

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
« SCIENCES HUMAINES,
SOCIALES ET ÉDUCATIVES »

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN
SCIENCES HUMAINES ET
SOCIALES



POSTGRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR THE SOCIAL SCIENCES

VULNÉRABILITÉ SOCIALE ET ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTÉ CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES DANS LA VILLE DE YAOUNDÉ

Thèse présentée et soutenue publiquement le 03 juillet 2023 en vue de
l'obtention du Doctorat/Ph. D en Sociologie
Option : Population et Développement

par

Guyleine Leonelle NTOUTOU

Master en sociologie



Jury

Président : NZHIE ENGONO Jean, Pr., Université de Yaoundé I ,

Rapporteur : DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand, M.C., Université de Yaoundé I,

Membres : LEKA ESSOMBA Armand, Pr., Université de Yaoundé I,

LEMOUOGUE JOSEPHINE, M.C., Université de Dschang,

BIOS NELEM Christian, M.C, Université de Yaoundé I.

Juillet 2023

ÉPIGRAPHE

« La lutte contre le SIDA sera vaine si le monde continue à marginaliser les Travailleurs du Sexe ... ». (GEADAH, 2001 :127).

À

Ma chère mère, Caroline BIVE'E NGO'O.

REMERCIEMENTS

La production d'une thèse de Doctorat est un travail fastidieux, qui nécessite le soutien de son réseau relationnel. Ce travail n'aurait jamais pu arriver à maturité n'eut été la contribution de nombreuses personnes auxquelles nous aimerons exprimer notre profonde gratitude.

Tout d'abord nous adressons nos sincères remerciements à notre directeur de Thèse, le Professeur Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, pour ses conseils et son attention, en dépit de ses différentes responsabilités. Sa diligence, sa rigueur ainsi que son suivi permanent ont contribué sans nul doute à la maturation de notre travail.

Nos remerciements vont par la suite à tout le personnel enseignant du département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I. Il s'agit particulièrement du Chef de Département, le professeur Armand LEKA ESSOMBA. Nous n'oublions pas les Professeurs Valentin NGA NDONGO, Jean NZHIE ENGONO, Christian BIOS NELEM, Samuel-Béni ELLA ELLA et Robert-Marie MBA, pour nous avoir dispensé les enseignements nécessaires à notre formation de la première année de licence (2012), jusqu'à ce jour. Nos pensées vont ensuite aux enseignants du département d'anthropologie de l'Université de Yaoundé I, leur contribution dans notre formation académique n'a pas été des moindres.

Nos remerciements vont ensuite à Madame Denise NGATCHOU, pour avoir autorisé notre collecte de données au sein du projet « CHAMP », hébergé par son Association Horizons Femmes. Nous profitons de cette occasion pour lui exprimer notre profonde gratitude pour ses conseils sur la promotion de l'esprit d'équipe en milieu socioprofessionnel. Notre gratitude va également à l'équipe tout entière et, en particulier, Fridoline NGA, Conseillère Psycho-Sociale en chef, dont l'accueil et le soutien ont été inconditionnels.

Nos pensées vont aussi à la Directrice des programmes de l'Association « Horizons Femmes », Madame Carole TOCHE, pour avoir porté notre dossier de collecte des données auprès de la présidente et d'en avoir fait le plaidoyer. Les enquêtés, les Travailleuses de Sexe ainsi que tout le personnel de prise en charge sans lesquels cette recherche n'aurait pu être menée, ne sont pas en reste.

Par ailleurs, nous adressons nos remerciements à nos patrons, Monsieur le Professeur Maurice Aurélien SOSSO, Madame le Professeur Christiane Félicité EWANE-ESSOH, Monsieur le Professeur UBANAKO Valentine DJENDE et Monsieur le Professeur Gabriel MBA, pour leurs encouragements et leur compréhension.

Notre gratitude va enfin, à toute notre famille, Caroline BIVÉE, Bonaventure MVONDO ASSAM, Cyrille TOLLO, François EBELE OBAM, Martin NOMO, Hervé NZIE et Anicet EVINA pour leurs soutiens affectif et financier. Nous n'oublions pas nos amis, camarades et collègues, Patrick MENGUELE, Germain BIYIDI, Fabrice EKOUE, Odreine FUNDZINYUY, Christ EDZIMBI, Luc ENGOUTOU, Dieudonné ONGUENE MANGA, Patrick ESSIGUE, Nouridine MOUNGOUM et René APATTO pour leurs assistances multiformes.

SOMMAIRE

ÉPIGRAPHE _____	i
DEDICACE _____	iii
REMERCIEMENTS _____	iii
SOMMAIRE _____	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES _____	vi
LISTE DES ILLUSTRATIONS _____	x
ABSTRACT _____	xiv
INTRODUCTION _____	1
PREMIÈRE PARTIE : DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE ET DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES : ANALYSE DU CADRE CONCEPTUEL _____ 44	
CHAPITRE I__ :CONCEPTUALISATION DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE ET DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES _____	46
CHAPITRE II: FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE CHEZ _____	66
LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES _____	66
CHAPITRE III: CONSTRUCTION DES TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE _____	93
DEUXIÈME PARTIE :PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN : DES INSTITUTIONS PUBLIQUES AUX INITIATIVES PRIVÉES ____ 114	
CHAPITRE IV : DU MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE AUX FORMATIONS SANITAIRES ET DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN _____	116
CHAPITRE V : HORIZONS FEMMES, LE PROJET « CHAMP » ET LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN _____	139
CHAPITRE VI : DU POTENTIEL AUX INSUFFISANCES CONSTATÉES DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES TS SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN __	158
TROISIÈME PARTIE :DES DÉTERMINANTS DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE AUX PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN _____	
CHAPITRE VII: DES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS ET STRUCTURELS __	183

CHAPITRE VIII :IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DES DÉTERMINANTS ÉCONOMIQUES ET GÉOGRAPHIQUES _____	224
CHAPITRE IX :PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUR LES PRESTATIONS SANITAIRES OFFERTES PAR LES INSTITUTIONS DE PRISE EN CHARGE AU CAMEROUN (LE MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET HORIZONS FEMME) _____	258
CONCLUSION _____	283
BIBLIOGRAPHIE _____	293
ANNEXES _____	ix
TABLE DE MATIÈRES _____	325

LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES

A. ABRÉVIATIONS

Lab./Labo. : Laboratoire

Prep : Préexposition

B. ACRONYMES

CAMNAFAW: Cameroon National Association for Family Welfare

CAMPHIA: Cameroon Population-Based HIV Impact Assessment

CHAMP: Continuum of Prevention, Care and Treatment of HIV/AIDS with Most at risk populations

DIC : Drop In center

EMAP : Education et Mobilisation Avancées des Pairs

FOSA: Formation Sanitaire

GIPA: Greater Involvement of People living with AIDS

KP-Prev: Key Population's Prevention

MARPs: Most at Risk Populations

MINSANTE : Ministère de la santé publique

MINAS : Ministère des Affaires Sociales

MINESEC : Ministère des Enseignements Secondaires

MINFOP : Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

MINPROFF : Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille

MINTSS : Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale

MOT : Mode de Transmission

ONU/SIDA : Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

PEPFAR: President Emergency for the Fight against Aids and Reliefs

P.N.U.D : Programme des Nations Unies pour le Développement

RECAP+: Réseau Camerounais de Personnes Séropositives

REDS : Réseau sur l’Ethique, le Droit et le Sida

S.I.D.A : Syndrome Immuno Déficience Acquise

TARV ou TAR : Thérapie Antirétrovirale

USAID: United States Agency for International Development

U.P.E.C : Unité de Prise En Charge

VAD : Visite A Domicile

C. SIGLES

A.G.R : Activité Génératrice de Revenu

A.P.S : Assistante Psycho-sociale

A.R.V : Antirétroviraux

A.S: Assistante Sociale

C.C.C : Communication pour le Changement de Comportements

C.C.M : Country Coordination Mechanism

C.D.V : Conseil et Dépistage du VIH

C.H.P : Care and Health programme

C.M.C : Chargé de Mobilisation Communautaire

C.N.P.S : Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

C.P.S : Conseillère Psycho-Sociale

C.R : Conseiller Relais

C.T.S : Client des Travailleuses de Sexe

C.N.L.S : Comité National de Lutte contre le SIDA

C.T.A : Centre de Traitement Agréé

E.D.S : Enquête Démographique et de Santé

D.S : District de Santé

F.M.L.S.T.P : Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

G.T.C : Groupe Technique Central

G.T.P/G.T.R : Groupe Technique Provincial/Régional

G.I.Z : *Deutsche Gesellschaft für international Zusammenarbeit*

H.D : Hôpital de District

H.F: Horizons Femmes

H.T.C: HIV Testing and Counseling

H.S.H/M.S.M : Hommes ayant des rapports Sexuels avec les Hommes (Men having Sex with Men)

I.O : Infection Opportuniste

I.S.T : Infection sexuellement transmissible

K.P : Key Population

N.M.R : Nouveaux Mouvements Religieux

O.B.C : Organisation à Base Communautaire

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

O.N.G : Organisation Non Gouvernementale

O.S.C : Organisation de la Société Civile

P.E : Pairs Educateurs

P.E.C : Prise En Charge

P.L : Pairs Leaders

P.N.L.T : Programme National de Lutte contre la Tuberculose

P.S.N: Plan Stratégique National

S&E : Suivi-évaluation

S.S.R : Santé Sexuelle et Reproductive

T.B : Tuberculose

T.S : Travailleuse de Sexe

T.S.S : Travailleuse de Sexe Séropositives

U.D.I : Usager de Drogue Intraveineuse

V.I.H : Virus de l'Immuno déficience Humaine

L.G.B.T.I Lesbienne, Gay, Bisexuel, Transsexuel, Intersexuel.

V.B.G : Violence Basée sur le Genre

Q.A/Q.I : Quality Assurance/ Quality Improvement

LISTE DES ILLUSTRATIONS

A. CARTES

Carte 1: Répartition géographique des Districts de Santé de Yaoundé.....	246
Carte 2: Répartition des Formations Sanitaires dans le District de Santé de Biyem-assi et de la Cité verte	251
Carte 3: Répartition géographique des lieux de prise en charge dans le District de Santé de Biyem-Assi (FOSA publiques)	253
Carte 4: Répartition géographique des lieux de prise en charge dans le District de santé de Biyem-Assi (FOSA privées)	255

B. FIGURES

Figure 1: Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 64 ans par région au Cameroun	37
Figure 2 : Le concept de « Vulnérabilité socio-sanitaire » et ses dimensions	63
Figure 3: Parcours thérapeutiques des TS séropositives	112
Tableau 4: Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prévention du VIH	119
Figure 5: Populations prioritaires retenues par le PSN	122
Figure 6: Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prise en charge du VIH ..	123
Figure 7: chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH	124
Figure 8: Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet gestion des approvisionnements/ stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH	125
Figure 9: La pyramide sanitaire du Cameroun	130
Figure 10: les acteurs impliqués dans la PEC des TSS Minsanté/HF	131
Figure 11: Identification des patients perdus de vue	168
Figure 12: Exemple d'algorithme pour le suivi des patients sous TARV qui ont manqué des rendez-vous.	169
Figure 13: Les déterminants de la santé selon l'OMS	185
Figure 14: La construction sociale des représentations de la maladie	191
Figure 15: Répartition de la charge médicinale dans les districts de santé	200
Figure 16: Répartition des pharmacies par Région	204
Figure 17: Nombre de formations sanitaires publiques par district de santé	206
Figure 18: Répartition de la charge des infirmiers dans les districts de santé	209
Figure 19: Répartition du personnel de santé (infirmiers, médecins et aides-soignant) par Région	212

Figure 20: Ratio Formation Sanitaire/population à couvrir par District de Santé	215
Figure 21 : Itinéraire thérapeutique des TSS.....	233
Figure 22: Mesure d'accessibilité aux hôpitaux publics	236
Figure 23: Mesure de l'accessibilité aux formations sanitaires publiques.....	240
Figure 24: Types de dépistage : en communauté et au DIC.....	269
Figure 25: Éléments descriptifs de la qualité des soins.....	276

C. PHOTOS

Photo 1: Siège de l'association Horizons Femmes-Yaoundé.....	38
Photo 2: Siège du projet « CHAMP »-Yaoundé	147
Photo 3: Equipe « CHAMP » 2022.....	154
Photo 4: Evaluation SIM'S 2022	156

D TABLEAU

Tableau 1: Répartition de l'échantillon	39
Tableau 2: Répartition des TSS selon leur tranche d'âge.....	68
Tableau 3: statut matrimonial de chaque TSS	68
Tableau 4: Répartition des TSS selon leur religion.....	69
Tableau 5: Niveau d'instruction des TSS.....	70
Tableau 6 : Répartition des TSS selon leur groupe ethnique	70
Tableau 7 : activité menée par la TSS	72
Tableau 8: Récapitulatif du nombre d'enfant par TS	73
Tableau 9: Recours thérapeutiques des TSS	94
Tableau 10: Chaine de résultats d'effets et de produits pour le volet prise en charge du VIH	123
Tableau 11: chaine de résultats d'effets et de produits pour le volet qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH.....	124
Tableau 12: Chaine de résultats d'effets et de produits pour le volet gestion des approvisionnements/ stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH	125
Tableau 13: Orientation et outils à capitaliser dans le cadre de la PEC des TS séropositives au Cameroun selon le PEPFAR	221
Tableau 14: Synthèse des avis des TSS sur les raisons du recours à l'automédication.....	229
Tableau 15: Structures publiques du district de Biyem-Assi	252
Tableau 16: Structures de soins privés du district de Biyem-Assi	254
Tableau 17: Synthèse des avis des TSS sur les activités de prévention menées par HF	265

Tableau 18: Synthèse des avis des TSS sur le counseling effectué par HF.....	268
Tableau 19: Clarification notionnelle.....	281

D. ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche	x
Annexe 2 : Demande d'autorisation de recherche	xi
Annexe 3 : Attestation de prise de connaissance des principes éthiques d'HF.....	xii
Annexe 4 : Lettre d'autorisation de recherche	xiii
Annexe 5 : Clairance éthique régionale	xiv
Annexe 6 : Demande de clairance éthique	xv
Annexe 7: Liste des informateurs.....	xvi
Annexe 8: Guide d'entretien spécifique pour les TS	xxi
Annexe 9: Fiche d'identification de l'association HF.....	xxvii
Annexe 10 : Plan de localisation d'Horizons Femmes-Yaoundé.....	xxviii
Annexe 11: Organigramme de l'Association H.F.....	xxix
Annexe 12: Outil d'évaluation SIMS	xxx
Annexe 13: Registre des obstacles à l'adhésion et des interventions (outil d'évaluation des risques et des interventions en l'endroit des défailants (LTFU)	ccciv
Annexe 14 : Outil d'évaluation QA/QI.....	cccviii
Annexe 15: Fiche de suivi externe de QA/QI	cccix
Annexe 16: Article Scientifique Publié.....	cccxi

