frédéric, ROLLAND Dominique, 2007, « Vivre et travailler avec une maladie chronique (vih-vhc) », *Nouvelle revue de psychosociologie*, vol. 4, No. 2, p. 123-141.

OMS, 2022, *VIH et sida : les principaux faits*. OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheet> (consulté le 14/10/2022, 17 : 22)





ONUSIDA, 2002, *Riposte des entreprises au VIH/sida : Impact et leçons tirées*. ONUSIDA. [https://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc445-businessresp\\_fr.pdf](https://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc445-businessresp_fr.pdf) (consulté le 26/04/2020, 16 : 40)

ONUSIDA, 2021, Fiche d'information-Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida, ONUSIDA [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Factsheet\\_fr.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Factsheet_fr.pdf) (consulté le 12/10/2022, 01 :25)

ONUSIDA, 2021, *Cinq questions sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire*. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2021/october/cinq-questions-cotedivoire>. (consulté le 12/09/2022, 14 :08)

PNLS, 2020, *Plan stratégique national 2016-2020 : Lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles*. PNLN. [https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CIV\\_2017\\_countryreport.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/CIV_2017_countryreport.pdf). (consulté le 20/06/2023, 17 : 13)

RGPH, 2021, *Résultats globaux*. INSA. <https://www.plan.gouv.ci/assets/fichier/RGPH2021-RESULTATS-GLOBAUX-VF.pdf> (consulté le 22/07/2022, 16 : 50)

EDS-CI, 2021, *Côte d'Ivoire enquête de démographie et de santé : Rapport les indicateurs clés*. INS. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR140/PR140.pdf> (consulté le 17/07/2022, 10 : 15)