RÉSUMÉ

Le VIH et le SIDA représentent encore un véritable problème de santé publique. Malgré trois décennies de lutte pour leur éradication, ils constituent toujours une réelle menace pour la communauté internationale en général et pour le Cameroun en particulier. Plusieurs programmes et projets ont été implémentés par les acteurs du secteur public (Ministère de la santé publique) et par les acteurs du secteur privé à l'instar des organismes nationaux et internationaux, des Organisations Non Gouvernementales et des associations. L'association à but non lucratif Horizons Femmes par exemple, au travers du projet « CHAMP », œuvre dans la prise en charge des Travailleuses de Sexe qui, selon le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), enregistre un taux de séroprévalence inquiétant de 36,7. Étant donné que l'activité à laquelle se livre ce groupe à « haut risque » les met en interaction permanente avec les autres couches sociales, l'objectif spécifique documenté ici, est principalement de comprendre les déterminants qui structurent et alimentent leur vulnérabilité socio-sanitaire ainsi que leur accessibilité aux soins et services de santé dans la ville de Yaoundé. Ainsi, étayée par une approche interdisciplinaire meublée à partir des modèles théoriques tels que la théorie des représentations sociales de MOSCOVICI (1961), l'individualisme méthodologique de BOUDON (1965), le modèle explicatif de KLEINMANN (1975), le modèle de recours d'ANDERSEN (1995) et d'ADEY (1998) et la théorie de la micro-économie de ARROW (1963), cette analyse met en exergue en contexte camerounais, les logiques individuelles ainsi que les pesanteurs externes qui structurent les conditions d'accès aux prestations sanitaires des Travailleuses de Sexe séropositives; de même que les différentes perceptions qui en découlent, face à un environnement pluriel d'offres thérapeutiques. Les résultats présentés ont été obtenus à partir des observations documentaires, des observations directes, des entretiens semi-directifs issus d'un processus itératif, des récits de vie et des discussions informelles menées auprès des Travailleuses de Sexe séropositives, du personnel de prise en charge d'Horizons Femmes que sont les Chargés de la Mobilisation Communautaire (CMC), les Conseillers Relais (CR) travaillant dans les différentes Unités de Prise En Charge logées dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé, les Pear leader (PL), les Conseillères Psycho-sociales (CPS), la réceptionniste, les infirmières, les techniciens de laboratoire, les médecins responsables de la prise en charge des Travailleuses de Sexe séropositives et les responsables du projet « CHAMP » à Horizons Femmes dont la DIC Manager. Le recours à plusieurs techniques de collecte des données et à plusieurs catégories d'informateurs justifie non seulement la dimension qualitative et interdisciplinaire de la démarche de ce travail mais surtout la volonté de trianguler les sources et les données analysées. Le principe de la saturation a permis de limiter l'échantillon à 100 TSS et à une vingtaine d'autres catégories d'informateurs. Les aspects éthiques ont été pris en compte. Une clairance éthique a été obtenue auprès de la Délégation Régionale de la santé pour le Centre. Et sur le terrain, les principes de confidentialité et d'anonymat ont été valorisés pour protéger l'identité des TSS et celle des personnels des FOSA. Dans ses principaux résultats, la présente réflexion table tout d'abord, sur les facteurs de vulnérabilité socio-sanitaires chez ces TSS ainsi que sur la construction de leurs choix thérapeutiques. Ensuite, l'analyse renseigne sur les dispositifs institutionnels mis en œuvre par le Minsanté à travers ses FOSA et par HF à travers le projet « CHAMP » dans le cadre de la PEC de ces TSS. Enfin, cette réflexion identifie les différentes perceptions que les TSS développent autour desdites prestations sanitaires. Ainsi, les résultats de cette recherche montrent que les choix thérapeutiques des TSS n'obéissent pas toujours aux orientations prescrites par le personnel biomédical, en raison des facteurs relevant à la fois de leur environnement social et des contraintes structurelles liées à l'accès aux soins de santé dans les institutions hospitalières au Cameroun.

Mots clés : Vulnérabilité socio-sanitaire, accès et accessibilité aux soins, Travailleuse de Sexe Séropositive

ABSTRACT

HIV and AIDS still represent a real public health problem. Despite three decades of struggle for their eradication, they still constitute a real threat to the international community in general and to Cameroon in particular. Several programmes and projects have been implemented by public sector actors (Ministry of Public Health) and by private sector actors such as national and international bodies, non-governmental organisations and associations. The non-profit association Horizons Femmes, for example, through the "CHAMP" project, works in the care of sex workers who, according to the National AIDS Control Committee (NHCC), have a worrying seroprevalence rate of 36.7. Given that the activity in which this "high-risk" group engages puts them in permanent interaction with other social strata, the specific aim of this work is the analysis of the determinants that fuel their socio-sanitary vulnerability and health 'care accessibility in Yaoundé City. Moscovici's « social representation's theory », Bourdon's « methodological individualism (1965), Kleinman's (1975), « explanatory model », Andresen (1995) and Adey's (1998) « resort model » and Arrow's (1963) « micro economy theory» were used as theoretical foundations to the study. Qualitative data's collection methods and technics were used as well. As data collection tools, the study focused on documentary observation, direct observation, semi direct interviews and life's stories. As far as sampling technics are concerned, on-site sampling was the main sampling technic used in the study. To this effect, the study relied on one hundred and twenty (120) respondents among which were one hundred (100) HIV positive FSW, ten (10) from health 'care structures and the other remaining were care staff workers from "Horizons Femmes" (10). There were personals as Community's Mobilization Officers (CMO), Relay's Advisors (RA) who works in sanatoria's institutions, Peer leaders (PL), Psycho-socials 'Advisors (PSA), the receptionist, the nurses, laboratory technicians, doctors who are in charge of HIV-positive female's sex workers and « CHAMP »'s project responsible in « Horizons Femmes » notably the DIC Manager. Ethical aspects have been taken into consideration. In fact, ethical code document was obtained at the regional health delegation of center. In the field, confidentiality and anonymity's principles have been used to protect HIV-positive female sex workers and health 'care personal identities. The main results of the present sociological study conducted among 100 HIV-positive female's sex workers was concerned firstly their socio-sanitary vulnerability factors and therapeutics' choices. Then, the analysis informs about institutional arrangements that the health Ministry and Horizons Femmes' association put in place in the HIV-positive female sex workers' take in charge. After this reflexion identifies HIV-positive female sex workers' perceptions about health's benefits given by the above bodies. Finally, the results show that their therapeutics' choices do not always follow the guidelines prescribed by biomedical staff, due to factors related to both their social environment and structural constraints related to access to health care in hospital institutions in Cameroon.

Key Words: socio-sanitary vulnerability; health's care access and accessibility; HIV-positive female sex workers.

INTRODUCTION

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Les indicateurs statistiques qui tablent sur la prolifération du phénomène de prostitution ou « travail de sexe » retiennent l'attention. Dans le but de souligner son caractère incurable, les acteurs sociaux la considèrent comme le « plus vieux métier du monde ». En effet, il importe de rappeler que si les hommes se livrent également à cette activité, les femmes la pratiquent en majorité. En France, d'après les chiffres de la proposition de loi visant à sanctionner les clients des prostituées de 2016, 99 % des clients sont des hommes alors que 85 % des prostituées sont des femmes, 10 % des hommes et 5 % des transgenres (journal *Le monde*, 2020). Selon la même source, 40 à 42 millions de personnes se prostituent dans le monde. En Afrique, bien que le travail de sexe soit considéré comme une pratique illégale, réprimée par la loi et illégitime autant dire déviante, parce qu'il s'écarte des normes et des valeurs socioculturelles promues dans ses sociétés, cette pratique y est tout de même enracinée. Le Cameroun n'est pas en reste. Aussi, la législation sur le statut du « travail de sexe » varie-t-elle d'un pays à un autre. En effet, si des pays tels que l'Allemagne et la Suède le décriminalisent en lui conférant un caractère légal, d'autres pays et pour la plupart le criminalisent. En tout état de cause, d'un point de vue législatif, quatre principales conceptions se sont développées autour de la prostitution, secrétant à leur tour quatre approches politiques, à savoir : le réglementarisme, le prohibitionnisme, l'abolitionnisme et le néo-abolitionnisme.

1. Le réglementarisme ou légalisation

Le réglementarisme est un courant de pensée visant à réglementer l'exercice de la prostitution. Traditionnellement, la société réprimandait la prostitution, mais la considérait comme inévitable. Il s'agit alors de l'encadrer, pour éviter des troubles à l'ordre public, et par mesure d'hygiène. Concrètement, une nouvelle forme de réglementarisme revendique que la prostitution soit reconnue comme métier. Les objectifs pratiques de cette reconnaissance sont : l'accès pour les personnes prostituées aux mêmes droits sociaux que les salariés ou les travailleurs indépendants ; entre autres sécurité sociale, retraite, assurance chômage et la fin de la stigmatisation des prostituées. Cette perspective est présentée comme la consécration du principe de la liberté de disposer de son corps. En fait, l'essentiel de l'argumentation repose sur la distinction entre la prostitution forcée et la prostitution volontaire. Dans un contexte de légalisation, une prostituée n'est ni déviante, ni délinquante, ni victime, mais une travailleuse du sexe. L'argumentation établit un parallèle avec le travail ouvrier où la Travailleuse de Sexe tout comme l'ouvrier ne loue pas son corps mais ses services (OUVRARD, 2000).

2. Le prohibitionnisme

Régime législatif complètement à l'opposé de la légalisation, le prohibitionnisme tire ses fondements du principe que la prostitution constitue une atteinte à la dignité humaine et que, par conséquent, elle doit disparaître. Sous ce système, tous les acteurs de la prostitution sont illégaux. Les États-Unis, à l'exception de l'État du Nevada, ont adopté cette perspective. Ce régime juridique implique de nombreux risques (OUVRARD, Op. Cit.). Ainsi, en pratique, ce sont davantage les prostituées que leurs clients, qui sont arrêtées en raison de la sollicitation en vue de la prostitution. De plus, le statut de criminel des prostituées les dissuade de recourir aux services policiers lorsqu'elles sont victimes d'une agression de la part d'un client ou d'un proxénète, puisqu'elles risquent elles-mêmes d'être arrêtées.

3. L'abolitionnisme

Le régime abolitionniste (LAVALLEE, 2003) est le plus récent des systèmes juridiques répandus sur le plan international. Ce régime tire son appellation, non pas du désir d'abolir la prostitution, mais du fait qu'à l'origine, il visait à abolir toutes les réglementations relatives à la prostitution qui exigeaient par exemple que les prostituées soient inscrites auprès de la police des mœurs et qu'elles résident dans des maisons closes. De ce point de vue, toute personne est libre de se prostituer bien que la prostitution soit considérée comme une immoralité qui ne peut être tolérée. Parmi les nombreux pays qui ont adopté ce type de législations, se trouve la France. La législation canadienne, en matière de prostitution s'inscrit également dans une perspective abolitionniste. Tout au long de son histoire, le Canada a eu recours à diverses stratégies pour encadrer la prostitution. Obéissant surtout à des considérations d'ordre moral et sanitaire, le Parlement fédéral a adopté une voie législative hybride qui tient à la fois de la tolérance et de l'interdiction. La prostitution est tolérée, mais ses manifestations publiques sont interdites. De ce fait, au Canada, la prostitution en soi n'est pas interdite. Par contre, le Code criminel canadien (DAVIS, 1995) interdit la communication dans un endroit public pour fins de prostitution et de proxénétisme. De nombreuses critiques sont adressées à ce type d'encadrement législatif. Plusieurs dénoncent ce qu'ils considèrent comme une hypocrisie d'un système qui permet et interdit tout à la fois. Les regroupements de Travailleuses du Sexe dénoncent notamment la stigmatisation sociale qu'entretient cette approche vis-à-vis des prostituées, car elles y sont perçues comme des personnes ayant des comportements immoraux. Ils font également valoir que la criminalisation des activités connexes à la prostitution entraîne inévitablement la criminalisation des prostituées elles-mêmes (DAVIS, Op. Cit.).

4. Le néo-abolitionnisme

Depuis la fin des années 1990, une nouvelle tendance législative commence à se développer au niveau international (LAVALLEE, Op. Cit.). Il s'agit de ce qu'on appelle néo-abolitionnisme. Les tenants de cette perspective défendent le principe de liberté de disposer de son corps mais dans le respect de la dignité humaine. Pour eux, cette dignité constitue une composante de l'humanité qui est plus fondamentale que la liberté de commerce ou de travail. D'après eux, le corps humain ne peut être considéré comme un bien ou une marchandise qui s'achète ou se loue. Il ne peut être objet de commerce. Or, dans une relation prostitutionnelle, le corps humain constitue une marchandise et devient un objet de commerce, ce qui est inacceptable. Cette position rejette toute distinction entre la prostitution forcée et la prostitution volontaire. La Suède est actuellement le seul pays au monde à avoir adopté une législation de nature néo-abolitionniste. Cette législation a été accompagnée du développement de services destinés aux femmes qui souhaitent quitter la prostitution tels que: les refuges, les services de *counseling*, de formation professionnelle et d'éducation. Une vaste campagne nationale visant à éliminer le trafic sexuel a également été réalisée en 2002-2003. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer les effets de cette législation, il semble que la prostitution de rue ait diminué et que le recrutement de nouvelles prostituées se soit arrêté. Toutefois, la principale critique adressée à cette législation est le risque que la prostitution ne se transforme et ne se déplace dans des lieux moins visibles et moins faciles à surveiller par les forces policières. La prostitution ne serait pas éliminée, mais elle serait simplement déplacée. Les prostituées, quant à elles, vivraient dans des conditions plus difficiles, car elles devront composer avec une plus grande clandestinité. La prostitution est un phénomène complexe, multiple dans ses manifestations, imbriquée dans les rapports entre les hommes et les femmes. Bien qu'elle soit souvent qualifiée d'aussi vieille que l'humanité, plusieurs facettes de sa pratique sont toujours inconnues (LAVALLEE, Op. Cit.).

Dès lors, quelle que soit la posture occupée par l'une ou par l'autre de ces approches politiques (criminalisation ou décriminalisation de la prostitution), toutes se rejoignent en ce sens qu'elles soulèvent la problématique des enjeux liés aux représentations sociales du « travail de sexe ». Ainsi, qu'en est-il de la situation épidémiologique de ces Travailleuses de Sexe au Cameroun ?

Selon les rapports du Comité National de Lutte contre le SIDA, la population des TS enregistre un taux de séroprévalence de 36,7 (BILLONG, 2015). Or, bien que cette population vive dans des conditions socio-économiques et environnementales spécifiques en raison de l'activité qu'elle mène, force est de constater qu'elle reste, malgré tout, au centre des

interactions et interrelations avec les autres couches sociales. Les enquêtes menées en Master (2019) ont révélées que les clients des Travailleuses de Sexe étaient des hommes issus de toutes les catégories sociales. D'après les résultats de ces mêmes enquêtes, il s'est avéré que la prise en charge de ces TS suivies dans le cadre du projet « CHAMP » était biaisée par les recours multiples notamment l'automédication, l'ethnomédecine, les thérapies religieuses et les va-et-vient thérapeutiques. Selon les résultats de cette recherche, les recours thérapeutiques des Travailleuses de Sexe étaient davantage justifiés par les déterminants économiques et structurels. Pour ce qui est des précédents déterminants, il est ressorti des analyses, qu'ils s'influençaient mutuellement. Même si les TSS avaient pour la plupart, affirmé que c'est à cause de l'insuffisance de leurs moyens financiers qu'elles recouraient aux thérapies parallèles, bien que conscientes des effets indésirables qu'elles pourraient avoir sur leur traitement, ces choix étaient aussi alimentés par l'interruption inopinée des soins et services gratuits à Horizons Femmes. Au regard de ce qui précède, il apparait que les éléments sus évoqués posent un véritable problème de santé publique dans la mesure où, avec un taux de séroprévalence près de dix fois supérieur au taux de séroprévalence nationale, l'état de santé de cette population requiert une attention particulière.

Après l'adoption de la déclaration d'Alma Ata (1978) relative à « la santé pour tous en l'an 2000 », de nombreux pays africains ont été confrontés à des problèmes économiques ayant entraîné une dégradation progressive des prestations dans le secteur de la santé. Dès lors, le taux de fréquentation des hôpitaux a chuté. C'est donc force de cela qu'une étude menée par IZANDENGERA ABINTEGENKE (2011) a révélé que selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le taux de fréquentation des structures sanitaires dans la plupart des villes Asiatiques et Africaines était relativement faible, posant ainsi un véritable problème de santé publique.

Ceci étant, force est de constater que la régression du taux de fréquentation des hôpitaux n'est pas une exclusivité africaine et encore moins camerounaise mais un problème d'envergure mondiale. Toutefois, il faut signaler que ce problème trouve son fondement dans la réorientation ou dans le changement des trajectoires thérapeutiques qui à son tour peut se comprendre et s'expliquer par le pluralisme thérapeutique, le capital économique, le réseau relationnel du malade, la défaillance du système sanitaire et des politiques de santé en vigueur.

Le choix de ce sujet s'inspire des conclusions de la recherche menée en Master. Etant donné que les analyses précédentes ont montré que la prise en charge des TS séropositives était

entravée par les déterminants économiques et structurels, la présente recherche vise à questionner les conditions d'accessibilité aux soins de santé des TS dans la ville de Yaoundé tout en analysant l'influence qu'elles peuvent avoir sur l'accès aux soins de ces TS d'une part et sur la riposte contre le VIH/SIDA d'autre part.

II. PROBLÈME

Depuis les années 1980, parmi les défis auxquels la communauté internationale est confrontée, se trouvent le VIH et le SIDA. Que ce soit les aspects liés à la prévention ou ceux liés à la prise en charge, tous attirent l'attention et mobilisent tous les acteurs sociaux impliqués dans cette lutte. Selon les données de l'ONU/SIDA (2020), parmi les catégories sociales les plus exposées au risque de contracter l'infection à VIH avec un taux de séroprévalence s'élevant à 47, se trouvent les Travailleuses de Sexe et leurs clients. D'où la dénomination de « population à haut risque » qui leur est associée. De même, selon le Comité National de Lutte contre le SIDA, l'une des cibles prioritaires dans la riposte contre la pandémie sus citée concerne les Travailleuses de Sexe avec un taux de séroprévalence s'élevant à 37. La menace que représente le VIH/SIDA est avérée et sa propagation a un impact tragique sur le développement des pays. En effet, sur le plan socio-humain, cette pandémie continue d'entraîner des pertes en vies humaines, soit 1,1 million de décès des suites d'une maladie liée au VIH enregistrés en 2020. Au plan économique, la riposte contre le VIH/SIDA continue de mobiliser des ressources financières consistantes, soit une estimation par l'ONU/SIDA de 26,2 milliards de dollars américains en 2020, avec 38,0 millions de personnes vivant avec le VIH/SIDA en 2019 et 26 millions mises sous traitement (Global AIDS, 2020). Ainsi, dès son apparition au Cameroun dans les années 1985, le pays a mis en place une forte mobilisation, afin d'éradiquer l'épidémie. Pour ce faire, une analyse de fond des différents plans stratégiques nationaux élaborés et mis en œuvre entre 2000 et 2018 aura permis d'une part, de décrire l'évolution des paradigmes décisionnels de riposte contre le VIH et le SIDA. D'autre part, cette analyse aura également permis de dégager les progrès accomplis et de relever les défis à adresser pour de meilleurs résultats. Ainsi, cette analyse a révélé une amélioration de l'implication des secteurs autres que la santé et une décentralisation effective des interventions au fil du temps. Toujours dans le même ordre d'idées, l'ONUSIDA s'est jointe à la lutte à travers l'objectif 90 ; 90 ; 90, à savoir qu'en 2020 :

- 90% de la population connaissent leur statut sérologique VIH ;
- 90% des personnes séropositives soient mises sous traitement antirétroviral ;

- 90% des personnes sous traitement aient un succès thérapeutique.

Ceci étant, l'écart constaté entre la situation épidémiologique des TSS décrite en amont et leur accessibilité aux soins de santé qui, au regard des enquêtes préliminaires, suscite des questionnements. Le constat ici fait est que les Travailleuses de Sexe sont exposées à une double stigmatisation. La première concerne la nature de l'activité qu'elles mènent tandis que la seconde découle de leur statut sérologique ; d'où la double vulnérabilité constatée. Cette vulnérabilité peut être constatée sur les plans social et sanitaire. +

À cet effet, du point de vue social, en raison du caractère déviant de l'activité à laquelle ces TSS se livrent, sont-elles victimes du regard stigmatisant du corps social. Aussi, font-elles face à une exposition quotidienne répétée à différentes formes de violences. Il s'agit des violences d'ordre physique, psychologique, symbolique ou moral, ou liées à l'imposition de conditions de vie spécifiques. Lors des entretiens avec ces TSS, la plupart ont affirmé avoir déjà été victime de violence. Or, les violences sexuelles augmentent le risque d'abrasions et donc de transmission des infections y compris du VIH. Aussi, ces violences surviennent-elles entre personnes prostituées ou émanent des proxénètes, des clients ou encore des forces de police ou des institutions¹.

De même, sur le plan sanitaire, peu d'initiatives sont envisagées à l'égard de ces cibles. Les bailleurs de fonds tels qu'USAID (United State Agency for International development), qui, au travers des expériences associatives comme Horizons Femmes, mettent en œuvre des projets comme le projet « CHAMP » dans l'optique de capitaliser la prise en charge sanitaire de ces cibles, se heurtent à leurs réticences. Malgré la promotion des discours sur le changement de comportements autant dire, sur l'éradication des comportements à haut risques au sein de cette population, elles y adhèrent peu. À titre illustratif, pour ce qui est de l'usage du préservatif masculin, elles s'en départissent pour venir à bout de la concurrence. De plus, l'usage de ce matériel de prévention réduit-il considérablement la clientèle ainsi que le coût du rapport sexuel. Ainsi, entretenir des relations sexuelles sans protection pour les raisons sus évoquées, met ces TSS en situation de vulnérabilité face aux infections de toutes sortes. Il se pose, dès lors, le problème de la simultanéité des contraires². Les populations clés constituent aujourd'hui le

¹ Ces éléments feront l'objet d'une analyse plus profonde dans la première partie de ce travail.

² Il s'agit ici de la cohabitation de deux situations paradoxales. C'est-à-dire que, les TSS enregistrent un taux de séroprévalence alarmant et ce sont ces mêmes TSS qui rencontrent des difficultés d'accès aux soins et services de santé adaptés. Or, le caractère interactif de leur activité ainsi que leur comportement à haut risque notamment le non recours systématique au préservatif augmente le risque de transmission et de propagation du VIH et des infections y afférentes.

paradoxe le plus criant de la riposte contre le VIH car, alors qu'elles sont massivement touchées par l'épidémie, leur accès aux services de prévention et de PEC reste toutefois des plus faibles. Dès lors, dans un contexte marqué par l'étiquetage et des disparités sociales en matière d'accès aux services sanitaires, comment comprendre les déterminants qui structurent l'accessibilité aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé ?

III. PROBLÉMATIQUE

La clarification du problème de recherche qui intéresse cette réflexion sera organisée en différents sous-thèmes. Le but de cet exercice consistera en la description et en l'analyse des travaux qui permettront de cerner les dimensions du problème que soulève cette recherche scientifique. Outre la sociologie, il faut dire que d'autres disciplines notamment, la géographie de la santé, l'anthropologie de la santé, l'économie de la santé et même l'épidémiologie, se sont intéressées aux questions liées à la vulnérabilité, ainsi qu'à l'accès aux soins de santé des couches sociales défavorisées. Ainsi, sans prétention aucune, ce travail n'a pas pour but de faire une revue de la littérature exhaustive, mais il envisage présenter les travaux les plus significatifs. Pour ce faire, dix éléments ont été retenus à la suite des documents consultés. Ils seront organisés autour des questions liées à la situation épidémiologique du VIH/SIDA dans le monde, en Afrique et au Cameroun d'une part, et à l'accès aux soins et à la prise en charge des TSS d'autre part.

1. Évolution historique de la prostitution dans le monde

Les origines de la prostitution ou du « travail de sexe » remontent au Vème siècle avant Jésus CHRIST. En Grèce antique, c'est l'ère de la commercialisation où tout dépend de la richesse. À cet égard, émerge une nouvelle aristocratie avec le primat du plaisir charnel (Comité de réflexion de la Fédération des femmes du Québec, 2004). Certains nobles s'assurent les services d'une prostituée de luxe appelé courtisane. À côté de cette forme de prostitution, il existe une autre appelée : démocratique ou populaire. Pendant cette ère, le rôle de la prostitution était de consolider l'ordre social, de garantir la hiérarchie des sociétés, de reconnaître l'utilité sociale, d'accepter sa nécessité et de l'admettre comme un fait évident. Les conceptions autour de la prostitution et de la prostituée ont évolué au fil des siècles si bien que l'on est passé de la conception purement sacrée à la conception avilissante. Cette dernière résume assez bien la définition étymologique de ce phénomène social. Ainsi, du latin « prostituere » qui veut dire, exposer aux yeux, salir ou encore avilir, ce mot signifie « déshonorer quelque chose pour

l'usage indigne qu'on en fait». Aussi, faut-il ajouter que cette conception a donnée naissance à la construction d'un ensemble de représentations sociales par l'imaginaire populaire au sujet des individus qui se livrent à cette pratique notamment celle selon laquelle ils sont un réservoir de maladie de toutes sortes. Le CNLS parle, à cet effet, de « moteur de l'épidémie » à VIH pour signifier que cette couche de la population constitue le principal vecteur des maladies et ce, en raison de l'activité qu'elle mène.

2. « Le travail de sexe »

Au regard du caractère criminel, avilissant voire immoral associé aux termes « prostitution » et « prostitué(e) », ces derniers sont porteurs de stigmates susceptibles de discréditer ceux et celles qui se livrent au commerce du sexe. C'est d'ailleurs pour cela que des prostituées américaines ont proposé les termes *Sex Work* et *Sex Worker* dans les années 1980. Il était en fait question de mettre en évidence le fait que l'échange d'argent pour des services sexuels constitue *un travail* pour ceux et celles dont c'est la source de revenu, mais aussi d'en permettre une meilleure perception sociale et d'aboutir à de meilleures conditions de travail (BELL, 1995 ; WARDLOW, 2004). En effet, selon les féministes radicales, les métiers du sexe sont l'expression ultime de l'exploitation sexuelle et économique des femmes par les hommes. D'où le refus par ces dernières d'utiliser le terme « travail du sexe ». Selon elles, la prostitution avilit nécessairement la femme et ne peut être assimilée à un travail puisque personne ne peut consentir librement à se voir réduire à l'état d'objet sexuel ou à se donner en esclavage sexuel (COMTE, 2010). Tout compte fait, quel que soit le choix fait de la dénomination qui siérait le mieux au commerce de sexe, les construits sociaux et les représentations sociales liés à cette activité restent péjoratifs voire dégradants. D'où la nécessité de s'interroger sur la dualité des postures scientifiques développées autour du commerce de sexe. Le but est de comprendre et de pouvoir expliquer les causes ainsi que l'incidence que ces construits et représentations sociales peuvent avoir sur l'accès à des soins de meilleure qualité chez les personnes qui se livrent à cette activité tout en étant séropositives.

Depuis plusieurs décennies, l'un des débats qui balisent la lutte des féministes, et qui est toujours au centre de leurs préoccupations actuelles, est le statut de la prostitution et de la prostituée. En effet, si ce sujet n'a eu de cesse de faire couler beaucoup d'encre et d'alimenter des polémiques, c'est parce que le commerce de sexe reste un sujet qui touche à la sensibilité de tout individu dans sa représentation du sexe et même aux valeurs morales dans chaque société. Ainsi, au fil des années, deux principales approches se sont développées autour du

commerce de sexe. La première s'articule sur la liberté de disposer de son corps et de vivre sa sexualité de façon épanouie, sans avoir à se soumettre à des règles sociales trop rigides. La seconde se rattache au refus d'aliénation de ce même corps par la violence, la contrainte ou la nécessité. La première concerne la lutte pour l'avortement, la contraception et l'acceptation de l'homosexualité ; l'autre la lutte contre la violence domestique, le viol, la pédophilie et l'inceste. Or, la prostitution suppose la liberté de disposer de son corps, même pour le vendre, et ce, en dehors de toute contrainte extérieure. Sa répression évoque la négation de cette liberté sexuelle et son enfermement dans une éthique plus rigide considérée comme révolue (JULLIARD, 2000).

- Dès lors, quel que soit le bout par lequel l'on choisit de saisir le dualisme lié aux deux approches sus citées, il reste tout de même pertinent de souligner le caractère pertinent associé à la reconnaissance et au respect des droits fondamentaux de la personne prostituée. C'est notamment les cas de son droit à la santé. Aussi, selon la déclaration d'Alma Ata (1978) et les textes qui régissent l'accès aux soins de santé, tout le monde a droit à la santé. En effet, dans le préambule de sa constitution (1996, PP : 3), le peuple camerounais :
 - Proclame que l'être humain, sans discrimination de race, de religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ;
 - Affirme son attachement aux libertés fondamentales inscrites dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Charte des Nations Unies, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et toutes les conventions internationales y relatives et dûment ratifiées, notamment aux principes suivants :
 - « Tous les hommes sont égaux en droits et en devoirs. L'Etat assure à tous les citoyens, les conditions nécessaires à leur développement ;
 - L'Etat assure la protection des minorités et préserve les droits des populations autochtones conformément à la loi ».

Or, dans toutes les formes d'organisations sociales, les politiques qui sont élaborées ont pour socle les normes et les valeurs qui y ont cours. Et, au regard du caractère avilissant, dégradant voire déviant qui est associé à la prostitution, et qui est le fruit des construits sociaux, les prostituées voient leurs droit bafoués. Pourtant, même s'il est avéré que les politiques sociales prennent pour référents les normes et les valeurs édictées par la société, il n'en demeure pas moins vrai qu'elles peuvent le faire tout en s'adaptant aux nouveaux défis que leur impose la nouvelle décennie, notamment ceux liés à l'émergence de nouvelles pandémies telles que le

Coronavirus et les récidives des anciennes telles que le VIH/SIDA. En tout état de cause, la présente analyse n'est pas un plaidoyer pour la légalisation du travail de sexe. Il s'agit plutôt d'attirer l'attention du corps social sur les enjeux liés à l'optimisation de la prise en charge des prostituées en général et de celles séropositives en particulier. En réalité, le caractère interactif de l'activité qu'elles mènent montre à quel point leur situation sanitaire peut avoir une incidence sur l'état de santé de la société tout entière.

3. L'adage populaire : « la prostitution comme le plus vieux métier du monde »

Dans la littérature scientifique, tout comme dans l'imaginaire populaire, la prostitution a toujours été perçue comme « le plus vieux métier du monde » et ceci, dans le but de souligner son caractère incurable. Ainsi, le choix de s'appesantir sur cet adage populaire réside dans le fait que sa construction par le social, de même que les représentations qui en découlent, participent à la stigmatisation de la prostituée. En effet, comme le souligne GEADAH, (2003),

le mythe persistant de la prostitution comme « plus vieux métier du monde », a une fonction sociale et politique qui vise à faire accepter, sans trop interroger, l'idée que la prostitution est inévitable, qu'elle a toujours existé et qu'elle existera toujours et qu'il est par conséquent inutile de lutter contre ce phénomène.

Toutefois, affirmer ce qui précède revient à faire de la prostitution un mal, non seulement chronique, mais aussi, et surtout, qui ne vaut pas une minute de peine. Or, ignorer ce mal ou ne pas rechercher des voies et moyens pour y remédier n'occulte pas son existence de même que les conséquences qui en découlent. Aussi, faut-il signaler que les stigmates qui accompagnent ce mal secrètent d'autres maux pouvant avoir une incidence sur l'état de santé non seulement de la prostituée mais aussi sur les autres couches sociales. Car, les prostituées, en plus d'être considérées par l'ONU/SIDA comme une population à « haut risque » du fait de leur vulnérabilité face aux infections émanant de l'activité qu'elles mènent, se trouvent aussi au centre des interrelations et interactions entre les autres couches de la société. L'échantillon prélevé sur leurs clients a d'ailleurs montré que ceux-ci étaient d'origines sociales diverses. De la sorte, stigmatiser les prostituées du fait de l'activité qu'elles mènent, se révèle être non seulement une violation de leurs droits fondamentaux, mais aussi constitue un danger pour le reste de la population. Et lorsqu'il s'agit de prostituées séropositives, cette stigmatisation est encore plus accrue dans la mesure où elle devient double. En effet, la prostituée est d'abord stigmatisée parce qu'elle exerce une activité réprimée par la société ; ensuite elle est stigmatisée

à cause de son statut sérologique qui est souvent perçu dans ce cas, comme le salaire de ses péchés.

Pourtant, selon les rapports du CNLS, cette population enregistre un taux de séroprévalence qui s'élève à 37, ce qui est alarmant, surtout lorsqu'on sait que non seulement c'est une population qui est en interaction permanente avec le reste de la société en raison de l'activité qu'elles mènent, mais c'est également une population en constant déplacement. Ce qui rend son quadrillage difficile.

4. De la « déstigmatisation » de la prostituée

Selon GOFFMAN, (1975), un stigmaté désigne un attribut qui jette un discrédit profond sur celui ou celle qui le porte.

Ainsi, la personne porteuse de stigmaté est considérée comme un déviant et donc évolue en marge de la société. En effet, la personne stigmatisée est victime de discrimination. Dans le cas de la prostituée, la stigmatisation est d'autant plus grande, en raison du caractère avilissant, immoral et criminel qui est associé à son activité. Et si, en plus, la prostituée est dépistée positive au VIH, son statut aura pour conséquence, sa double stigmatisation. Dès lors, promouvoir la déstigmatisation de la prostituée ne veut pas dire encourager les activités liées à la prostitution. Il s'agit plutôt de traiter la prostituée non pas comme une personne entièrement à part, mais comme une personne à part entière de la société dont, le respect des droits et notamment ceux à des services de santé de meilleure qualité est à prendre en compte.

5. Bref aperçu sur la situation épidémiologique du VIH/SIDA dans le monde

L'infection du VIH/SIDA s'est avérée être une menace d'envergure internationale pour la santé publique. Avec plus de 36 millions de morts à ce jour, le VIH continue de susciter l'inquiétude de la communauté internationale. En effet, en 2015, 1,1 million de personnes sont décédées d'une cause liée au VIH dans le monde tandis qu'en 2019, on note 690.000. Fin 2015, on comptait environ 36,7 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 2,1 millions de nouvelles infections dans le monde et en 2019 on note 38.0 millions dans le premier cas et 1.7 millions dans le deuxième cas. À l'échelle mondiale, en 2015, environ 17,8 millions de femmes (de 15 ans et plus) vivaient avec le VIH représentant 51 % de toute la population adulte vivant avec le VIH. En 2019 ce pourcentage était de 73 % contre 63 % chez les hommes. Ce sont les jeunes femmes et les adolescents de 15 à 24 ans qui sont particulièrement affectés. Toujours à l'échelle mondiale, environ 2,3 millions d'adolescents et de femmes vivaient avec le VIH en

2015, représentant 60% de toute la population de jeunes (de 15 à 24ans) vivant avec le VIH. En 2015, environ 900 milles des 1,9 million des nouveaux cas d'infection par le VIH constaté chez les adultes (de 15 ans et plus) dans le monde parmi les adultes (de 15 ans et plus) soit 47% ont touchées des femmes. 58% des nouveaux cas d'infections par le VIH chez les jeunes de 15 à 24 ans en 2015 touchaient des adolescents et des jeunes femmes. Les différences régionales concernant les nouveaux cas d'infections chez les jeunes femmes et la proportion des femmes (de 15 ans et plus) vivant avec le VIH par rapport aux hommes sont considérables et elles sont encore plus importantes entre les jeunes femmes (de 15 à 24 ans) et les jeunes hommes infectés.

En Afrique subsaharienne, 56% des nouveaux cas d'infections par le VIH ont touché les femmes et ce taux est encore été élevé chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans représentant 66% des nouveaux cas d'infections. L'Afrique subsaharienne ayant 25,6 millions de personnes vivant avec le VIH en 2015 (UNIAIDS, 2016), est la région la plus touchée à ce moment précis. Elle concentre également près des deux-tiers des nouvelles infections dans le monde.

Les Caraïbes sont une région qui recouvre des territoires de langue anglaise, française, hollandaise et espagnole, y compris Cuba, la République Dominicaine, le Suriname et Haïti. Ici, les femmes représentent 35% des adultes nouvellement infectés. 46% des nouveaux cas d'infection ont touché les jeunes femmes de 15 à 24 ans.

En Europe de l'Est et en Asie Central, 31% des nouveaux cas d'infections par le VIH ont touchés les femmes ; toutefois, le taux de nouveaux cas d'infections touchant les jeunes femmes de 15 à 24 ans a atteint 46%.

Au Moyen Orient et en Afrique du Nord, les femmes représentent 38% des adultes nouvellement infectées, alors que 48% des jeunes femmes de 15 à 24 ans sont nouvellement infectées.

En Amérique Latine, les femmes représentent 29% des personnes nouvellement infectées, alors que 36% des jeunes femmes de 15 à 24 ans ont été nouvellement infectées.

Dans la région de l'Asie Pacifique, 32% des nouveaux cas d'infections ont touché les femmes, le chiffre des personnes affectées atteignant les 41% chez les jeunes femmes.

En Europe Occidentale, en Europe Centrale et en Amérique du Nord, 22% des nouveaux cas d'infection ont touché des femmes, ce taux étant plus élevé chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, avec 29% de nouveaux cas d'infections. (UNIAIDS, Op. Cit.).

Ainsi, les résultats sus présentés montrent que la menace que représentent le VIH et le SIDA est réelle. Elle ne concerne pas seulement le continent Africain. Toutefois, l'analyse des données statistiques ci-dessus semble indiquer que les femmes sont les principaux réservoirs de la maladie. Or, en posant un regard plus avisé sur ces statistiques, l'on constate que la tranche d'âge concernée par cette enquête se situe entre « 15 ans et plus ». Ce qui correspond à l'âge où la femme possède désormais des capacités de procréation. Dès lors, sachant que c'est davantage lors des visites prénatales et en raison du dépistage systématique pendant ces visites que nombre de femmes découvrent la nature de leur statut sérologique, l'on peut dire que leur effectif pléthorique qui rend leur situation épidémiologique alarmante peut être justifiée par les raisons sus évoquées. Ce qui n'est pas le cas chez les hommes pour lesquels le principal moyen de découvrir leur statut sérologique est le dépistage volontaire. Ce qui peut a contrario expliquer le caractère moins inquiétant de leur taux de séroprévalence. Pourtant, ce dernier ne renseigne pas nécessairement sur leur véritable situation épidémiologique, car ce ne sont pas tous les hommes qui recourent au dépistage volontaire. Ainsi, cette explication s'applique également aux TSS et à leurs clients.

6. Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Cameroun

L'infection à VIH a fait son apparition autour des années 1980 et les premiers cas ont été détectés au Cameroun en 1985. Elle atteint les proportions d'une épidémie généralisée dans les années 1990. Les dispositifs de riposte ont été immédiatement mis sur pied pour réduire le nombre de nouvelles infections dans la population sexuellement active et chez les enfants d'une part. D'autre part, il s'agissait d'assurer l'accès au traitement pour les personnes vivant avec le virus et de réduire son impact sur les Orphelins et Enfants Vulnérables (OVE).

D'après le rapport de l'enquête menée par la Camphia (Cameroon Population-Based HIV Impact Assessment) entre juillet 2017 et février 2018 rendu publique en février 2020 intitulé : ***Evaluation de l'impact du VIH dans la population au Cameroun***, l'incidence annuelle du VIH chez les adultes (définis comme ceux âgés de 15 à 64 ans) au Cameroun était de 0,24% : 0,39% chez les femmes et 0,09% chez les hommes. La prévalence du VIH chez les adultes au Cameroun était de 3,7% : 5,0% chez les femmes et 2,3% chez les hommes. Cela correspond à

environ 500 000 adultes vivant avec le VIH au Cameroun. La prévalence de la suppression de la charge virale chez les adultes séropositifs au Cameroun était de 44,7%: 45,6% chez les femmes et 42,5% chez les hommes.

La prévalence du VIH a culminé à 9,3% chez les femmes âgées de 40 à 44 ans, contre un pic de 6,0% chez les hommes âgés de 50 à 54 ans. La prévalence du VIH chez les jeunes (définis de 15-24 ans) était de 1,2%: 2,0% chez les adolescentes et les jeunes femmes plus âgées et 0,4% chez les adolescents et les jeunes hommes. La disparité de la prévalence du VIH selon le sexe était plus prononcée chez les moins de 30 ans, les adolescentes plus âgées et les femmes âgées de 20 à 24 ans et de 25 à 29 ans ayant toutes une prévalence au moins le triple de celle des adolescents des mêmes groupes d'âge.

Chez les adultes (âgés de 15 à 64 ans), la prévalence du VIH variait selon la région, allant de 6,3% dans la région du Sud à 1,5% dans la région de l'Extrême-Nord.

La Suppression de la Charge Virale (SCV) chez les personnes séropositives au Cameroun était la plus élevée chez les personnes âgées, avec 62,9% des femmes âgées de 55 à 64 ans et 58,6% des hommes âgés de 55 à 64 ans, atteignant la SCV. Il y avait peu de disparité entre les sexes dans la SCV chez les adultes.

Parmi les adultes séropositifs (âgés de 15 à 64 ans), la SCV variait selon la région, allant de 62,9% dans la région de l'Ouest à un minimum de 27,6% dans la région du Nord.

7. Bref aperçu sur la situation épidémiologique du VIH/SIDA chez les Travailleuses de Sexe dans le monde et au Cameroun.

Avant de présenter la situation épidémiologique du VIH/SIDA au Cameroun, cette situation sera d'abord présentée au plan mondial, ensuite régional et enfin local.

a. Dans le monde

Les Travailleuses de Sexe font partie de ce que l'ONU/SIDA appelle « populations clés » ou « key populations ». En effet, l'on ne saurait présenter la situation épidémiologique de ces Travailleuses de Sexe sans évoquer celle des autres populations clés. À cet égard, de manière générale, les populations clés renvoient aux couches sociales au sein desquelles le risque de contracter les infections est le plus élevé en raison de

l'activité qu'elles mènent. Il s'agit notamment des Travailleuses de Sexe (TS) et de leurs clients (CTS), les Hommes ayant des relations Sexuelles avec d'autres Hommes (HSH) rien à voir avec les homosexuels, les Usagers de Drogues Intraveineuses (UDI), les prisonniers.

Selon le rapport de l'ONU/SIDA sus-cité de 2020, les populations clés et leurs partenaires sexuels représentent :

- 62 % des nouvelles infections dans le monde ;
- 99 % des nouvelles infections à VIH en Europe de l'Est et en Asie Centrale ;
- 97 % des nouvelles infections à VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord ;
- 96 % des nouvelles infections en Europe de l'Est et Centrale et en Amérique ;
- 98 % des infections en Asie et au Pacifique ;
- 77 % des infections en Amérique Latine ;
- 69 % des infections en Afrique de l'Est et en Afrique Centrale ;
- 60 % des infections aux Caraïbes ;
- 28 % des infections en Afrique de l'Est et du Sud.

Selon le même rapport, le risque de contracter le VIH est 26 fois plus élevé chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, 29 fois plus élevé chez les personnes qui s'injectent des drogues, 13 fois plus élevé chez les transgenres et 30 fois plus élevé chez les Travailleurs et Travailleuses de Sexe.

Au regard de ce qui précède, force est de constater que parmi toutes les populations clés, la population des Travailleuses de Sexe est celle qui enregistre le plus grand taux d'incidence. D'où la nécessité de s'appesantir davantage sur sa situation épidémiologique.

b. Au Cameroun

Les Travailleuses de Sexe (TS) font partie de ce que l'ONU/SIDA appelle « population clés » ou « groupes à haut risque » du fait qu'elles constituent un groupe particulièrement vulnérable à l'infection par le VIH et qui a joué un rôle important dans la diffusion initiale de cette épidémie. Toutefois, la contribution des TS à l'épidémie dans le cadre d'une épidémie généralisée est moins claire et pourrait varier d'un pays à l'autre, en fonction d'autres éléments contextuels. Dans la conception de l'ONU/SIDA, les « populations clés à plus forts risques » sont principalement : les usagers de drogues par voie intraveineuse (UDI), les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), les Professionnels (le)s du Sexe (PS) et leurs clients, ainsi que les prisonniers. Au Cameroun, l'on constate que le VIH continue d'avoir un

impact disproportionné sur les Travailleuse(r)s du Sexe (TS), et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH). Les programmes de prévention et d'accès aux soins ne parviennent globalement pas ou peu à atteindre ces populations clés à l'exception de quelques expériences associatives.

8. Généralités sur l'accès aux soins de santé au Cameroun

En 1987, l'une des résolutions prises au cours de la trente-septième session du Comité régional de l'Afrique à Bamako au Mali, plus connu sous la dénomination de l'*initiative de Bamako* était de revitaliser le système de santé de district afin de restaurer la confiance dans les services de santé publique et d'assurer l'accès aux soins essentiels. En clair, comme le définit KONDJJI KONDJJI (2005) « *l'Hôpital ou le Centre de santé sont des sanctuaires de soins curatifs où il faut aller pour recouvrer sa santé.* » Ceci dans les domaines du diagnostic, de la thérapeutique des soins médio-sanitaires, grâce à la recherche scientifique. Dès lors, comment comprendre que l'hôpital de district qui est supposé offrir des prestations de meilleure qualité en termes de soins et d'accueil aux malades et à leurs proches soit plutôt la base du changement des trajectoires thérapeutiques ?

Dans le rapport sur la santé dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) révèle que de même que le principal objectif d'un service de santé est l'amélioration de la santé humaine, de même sa principale fonction doit être la prestation des services de santé. Un système de santé faillit donc à sa mission lorsque les interventions sanitaires efficaces ne sont offertes qu'à des personnes qui en auraient besoin. C'est parfois parce que les prestataires n'ont pas les compétences nécessaires ou en raison d'une pénurie de médicaments et de matériels; d'où les problèmes de formation et d'investissement. Au vu de ce qui vient d'être dit, LUNJWIRE (2007) dans une étude sur le comportement de la population de Goma a affirmé que la qualité professionnelle du personnel, le bon accueil et la durée d'attente raisonnable sont les principaux facteurs qui motivent le choix d'une structure de soin. Au Niger, les déclarations de l'International Development Association sur l'utilisation des services des soins de santé se résument en ces termes (2012) « *la qualité des soins et l'accès payant aux soins sont identifiés comme les principaux obstacles pouvant expliquer les difficultés d'accès aux structures sanitaires* » favorisant ainsi le changement de trajectoires thérapeutiques.

Lors des précédents entretiens, parmi les TS interrogées, une avait affirmé que :

Ce qui me dérange ici c'est que, les infirmières sont toujours en train de nous gronder comme si nous ne sommes pas des humains. Parfois, quand tu

demandes même un renseignement, elles ne te regardent pas, elles répondent : allez attendre là-bas comme si on avait un problème avec elles. L'autre jour, moi j'avais dit à mon fils de ne plus m'amener ici. Les remèdes qu'on nous donne me fatiguent d'abord, donc quand on nous traite encore comme ça, ça décourage vraiment (NTOUTOU, 2019).

De cette illustration, il apparaît qu'en dehors de l'accueil, la nature des rapports soignant/soigné n'est pas tout à fait au point dans les FOSA et ce, malgré la présence de la Conseillère Relais dont le rôle est d'assurer un accueil chaleureux et convivial à la TS.

Somme toute, l'analyse des éléments liés à la qualité des services dans les FOSA de Yaoundé laisse entrevoir le caractère inhospitalier de ces institutions hospitalières. Pourtant, le projet « CHAMP » qui continue de prendre en charge les Travailleuses de Sexe en général et celles séropositives en particulier, comme tout projet, prendra fin à un moment donné. De même, étant donné que ce sont ces FOSA qui sont chargées de lier les TSS au traitement, elles devront prendre le relais à la suite du projet dont l'objectif initial reste l'éradication de la pandémie ainsi que la réduction de ses effets sur la vie des populations. Aussi, ne faut-il pas perdre de vue le fait que l'un des objectifs de l'hôpital de district c'est d'assurer l'accès aux soins et services de santé de qualité à toutes les couches de la population et ce, quelles qu'elles soient.

9. Facteurs de risque d'infection par le VIH chez les TS

Les traits biologiques, comportementaux ou structurels qui influencent le risque des TS de contracter le VIH sont nombreux. Les principaux facteurs de risque cités dans les études (World Bank International Draft, 2013) sont les suivants : **non-utilisation du préservatif** (dans 6 études), **fait d'être migrante** (5 études), **présence d'IST** au moment de l'enquête ou avant celle-ci (4 études), **avoir un plus grand nombre d'enfants** (3 études), **nombre et type de partenaires** (3 études), **faible revenu** (3 études), **nombre d'années dans le travail du sexe** (2 études). Dans l'étude de 1997, 28% seulement des TS déclaraient avoir utilisé un condom avec leur dernier client. Cette proportion a augmenté puisque 71% des TS déclaraient avoir utilisé un préservatif lors du dernier rapport sexuel lors de l'enquête 2004 et 73% lors de l'enquête 2009. La principale raison de non utilisation déclarée est que le partenaire est régulier (80%). La proportion de TS ayant réalisé un test VIH a augmenté de 36% en 2004 à 82% en 2009. Au cours de la même année, 64% de TS ayant effectué un test en connaissaient le résultat.

Dans certains pays comme le Bénin, le Burkina Faso ou la Côte d'Ivoire, des interventions ont montré une efficacité certaine lorsqu'elles étaient à une échelle modeste mais

l'élargissement de l'intervention n'a pas toujours reproduit les mêmes résultats. Au Burkina Faso, la prise en charge par antirétroviraux a montré dans le cadre de la cohorte Yérélon que, 82% des TS sont indétectables à trois ans et observantes à 100%, ce qui a des conséquences sur la dynamique de l'épidémie.

Il n'empêche que la réponse chez les prostituées, un des moteurs de l'épidémie au Cameroun, devrait s'appuyer sur 3 piliers :

- **l'accès universel à une prise en charge complète du VIH :**

Conseil et dépistage volontaire, services de santé de la reproduction, traitement médical des infections sexuellement transmissibles, du VIH et des infections opportunistes, soutien psychosocial ;

- **l'environnement de soutien aux Travailleurs du Sexe (TS)**

Insertion dans le plan national stratégique, mobilisation de leaders parmi les TS, constructions de réseaux communautaires de TS (comprenant des TS, des soignants, des juristes...);

- **la réduction de la vulnérabilité des TS et résolution de problèmes structurels :**

La décriminalisation des prostituées est un facteur qui entrave l'optimisation de leur PEC. Dans le cadre du projet HAPP, des campagnes de dépistage du VIH et de prise en charge syndromique des IST ont été réalisées à Yaoundé, Kribi, Bertoua, Bafia, Bertoua, Garoua-Boulaï, Bamenda. Il est à noter que ces interventions se sont faites tant en direction des TS, que de leurs clients.

10. Éléments sur la prise en charge des TS au Cameroun

D'importants progrès ont été réalisés en matière de prévention et de prise en charge (PEC) du VIH depuis 10 ans dans la région. Mais ces résultats encourageants sont encore trop éloignés des objectifs de l'Accès Universel (AU). La région AOC reste malgré tout en retard par rapport au reste du continent, dans la riposte à l'épidémie. Les populations clés hautement exposées au risque, constituent l'épicentre de cette épidémie à VIH dans la région : elles sont à l'origine (directes ou indirecte) de la majorité des cas de nouvelles infections. Selon les pays et les types de populations clés, les prévalences du VIH observées parmi ces populations, sont de 2 à 50 fois plus élevées qu'en population générale adulte environnante.

Ainsi, au Cameroun, des Associations telles qu'Horizons Femmes et la SWAA œuvrent dans la prise en charge des travailleuses de sexe en général et de celles séropositives en

particulier. L'Association Horizons Femmes, à travers le projet CHAMP « Continuum of Prevention, Care and Treatment of HIV/AIDS with Most at risk populations », assure un continuum dans la prévention, les soins et le traitement à des personnes à « haut risque » notamment les Travailleuses de Sexe. Quant à l'Association SWAA Littoral, à travers le projet : Prévention et prise en charge des Travailleuses de Sexe de Douala, elle œuvre dans la prise en charge de ces populations clés. Parlant de la première association, nous envisageons marquer un temps d'arrêt sur la manière dont la prise en charge des Travailleuses de Sexe y est organisée.

En ce qui concerne la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Cameroun, il ressort que malgré les initiatives et les actions menées par les pouvoirs publics et les expériences associatives pour améliorer leur prise en charge, plusieurs éléments continuent d'entraver son succès. Il s'agit notamment des éléments liés en la personne même des concernées et des éléments liés à leur environnement social à l'instar de leurs différents recours thérapeutiques.

Par ailleurs, malgré les multiples conseils lors de l'annonce du VIH/SIDA à l'infecté et l'amélioration de l'accès gratuit aux ARV, la sphère du recours thérapeutique ne correspond pas souvent mécaniquement à la fréquentation des centre de santé DESCLAUX, (2002). Le refus d'admettre la réalité de leur sérologie positive ou d'accepter leur statut, amène une frange de PVVIH à recourir à l'automédication. Ces recours se font principalement avant la mise sous ARV ou bien pendant la prise d'ARV. Les études antérieures menées sur les recours thérapeutiques des malades souffrants de tuberculose par DJOUDA (2010) ont montré que, lorsqu'un individu est atteint par la maladie, la réaction spontanée de son réseau relationnel est de lui proposer une thérapie basée sur l'automédication, palliant ainsi le problème d'éventuelles dépenses financières élevées que requiert la consultation chez un spécialiste. En effet, certains malades et leurs proches préfèrent se ravitailler sans une ordonnance prescrite par un spécialiste, chez un vendeur de médicaments de la rue peu qualifié. Aussi, le malade se trouvant le plus souvent dans l'incapacité de se prendre en charge financièrement ou même de se rendre à l'hôpital de son plein gré, c'est son réseau relationnel (parents, tantes, oncles, cousins, voisins etc.) qui l'oriente vers l'itinéraire ou la trajectoire qu'il a jugé appropriée pour lui. C'est d'ailleurs pour cette même raison que LANTUM a affirmé que : « *la maladie d'un membre est la maladie de la communauté entière, laquelle n'est pas un rassemblement de personnes uniquement au point de vue numérique, mais une mise en commun d'amour, de santé et de bonheur* » (1985 :420). La maladie d'un individu n'est donc pas un « fait isolé ». SCHMITZ ajoute que « *Les choix thérapeutiques s'inscrivent à la fois dans l'habitus familial et dans un système de soins local* » (2005 :15). RAINEAU, s'inscrit également dans la même logique

lorsqu'il affirme : « *les choix thérapeutiques ne sont pas isolés mais ont une histoire, celle des corps de la famille et des recours antérieurs* » (2006 :62).

En outre, la manière dont les patients sont pris en charge par les professionnels de la santé dans le cadre d'une maladie dépend aussi de la manière dont le système de santé est organisé. Aussi, importe-t-il de préciser, avec COOK (1992), que le système de santé s'apparente à un iceberg où l'essentiel des informations sur le patient est dissimulé, ignoré des professionnels de la santé ; c'est là la face immergée de l'iceberg. Elle est plus immense que celle émergée, car cette dernière ne représentant qu'une infime partie. D'où la nécessité d'être attentif et méticuleux pendant le processus de prise en charge. Et encore plus lorsqu'il s'agit de personnes vulnérables.

Par ailleurs, une étude menée par MONTEILLET (2005) au Sud et au Centre Cameroun, a montré qu'en dehors de l'accueil, du capital économique, de la défaillance du système de santé et de l'influence du réseau relationnel, le pluralisme thérapeutique pouvait également influencer sur le choix des trajectoires thérapeutiques. À cet égard, il a montré que si les malades et leurs proches s'orientent vers d'autres formes de système de soins notamment vers la médecine traditionnelle, c'est du fait de la convivialité que l'on retrouve chez le tradipraticien et qui n'est pas toujours au point dans les hôpitaux. À titre illustratif, chez un tradipraticien, les malades et leurs proches ont la possibilité de s'établir chez ce dernier sans nécessairement avoir à payer le loyer durant la thérapie ce qui n'est pas le cas à l'hôpital. À tous ces éléments, s'ajoute la négligence au sein des structures sanitaires. Ce fut notamment le cas au Cameroun en 2016 où l'on a enregistré une série d'événements tragiques à l'instar du décès de dame Nlate Mfomo née Ngo Kana à l'hôpital général de Douala (HGD), dans la nuit allant du 09 au 10 Janvier 2016 dans les mauvaises circonstances de prise en charge. L'affaire de la gestion du séjour de Honorine Nshi, épouse Nkimih, à l'hôpital central de Yaoundé (HCY), avec une grossesse de quintuplés, perdus le 22 Mars 2016, et celle de Monique Koumateke, porteuse d'une grossesse gémellaire, opérée le 12 Mars 2016 en plein air par une parenté, à l'entrée du service de maternité de l'hôpital Laquintinie de Douala.

Le pluralisme médical est une approche diversifiée sur les plans étiologique, diagnostique, thérapeutique, préventif ou promotionnel. Les mots maladie et santé n'ont pas tous la même signification d'un groupe social à l'autre. La littérature relève que l'itinéraire thérapeutique du sujet africain est le plus souvent complexe. Il y a un mouvement incessant entre plusieurs lieux de guérison, tradipraticiens, hôpital, églises (DE ROSNY, 1992). Les

responsables de la santé se plaignent de l'instabilité des patients. La confusion est plus grave lorsque le malade absorbe les médicaments achetés pendant son séjour chez les tradipraticiens et à son insu, ou inversement lorsqu'il fait venir à son chevet d'hôpital un tradipraticien causant ainsi, un réel problème de « va-et-vient thérapeutique ». Au regard des indicateurs de santé encore alarmants, la problématique de l'accès aux soins de santé reste une préoccupation majeure en Afrique en général et au Cameroun en particulier. À cet effet, le marché thérapeutique connaît une multitude d'acteurs (religieux, traditionnel, modernes...), chacun déployant ses savoirs et connaissances et tous proposant des soins pour recouvrer la santé et offrant ainsi au malade un éventail de solutions. « *La guérison ... tient place dans la vision, les désirs et les émotions de chacun* » (DE ROSNY, Op. Cit). Pour donc saisir les raisons qui motivent et alimentent les comportements et les recours des malades face à cet environnement pluriel d'offre thérapeutique, il importe tout d'abord d'interroger les déterminants de leur accessibilité aux soins et services de santé. En d'autres termes, il s'agit de questionner les facteurs spécifiques et non spécifiques qui influencent l'accès aux prestations sanitaires chez les TS séropositives au Cameroun avant d'en déterminer l'incidence sur leur prise en charge. Le but étant d'en comprendre et d'en expliquer les enjeux.

Au regard de ce qui précède, force est de constater que le phénomène de prostitution ou de « travail de sexe » demeure captivant. Ainsi, Contrairement aux travaux précédents notamment ceux de BEAT-SONGUE (1981) sur la prostitution au Cameroun, où elle a démontré que ce phénomène était la résultante de l'anomie et elle-même conséquence de la colonisation européenne et aux travaux menés sur les déterminants qui alimentent les choix thérapeutiques chez les TS suivies dans le cadre du projet « CHAMP » (NTOUTOU, 2019), la présente recherche envisage questionner les déterminants qui influencent l'accessibilité aux soins de santé chez les TS séropositives dans la ville de Yaoundé, afin de déterminer l'influence qu'ils peuvent avoir sur leur prise en charge sanitaire d'une part et sur la lutte contre le VIH/SIDA d'autre part.

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE

Elles sont constituées d'une question centrale et de quatre questions secondaires.

1. Question centrale

Comment comprendre les déterminants qui structurent et alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire ainsi que l'accessibilité aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé ?

À cette question centrale de recherche, s'ajoutent quatre questions secondaires.

2. Questions secondaires

- a. Quels sont les différents facteurs qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé ?
- b. Quels sont les déterminants ou les facteurs socio-culturels qui influencent l'accessibilité aux prestations de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé ?
- c. Quels sont les différents déterminants économiques qui influent sur l'accessibilité aux services sanitaires chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé ?
- d. Quels sont les déterminants structurels qui influencent l'accessibilité aux soins sanitaires chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé ?

Pour apporter des éléments de réponse à ces questions, des hypothèses ont été élaborées pour servir de socle.

V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

Cette recherche s'articule autour d'une hypothèse principale et de quatre hypothèses spécifiques.

1. Hypothèse principale

La vulnérabilité socio-sanitaire et l'accessibilité aux soins et services de santé des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé peuvent se comprendre à travers les déterminants socio-culturels et économiques d'une part et, à travers les déterminants structurels et géographiques d'autre part.

De cette hypothèse principale, découlent quatre hypothèses spécifiques qui, interdépendantes les-unes des autres, explicitent la principale.

2. Hypothèses spécifiques

- a. Les facteurs qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé sont : les facteurs socio-culturels et les facteurs économique-institutionnels.

- b. Les déterminants socio-culturels qui influencent l'accessibilité aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé sont : le niveau d'instruction, le réseau relationnel et les représentations sociales.
- c. Plusieurs déterminants économiques influencent l'accessibilité aux prestations de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé. Il s'agit notamment du revenu, du statut matrimonial et de la taille du ménage.
- d. Parmi les déterminants structurels qui influencent l'accessibilité aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, se trouvent : l'accueil, la nature des rapports soignant/soigné, la disponibilité des soins et du personnel de prise en charge.

VI. OBJECTIFS

Ils sont déclinés en objectifs principal et spécifiques.

A. Objectif principal

L'objectif principal de cette recherche est de comprendre comment les déterminants liés à la vulnérabilité socio-sanitaire et à l'accessibilité aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives constituent un frein dans leur accès aux soins sanitaires dans la ville de Yaoundé d'une part et dans la lutte contre le VIH/SIDA d'autre part.

B. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques sont les suivants :

- a. Identifier, décrire et analyser les différents facteurs qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, afin de déterminer la nature de la relation qui existe entre ces derniers et leur accessibilité aux soins sanitaires.
- b. Révéler et analyser les différents déterminants socio-culturels qui structurent l'accessibilité aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, afin de monter leurs effets sur les recours aux soins de ces cibles.
- c. Recenser et analyser les différents déterminants économiques qui influencent l'accessibilité aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, afin de montrer la place du pouvoir d'achat dans le marché des soins et sur le choix des recours aux soins.

- d. Indiquer et analyser les déterminants structurels qui balisent l'accessibilité aux prestations sanitaires chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, afin de déterminer leur pertinence dans la prise en charge de ces cibles.

VII. INTÉRÊT DE LA RECHERCHE

La présente recherche est utile à la sociologie en général et à la sociologie de la santé en particulier en ce sens qu'elle développe nombre de postures heuristiques nécessaire à la compréhension des déterminants qui structurent l'accessibilité aux soins et services de santé des TSS en situation de vulnérabilité socio-sanitaire au Cameroun. Il s'agit en réalité d'une contribution dans :

- l'analyse sociologique des dispositifs institutionnels en matière de prise en charge des TSS au Cameroun. Dans la présente recherche, l'analyse des éléments sus évoqués a permis de mieux illustrer les principaux acteurs et partenaires nationaux et internationaux, privés et publics qui interagissent dans la prise en charge des TSS au Cameroun. Par la même occasion, l'on a précisé leurs rôles respectifs dans cette prise en charge, de même que les enjeux que revêt une coopération publique/privée dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge et du processus d'inclusion de ces cible. Cette recherche rentre également en droite ligne avec l'ODD 3 des Nations Unies, à savoir : « Bonne santé et bien-être : permettre à tous de vivre en bonne santé et de promouvoir le bien-être de tous à tout âge » ;
- la sociologie de la santé et de la maladie : les analyses effectuées dans la présente recherche ont permis de montrer comment les facteurs qui déterminent l'accessibilité aux soins de santé chez les TSS constituent un frein dans leur accès à des soins plus adaptés ;
- la sociologie du corps : les résultats de la présente recherche ont montré que les différentes perceptions du corps de la TS participent à la légitimation de l'étiquetage et à des discriminations de toutes sortes ;
- la sociologie de la famille : la présente recherche a permis de rendre compte de la nature des interactions entre la TSS et sa famille. En effet, les enquêtes réalisées ont montré que les rapports entre les TSS et leurs familles ne sont pas de tout repos. Pour celles vivant en famille élargie, la nature de leur activité les empêche de communier avec cette famille. Nombre d'elles se retrouvent à cohabiter avec des connaissances issues du milieu prostitutionnel, par crainte que leurs familles ne découvrent la nature de leur activité ; délaissant ainsi leurs enfants. Pour celles qui vivent avec leurs partenaires non-

clients, par peur d'être rejeté et du regard stigmatisant, elles dissimulent la nature de leur statut sérologique ;

- la sociologie de la déviance : cette recherche a permis de montrer comment les construits sociaux arrivent à redéfinir les identités sociales et à renforcer la discrimination à l'égard des TSS ;
- la sociologie du genre : en posant un regard sociologique sur la nature des rapports TSS/clients, l'on s'est rendu compte qu'à cause de la vulnérabilité à laquelle elles font face, elles sont plus exposées à la domination masculine exercée par leurs clients. Aussi, subissent-elles des abus exercés par des forces de l'ordre.

VIII. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Dans le cadre de la présente recherche, la méthode qualitative a été choisie, afin de faire une étude plus approfondie de l'objet qui intéresse cette réflexion. En effet, « *les méthodes qualitatives visent à comprendre l'objet dans sa profondeur et sa totalité, à étudier le phénomène dans sa complexité, en tenant compte de son contexte, lui-même extrêmement divers* » (NGA NDONGO, 2003 : 57). De plus, la méthode qualitative est également appropriée dans l'étude des mécanismes d'opinion, des perceptions, voire même, dans la compréhension sociale (WAHNICH, 2006).

1. Cadre théorique

Dans le cadre de cette recherche, c'est l'approche interdisciplinaire qui a été adoptée au regard du caractère multidimensionnel associé au concept de santé. En effet, selon PIAGET (1961, cité in GRAWITZ, 2001:340), il faut distinguer :

La recherche pluridisciplinaire dans laquelle plusieurs sciences collaborent chacune conservant sa spécificité; la recherche transdisciplinaire qui se situe à un niveau d'abstraction élevé, utilise des théories et concepts communs à toutes les sciences sociales ; enfin la recherche interdisciplinaire, qui implique confrontation, échange de méthodes, concepts et points de vue [...] elle doit naître de préoccupations communes, les unes relatives aux structures, les autres aux mécanismes. Aussi, remarque-t-il la similitude entre les problèmes actuellement les plus importants des sciences de la nature et ceux des sciences de l'homme, à savoir : la production de structures nouvelles, de l'équilibre (dans le sens de régulation) et de l'échange. Problèmes que l'on trouve en linguistique, en psychologie, en économie et qui s'étudient grâce à des méthodes inspirées des sciences de l'homme : théorie des jeux, information et cybernétique. Toutes ces

questions relèvent d'un domaine interdisciplinaire où chacun se demande jusqu'à quel point l'homme contemporain dépend de son histoire.

De plus, comme l'indique GRAWITZ (2001 : 440), étant donné qu' « *il faut admettre que les frontières entre les diverses disciplines ne sont pas fixées une fois pour toutes et que le véritable but de la recherche interdisciplinaire est donc une « réorganisation des domaines du savoir, par des échanges consistant en réalité en recombinaisons constructives* », dans le cadre de cette recherche, les théories qui ont été capitalisées s'inscrivent dans des thématiques relatives à la sociologie générale, à la sociologie de la santé, à l'anthropologie de la santé, à l'économie de la santé et à la géographie de la santé. Il s'agit, à cet égard, des théories suivantes : la théorie des représentations sociales, l'individualisme méthodologique, le modèle explicatif, le modèle des recours d'ANDERSEN et d'ADEY et la théorie de la micro-économie.

a. L'individualisme méthodologique de BOUDON

Développé par BOUDON en France dans les années 60, l'individualisme méthodologique est un courant de pensée sociologique qui s'était donné pour projet d'apporter les limites du primat de l'holisme ou de l'accent porté sur le collectif de la sociologie durkheimienne au détriment des éléments individuels. En effet, l'individualisme méthodologique met au centre de l'analyse sociologique, les motivations individuelles au sein d'un système social donné. En tout état de cause, ce courant de pensée prend le contre-pied du postulat holistique selon lequel l'individu, étant le produit des structures sociales, peut être négligé dans l'analyse sociologique, en énonçant à l'inverse que, pour expliquer un phénomène social quel qu'il soit, il est indispensable de reconstruire les motivations individuelles concernées par le phénomène en question. Dès lors, l'individualisme méthodologique fait du retour de l'acteur social, un impératif épistémologique et insiste sur la nécessité de repenser les choix et les stratégies des individus. De ce fait, dans le cadre de cette recherche, cette théorie a permis de mieux appréhender les logiques individuelles qui freinent encore l'accessibilité aux soins et services de santé des TS séropositives dans la ville de Yaoundé. En réalité, si la théorie des représentations sociales a permis de déceler et de comprendre comment les idées du groupe arrivaient à secréter des représentations communes pouvant alimenter la vulnérabilité socio-sanitaire des TS séropositives et par la même occasion constituer un frein dans leur accès aux soins, l'individualisme méthodologique a permis de mettre à découvert des comportements et pratiques à haut risque que développaient cette population. Il s'agissait par exemple de la sous-utilisation du matériel de prévention, l'insertion de plantes dans leurs appareils génitaux et les recours multiples, pour ne citer que ceux-là. Ces comportements et pratiques mettent en péril

le travail de prévention engagé par les institutions de prise en charge et constituent un frein dans leur accès à des soins appropriés dans la mesure où, ils entravent les initiatives prises par les pouvoirs publics pour enrayer le VIH et ses conséquences sur la vie des populations.

b. La théorie des représentations sociales de MOSCOVICI

Le terme de « représentation sociale » a été introduit par MOSCOVICI (1961), qui a développé une approche nouvelle dans l'étude de la race humaine. Pour ce faire, il s'est appuyé sur le concept de « représentation collective » de DURKHEIM (1897), afin de développer une théorie située à l'interface du psychologique et du social. Ainsi, selon MOSCOVICI, une représentation sociale est *« un système de valeur, de motivation et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social qui provient non seulement du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et l'évaluation des réponses »*. En d'autres termes, une représentation sociale est une forme de connaissance courante dite de sens commun qui a comme finalité, l'organisation et l'orientation des communications et des conduites permettant d'acquérir une vision de la réalité commune à tous les membres d'un ensemble social déterminé. Les représentations sociales sont construites dans un but précis qui peut être : de permettre d'appréhender et d'expliquer la réalité, d'acquérir des connaissances, de définir les identités spécifiques à chaque groupe social, d'orienter les comportements et les pratiques et de justifier des positions et des comportements. Aussi, les représentations sociales sont *« une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social »* (JODELET, 2003 : 36). Elles fonctionnent comme un système d'interprétation de la réalité qui organise les rapports entre les individus et leur environnement et oriente leurs pratiques (des pratiques communes se rapportant à l'objet de la représentation au sein de la population). Il s'agit d'un ensemble de savoirs non-savants, ordinaires, ou dit de *« sens commun »* GUIMELLI (1994 : 12) en opposition aux savoirs dits scientifiques ou savants. C'est également un processus, un statut cognitif, permettant à l'individu d'appréhender les aspects de la vie ordinaire (FISCHER, 2005 : 121), de s'y adapter (ABRIC, 1997). Etant donné que les perceptions cristallisant la maladie et la santé varient d'un espace culturel à un autre, il importe de bien les élucider car, puisqu'elles jouent un rôle déterminant dans la recherche de l'équilibre entre l'individu et son milieu social. De ce fait, étudier la maladie à partir de la théorie de la représentation sociale revient non seulement à étudier les aspects émotionnels de l'individu, mais aussi ceux de l'ensemble des acteurs sociaux.

Dans le cadre de cette recherche, ladite théorie a permis de comprendre comment les acteurs sociaux construisent leurs représentations sociales et les fonctions qu'elles remplissent dans la société. Il s'agissait, en d'autres termes, de montrer comment les croyances socioculturelles et les idées préconçues partagées et développées autour du travail de sexe et des personnes en situation de travail de sexe, meublent des stéréotypes voire des clichés à partir desquels s'orientent les perceptions, les comportements et les pratiques sociales visant à caractériser un groupe social ainsi que ces actes de « normal ³ » ou d' « anormal », de déviant ou de non déviant. Il était en fait question de montrer comment les construits sociaux développés autour du « travail de sexe » et de la Travailleuse de Sexe et même du VIH alimentent la double stigmatisation dont sont victimes ces TSS d'une part et comment par la même occasion, ils influencent leur accessibilité dans les structures de santé appropriées au Cameroun d'autre part.

c. Le modèle explicatif (*The explanatory model*) de KLEINMAN

Le concept d' « explanatory model » fut inventé par KLEINMAN en 1975 et popularisé dans l'ouvrage qui fit sa notoriété. Adopté depuis les années 1990 par plusieurs générations de chercheurs, le modèle explicatif de KLEINMAN part du principe que dans une société donnée, les gens forgent des modèles explicatifs des maladies en combinant leur idiosyncrasie et leur expérience personnelle de la maladie avec les croyances répandues dans leur société. À cet effet, la maladie a d'abord une dimension subjective et sociale, de même que son interprétation ou encore le sens qu'on lui donne. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle cet auteur avait établi une distinction sémantique entre les termes anglo-saxons de *illness* (maladie telle que perçue et ressentie par l'individu), *disease* (maladie au sens biomédical de pathologie) et *sickness* (la maladie telle que perçue par la société). Au regard de ce qui précède, la maladie apparaît comme une construction sociale par les acteurs sociaux, en référence aux normes et aux valeurs socioculturelles de leur société d'appartenance. C'est ainsi que dans la même veine, l'anthropologue SACKS (1993) a affirmé que la recherche moderne en neurologie consistait à aller interroger l'expérience réelle des malades, seules personnes susceptibles de décrire l'étrangeté quasi unique de leur monde. Ce qui fait de la reconnaissance du groupe un aspect de plus en plus utilisé par les chercheurs modernes en sciences humaines, pour se donner des partenaires susceptibles de venir interroger la validité de leurs hypothèses (NATHAN, 1996). Ceci étant, ce modèle théorique a permis de comparer les représentations individuelles de la

³ Saisi sous le prisme durkheimien.

maladie du point de vue des TS séropositives à celles du personnel soignant, pour déterminer si ces derniers dans leur diagnostic et dans leur prise en charge du « disease », prenaient en compte le « illness » et même le « sickness », afin d'insérer le malade dans le processus de guérison.

d. Le modèle de recours d'ANDERSEN et d'ADEY

Inspiré du modèle antérieur d'ANDERSON et de NEWMAN, le modèle de recours d'ANDERSEN (1995) et d'ADEY (1998) conçu en géographie de la santé pour l'accessibilité des soins, décrit des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire. De ce fait, d'après ce modèle, ces facteurs (cité In BONNET, 2002) sont regroupés en trois catégories : les facteurs prédisposant, les facteurs de capacité et les facteurs déclenchant.

- **Les facteurs prédisposant**, ici l'on retrouve des variables démographiques telles que l'âge, le sexe, le statut marital et la morbidité passé ;
- les indicateurs de structures sociales : la race, le niveau d'instruction, l'occupation, l'ethnie, la morbidité résidentielle, la taille de la famille ;
- les indicateurs de valeurs et croyances : la santé et la perception de la maladie, les attitudes face au risque de la maladie, la connaissance des maladies et l'impact ;
- **Facteurs de capacité**, ici se situent les indicateurs familiaux tels le revenu, les assurances, la source régulière de soins, accès aux sources ;
- Les indicateurs communautaires : la densité et la disponibilité des ressources sanitaires dans le lieu de vie, le prix des services, la région géographique, l'habitat rural contre l'habitat urbain ;
- **Les facteurs déclenchant**, à ce niveau se trouvent : les besoins face à la maladie exprimés par le niveau perçu de besoins, les conséquences attendues de la maladie, les symptômes, le diagnostic effectué par l'individu, l'état général concomitant ou le niveau de besoin évalué ou mesuré par un tiers, les symptômes et le diagnostic établi par les experts.⁴

Ainsi, ce modèle théorique, à travers l'analyse des différents facteurs sus mentionnés, a permis d'étudier les conditions d'accessibilité aux structures de soins qui intéressent cette recherche,

⁴ Voir dans la troisième partie de ce travail comment ces facteurs ont été capitalisés.

de même que l'influence que ces facteurs pouvaient avoir sur les choix thérapeutiques des TS séropositives.

e. La théorie de la micro-économie d'ARROW

Ayant pour figure de proue ARROW, l'économie de la santé est une branche de l'économie née dans les années 1963 aux Etats-Unis d'Amérique. En effet, c'est la publication de son article : *uncertainly and welfare economics of medical care* paru la même année dans l'« American economics review » qui lui a valu le prix Nobel d'économie et qui est d'ailleurs au fondement même de l'économie de la santé. En s'inspirant de cette dernière, la théorie de la micro-économie de la santé a été développée par cet auteur dans le but d'étudier et de modéliser les comportements individuels et rationnels des consommateurs de soins dans les champs de la santé, afin d'en faire une analyse du marché des soins qui en résultent. L'enjeu de la micro-économie de la santé est d'identifier les acteurs individuels, leur rôle, d'analyser leurs comportements, les conditions d'agrégation de ces comportements en une offre et en demande et d'étudier le marché des soins et ses règles. Ainsi, selon ARROW, le marché des soins médicaux est marqué par des dysfonctionnements liés à l'imperfection et à l'asymétrie de l'information qui entraîne également sur le marché de l'assurance maladie, une prise en charge inadéquate des risques. Il va à juste titre identifier les cinq principales caractéristiques du marché des soins. Il s'agit notamment de la nature de la demande, des attentes en termes d'incitation de médecins, l'incertitude sur les produits, les conditions de l'offre et le mode de fixation des prix. Pour ce qui relève de ces aspects, il a été mis en évidence, dans le cadre de cette recherche, l'incertitude dont les TS ont fait montre au sujet du traitement aux ARVs. Certaines ont clairement affirmé préférer « les plantes » et « les écorces » à ces molécules, du fait de leur caractère « naturelle » et de la connaissance de leur origine, contrairement aux ARVs. Ceci étant, dans le cadre de la présente recherche, cette théorie, au travers de l'analyse des cinq caractéristiques qui structurent le marché des soins sus évoquées, a permis de mieux expliquer et de comprendre comment ces caractéristiques notamment la disponibilité du médecin, les frais d'examen, la durée d'attente raisonnable pour ne citer que ceux-là, pouvaient constituer un facteur déterminant dans l'accès aux soins sanitaires des Travailleuses de Sexe séropositives au Cameroun.

Au total, même si la principale théorie qui soutend la présente recherche reste la théorie de « l'individualisme méthodologique » de BOUDON du fait qu'elle renseigne sur les motivations individuelles qui alimentent les choix thérapeutiques des TSS, le caractère multidimensionnel des concepts de « vulnérabilité », d'« accès » et d'« accessibilité aux

soins », nécessitent une lecture plus globalisante. C'est la raison pour laquelle il est apparu opportun de convoquer des théories issues d'autres champs d'investigation. En réalité, pour une analyse plus profonde, il était important d'aller au-delà des seuls éléments inhérents en la personne des TSS. Il a également fallu questionner les éléments liés à leur environnement social, autant dire, montrer la dynamique interactionnelle qu'ils entretiennent entre eux. Il s'agissait tout aussi de questionner le rôle que jouent les représentations sociales, le pouvoir économique et même les conditions d'accès aux soins de santé chez ces TSS. D'où le recours aux théories additionnelles sus mentionnées.

3. Les techniques de collecte des données et d'analyse des informations

Les techniques qui ont été utilisées sont les suivantes : l'observation documentaire, l'observation directe, l'entretien semi-directif et les récits de vie.

a. L'observation documentaire

Comme son nom l'indique, l'observation documentaire, encore appelée « étude des traces écrites », consiste en la collecte des informations à travers les documents.

C'est une forme d'observation différée qui, par nécessité ne saisit pas directement le phénomène intéressé mais uniquement certaines de ses conséquences. On peut regrouper dans cette catégorie aussi bien l'analyse de documents, de statistiques officielles que de véritables traces matérielles. C'est le type de méthodes dites non réactives : puisque le chercheur n'intervient qu'après que le phénomène se soit produit, il ne peut évidemment pas le perturber » GHIGLIONE et MATALON (1991 :11).

Dans le même ordre d'idées, NGA NDONGO (1999 :11) déclare : « *il s'agit d'une observation médiatisée par les documents* » et de ce fait, il poursuit en disant qu' « *est document, tout élément matériel ou immatériel qui a un rapport avec l'activité des vivants en société et qui, de ce fait, constitue indirectement une source d'information sur les phénomènes sociaux* ». De plus, GRAWITZ (2001 : 541) rappelle :

Le document offre l'avantage d'être un matériau objectif en ce sens que s'il soulève des interprétations différentes, il est le même pour tous et ne change pas. Alors que l'individu interrogé donne une réponse qui vaut seulement pour le moment où elle est donnée, le document demeure et permet une étude dans le temps (évolution, comparaison, etc.), documents personnels (lettres, carnet) ou officiels (discours, articles) sont précieux comme compléments des techniques de rapports individuels.

Toutefois, si les documents regorgent d'informations susceptibles d'être utiles au chercheur, il importe tout de même de signaler qu'un profond travail d'analyse et de réorganisation desdites informations apparaît plus qu'indispensable pour extirper des données exploitables sur le plan scientifique à partir des données existant à l'état primitif. Dès lors, dans le cadre de cette réflexion, la technique documentaire a permis d'explorer des travaux qui ont été réalisés dans d'autres champs d'investigation au sujet du travail de sexe, afin de pouvoir sortir des sentiers battus dans un champs en friches et d'y apporter une touche d'originalité. Ainsi, les données contenues dans les documents exploités en plus d'avoir été une source d'informations supplémentaires, elles ont également été bénéfiques pour la production des données complémentaires. Aussi, cette technique a-t-elle permis d'étudier les opinions des TS séropositives sous des angles variés et diversifiés. C'est dans cette optique que NGA NDONGO (1999 : 300) a affirmé qu' « *elle obéit et cautionne chez le chercheur cette attirance vers le caché, le latent, le non apparent, le potentiel, l'inédit (du non-dit) détenu par tout message* ».

b. L'observation directe

Elle est une technique vivante qui permet au chercheur qui vit dans un groupe social, de recueillir les données en appréciant les réalités sociales. GRAWITZ, (2001 :527) souligne que :

L'observation directe (...) provient du fait que l'observateur observe le groupe en train de vivre, l'action qui naît, les processus pendant qu'ils se déroulent et non après coup. Il s'agit vraiment d'une observation directe et le plus souvent multidimensionnelle c'est-à-dire attachée à plusieurs aspects.

Pour NGA NDONGO (1999 :27), « *l'observation directe favorise l'accès immédiat aux comportements, aux actes et aux objets en tant que situation et contexte pratiquement réel dans lesquels interagissent différents acteurs sociaux* ». Les techniques d'observation directe sont donc des modes aux pratiques sociales, aussi minuscules soient-elles et aux dynamiques et interactions que développent les acteurs sociaux.

Au moment de la descente sur le terrain, il a fallu se munir d'une grille d'observation à partir de laquelle des données ont été collectées. Le choix de cette technique dans le cadre de la présente recherche tient du fait qu'elle sied à la nature de l'objet ci-étudié, dont les pratiques et les comportements sont visibles et donc susceptible d'être analysés et interprétés sous le prisme des organes de sens tels que la vue et l'ouïe. Ainsi, dans le cadre de la présente recherche, cette technique a permis, une fois sur le terrain, de décrypter la nature des rapports soignant/soigné, d'observer comment l'accueil des TS séropositives était-il fait à HF ainsi que dans les FOSA et d'observer la manière dont ces TS réagissent en cas d'insatisfaction constatée.

Pour ce faire, des descentes itératives ont été effectuées à HF. Pour éviter de passer à côté d'informations capitales, des outils tels que le journal de terrain⁵ et l'appareil photo ont servis de socle à ladite observation.

c. L'entretien

Selon MACE et PETRY (2000), l'entretien est un moyen par lequel le chercheur tente d'obtenir des informations qui ne se trouvent nul part ailleurs qu'auprès des personnes ayant été le plus souvent témoins ou acteurs des éléments sur lesquels porte la recherche. C'est donc un procédé d'investigation scientifique qui requiert l'utilisation d'un processus de communication verbale pour recueillir des informations concernant un objet bien défini et en relation avec le but fixé (GRAWITZ, 2004 : 154). L'entretien se définit, à cet effet, comme un « tête à tête et un rapport oral entre deux personnes, dont l'une transmet à l'autre des informations » (GRAWITZ, Op. Cit : 643). Son but est de combler les lacunes de l'observation documentaire. Toutefois, dans le cadre de cette recherche, c'est l'entretien semi-directif qui a été utilisé et qui, selon GRAWITZ (1988 :84), est : « une communication orale ayant pour but de transmettre des informations de l'enquête à l'enquêteur ». Cette technique distingue l'entretien directif de l'entretien non directif, selon que le contenu est ou non structuré par l'enquêteur, la participation est active. Chacun intervient à l'intérieur d'un champ délimité, en fonction de l'objectif de l'enquête. Le choix motivé de ce type d'entretien est le fait qu'il peut admettre des questions formulées et/ou non formulées à l'avance, des questions ouvertes et fermées. Ce qui garantit une certaine marge de liberté aux répondants. Ainsi, à partir des entretiens semi-directifs, il a été recueilli des informations sur les facteurs de vulnérabilité socio-sanitaires des TS séropositives, les déterminants de leurs recours thérapeutiques, les informations relatives aux dispositifs institutionnels en matière de prise en charge de TS séropositives au Cameroun (l'application par les FOSA des directives données par le Minsanté et la contribution du secteur privé), les déterminants de l'accessibilité aux soins de santé des TS séropositives, ainsi que les perceptions développées par ces dernières autour du dispositif institutionnel mis en œuvre dans le but d'améliorer leur PEC.

Le recueil des données issues des entretiens semi-directifs réalisés auprès des TSS et du personnel de prise en charge d'HF s'est effectué à travers l'usage d'un magnétophone. Ayant eu à effectuer un stage académique dans le cadre de la recherche-action en Master et qui a été

⁵ « Le journal de terrain » est le mode d'enregistrement le plus habituel et le plus spécifique de l'observation. Ce journal a pour fonction d'enregistrer « à chaud » la découverte, au plus près de la forme même sous laquelle elle se manifeste et avec une déperdition d'information minimale. Noter tout ce qui attire l'attention est la règle. Le chercheur note les idées, les découvertes, tout ce qui paraît dépourvu de sens pour la recherche.

sanctionné par l'obtention d'une attestation de fin de stage gratifiante, l'Association HF a marqué sans encombre son accord pour la réalisation de ce travail de recherche. En fait, outre la possibilité d'observer comment travaille le personnel de prise en charge des TS séropositives à HF et de les interroger, elle a également fourni une documentation nécessaire à la réalisation de cette recherche. Ainsi, 100 TSS et 10 personnels de prise en charge exerçant à HF ont été interrogés *in situ*. Tandis qu'une dizaine de personnels en charge des KP a été interrogée dans leurs FOSA respectives.

Pour ce qui est des TS séropositives et du recueil des informations auprès de cette population, il a fallu se rapprocher de la chargée de la dispensation communautaire, car c'est auprès d'elle que les TS séropositives se ravitaillent en ARVs. En dehors d'elle, la CPS Lead⁶ a également été d'une aide considérable, car tout comme la chargée de la dispensation communautaire, elle aussi interagit avec ces TS dans le cadre du counseling et des références. La conseillère relais a également été sollicitée surtout pour ce qui est de la relation TS/personnel soignant des FOSA. En effet, c'est elle qui accueille les TS séropositives dans les FOSA et par la même occasion facilite leur PEC au sein de ces structures hospitalières publiques.

Toutefois, pour ce qui est du personnel des FOSA responsables de la PEC des KP (Key Population), étant donné qu'ils ont émis des réserves quant à l'utilisation du magnétophone, les données ont été recueillies de façon manuscrite. En réalité, malgré la présentation d'une clairance éthique régionale renseignant sur le caractère légal et légitime de la présente recherche, ce personnel a affirmé que sa hiérarchie désapprouvait toute participation à des enquêtes quelle qu'elles soient. Dès lors, pour venir à bout de cet écueil, il a fallu effectuer les descentes sur le terrain avec la CPS Lead, avec laquelle les FOSA collaborent dans le cadre du lien au traitement des TS séropositives. C'est donc sous le couvert d'HF qu'il a été possible de recueillir des informations auprès de cette catégorie de la population.

d. Les récits de vie

En sociologie, BERTAUX (2003 :32) conçoit le récit de vie comme la forme narrative d'une production discursive. Ainsi, « *le récit de vie consiste, pour un narrateur, à raconter à une autre personne un épisode de son expérience vécue* ». Cette démarche est initiée par une requête extérieure : un chercheur demande à une personne de lui raconter tout ou une partie de son expérience vécue. Relativement récente, cette technique est fondée sur la théorie de l'ethno méthodologie et, comme sa dénomination l'indique, il s'agit d'une technique fondée sur la

⁶ Le rôle assigné à chaque personnel de prise en charge des TS de HF est explicité dans la deuxième partie de ce travail.

conviction que l'acteur social, au lieu de passer par le sociologue, est capable, lui-même, de raconter sa vie d'autant plus qu'il est le mieux placé pour parler des faits vécus. Dans le cadre de cette recherche, cette technique a permis de recueillir des informations sur la manière dont en fonction de leur expérience personnelle les TS séropositives et leurs proches choisissent leurs trajectoires thérapeutiques et les recours aux soins ; Et par-là, déterminer de quelle manière ces recours pouvaient constituer un frein dans leur accessibilité aux soins adaptés. Ainsi, dans le cadre de ce travail, dix récits de vie ont été collectés et triangulés avec les informations recueillies à partir des autres techniques sus évoquées.

3. Population d'étude, cadre d'étude et technique d'échantillonnage

Dans toute recherche scientifique, le choix de ces éléments est d'autant plus important qu'ils constituent la phase opérationnelle de la recherche. Pour cette raison, ce choix devra donc se faire avec minutie.

a. Population d'étude

Dans le cadre de cette recherche, nombre d'informateurs ont été choisis. Ils ont à cet effet été regroupés en deux catégories d'acteurs. Il s'agit notamment de la population des TS séropositives, les personnels de prise en charge d'Horizons Femmes et ceux des FOSA en charge des KP (Key Population). Le choix de mener des observations auprès de cette catégorie de la population TS réside dans le fait que, pour celles séropositives, il importe de requérir leurs avis sur les différents soins et services qui leurs sont offerts dans les structures de prise en charge de Yaoundé et de comprendre dans quelle mesure la qualité des prestations y afférentes peut constituer un frein dans leur accès aux soins appropriés.

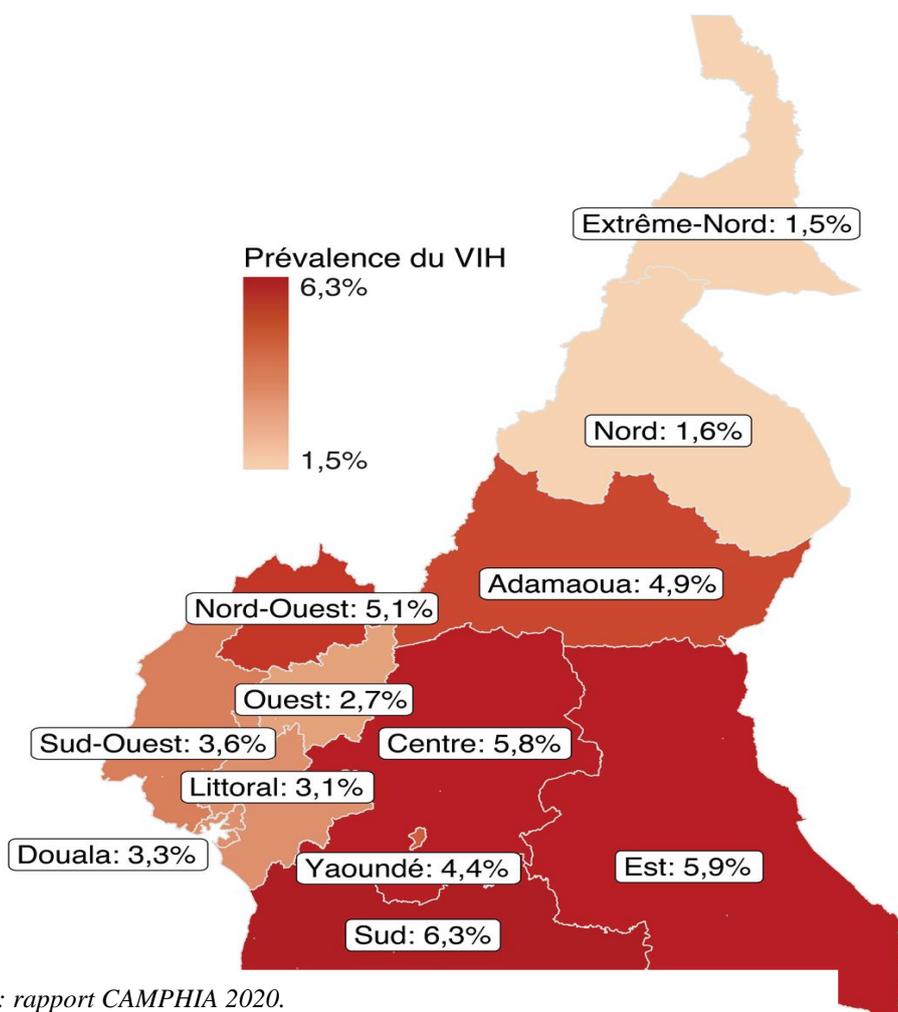
En dehors des TS séropositives, ont également été interrogées, les personnes ressources telles que : les Assistantes Sociales (AS) encore appelées Case Managers, les Conseillères psychosociales (CPS), les Conseillers Relais (CR), les infirmiers, les aides-soignants et les Médecins. En effet, ce sont ces personnels qui accompagnent les TS séropositives dans leur processus de prise en charge. Aussi, faut-il ajouter qu'il était important d'interroger ces personnels car, leurs réponses devaient être confrontées à celles des TS, afin d'avoir une vision plus exhaustive du sujet qui intéresse cette recherche.

b. Présentation du cadre d'étude

La justification du choix de mener cette recherche dans la région du Centre Cameroun et, plus précisément, dans la ville de Yaoundé, se fonde sur deux éléments. Tout d'abord, cette

localité a été choisie en raison de sa situation épidémiologique. En effet, en prenant pour référent le rapport de l'enquête menée par la Camphia entre juillet 2017 et février 2018, rendue publique en février 2020, intitulée : *Evaluation de l'impact du VIH dans la population au Cameroun*, l'incidence annuelle du VIH chez les adultes (définis comme ceux âgés de 15 à 64 ans) au Centre-Cameroun est de 5,8 %. Or, la ville de Yaoundé à elle seule, enregistre un taux de séroprévalence de 4,4 soit un taux bien plus supérieur au taux de séroprévalence nationale qui est de 3,1. Ensuite, il a également été trouvé opportun de mener des recherches dans cet espace géographique, du fait qu'il regorge d'une mosaïque de populations. Voir la figure ci-après :

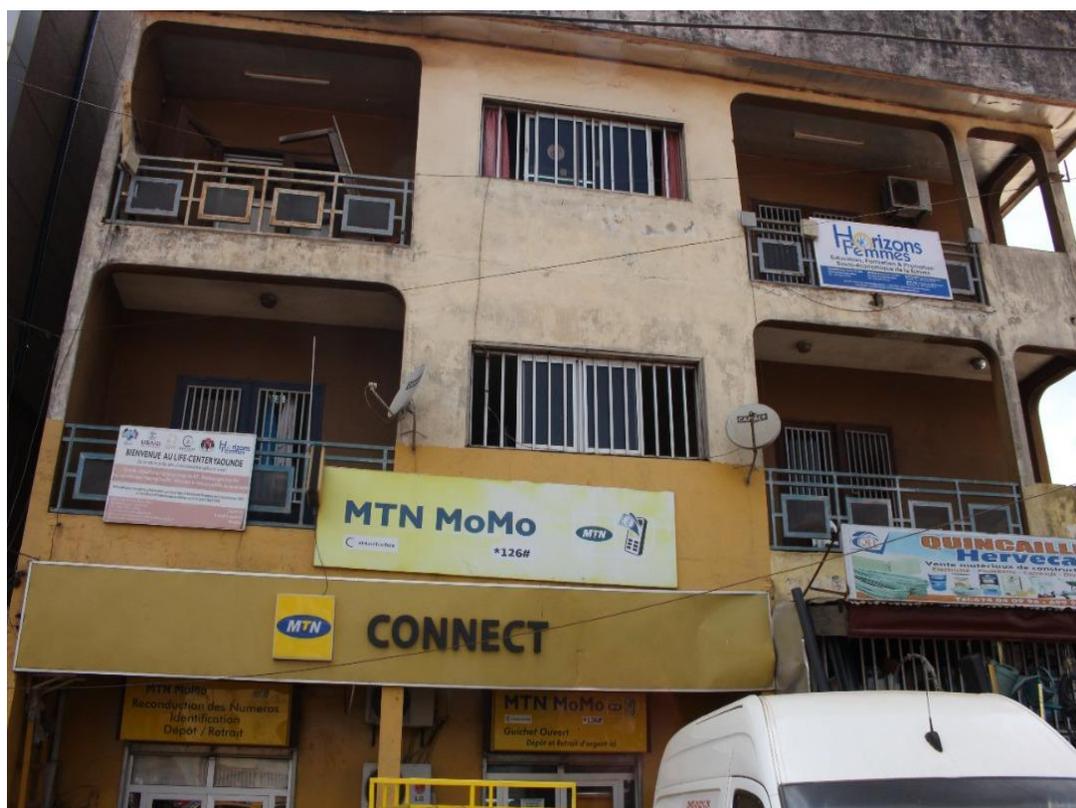
Figure 1: Prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 64 ans par région au Cameroun



Quant à l'Association HF, elle a été choisie parce qu'elle fait partie des associations à but non lucratifs qui font dans la santé communautaire et dans la prise en charge des personnes

vulnérable parmi lesquelles, les Travailleuses de Sexe séropositives et leur clients. La notoriété de ses actions et initiatives en matière de santé communautaire lui ont permis d'obtenir en 2022, le prix de la meilleure association dans son domaine, octroyé par le Minsanté. HF intervient dans quatre Régions du Cameroun. Il s'agit notamment des régions du Centre, du Littoral, de l'Ouest et du Sud. En effet, au Centre, l'Association a pour siège principal Yaoundé au lieu-dit Melen-Mini ferme. Au Littoral, l'antenne se trouve à Douala ; à l'Ouest, l'antenne se trouve à Bafoussam et dans le Sud, l'antenne se situe à Ebolowa. L'Association à but non lucratif HF œuvre depuis plusieurs années pour l'épanouissement social des groupes humains défavorisés en général et plus particulièrement la femme. La vision de cette structure est de parvenir à une société où les rapports sociaux de genre seront équitables ceci dans l'optique de favoriser un développement humain harmonisé. Ainsi, la principale mission de cette Association est de contribuer de manière significative à la réduction des inégalités de genre et plus précisément celles affectant les femmes. Voir la photo ci-après :

Photo 1: siège de l'Association Horizons Femmes-Yaoundé



Source : enquête de terrain

c. Technique d'échantillonnage

L'échantillonnage est la technique par laquelle le chercheur choisit une partie représentative de la population pour déterminer les caractéristiques de l'ensemble de la population étudiée. Les procédures scientifiques d'échantillonnage permettent de procéder à des généralisations sur un grand nombre de personnes, à partir d'informations recueillies auprès d'un petit nombre seulement. Dans le cadre de cette recherche, c'est l'échantillonnage sur place qui a été utilisé car, ne disposant pas d'une base de sondage, il a fallu procéder à la constitution de l'échantillon sur le terrain même. Il a consisté à se rendre à HF pour rencontrer les TSS, le personnel de PEC d'HF et le personnel de PEC de ces TSS dans les FOSA. En fait, ce sont les descentes préliminaires effectuées en amont qui ont permis d'identifier les catégories d'informateurs à capitaliser dans le cadre de cette recherche. Ainsi, il s'est agi de 100 TS séropositives, 10 personnels des FOSA et 10 Personnels d'HF. Ces derniers ont été interrogés sur place. Pour ce qui est du personnel chargé de la prise en charge des TSS dans les FOSA, pour les interroger, il a fallu effectuer des descentes dans leurs sites de travail respectifs (HD de Biyem-Assi, et HD de la Cité-Verte). Quant aux TSS, certaines ont été abordées dans les FOSA. Mais la grande majorité l'a été dans les locaux d'HF.

Avantages: L'échantillonnage sur place est généralement moins coûteux que l'échantillonnage aléatoire. Il est également facile à administrer.

Inconvénients : Certaines unités peuvent n'avoir aucune chance d'être sélectionnées.

Tableau 1: Répartition de l'échantillon

Désignation	Nombre
Travailleuses de Sexe séropositives	100
Conseillère Psycho-Sociale	02
Conseillère Psycho-Sociale en chef	01
Conseillère Relais	01
Chargé de la Mobilisation Communautaire	02
Drop In Centre Manager	01
Réceptionniste	01
Technicien de laboratoire	01
Infirmière HF	01
Personnel des FOSA en charge des K.P	10 (un médecin et 09 infirmières)
TOTAL	120

Source : NTOUTOU, enquête de terrain, Février 2022-Septembre 2022.

Par ailleurs, pour garantir une certaine représentativité qualitative à cet échantillon, sa taille n'a pas été fixée à l'avance. En effet, c'est le principe de la saturation qui a permis de limiter

l'échantillon à 100 TS et une vingtaine d'autres catégories d'informateurs. Le « seuil de saturation » consiste à arrêter la collecte des données lorsque le chercheur pense avoir fait le tour de tous les aspects du sujet qui l'intéresse et que ses entretiens ne renseignent plus sur des éléments nouveaux. C'est dans cet ordre d'idées que OLIVIER DE SARDAN (1995 : pp. 14-15) souligne :

Le principe de saturation est (...) plus qu'un signal de fin : c'est une garantie méthodologique de première importance, complémentaire de la triangulation. En différant la fin de la recherche sur un thème ou un sous-thème (...) on se soumet à une procédure de validation relative des données ou s'ouvre à la possibilité d'être confronté à des données divergentes ou contradictoires.

b. Analyse des données

Conformément à la démarche de ce travail qui se voulait qualitative, l'analyse des données s'est faite à travers les techniques d'analyse et de traitement qualitatifs.

a. Analyse des entretiens

Après la phase de collecte des données, le traitement et l'analyse des données collectées sur le terrain ont été faits à partir des techniques d'analyse de contenu, qui ont été subdivisés en trois grands moments. En effet, les données ont été traitées à l'aide des techniques d'analyse de contenus aidant à interpréter le contenu latent des communications verbales ou non verbales. L'analyse de contenus a permis d'accéder aux significations implicites des « dires des acteurs », des documents, des faits et des gestes observés. Pour BARDIN (1986), l'analyse de contenus désigne

Un ensemble de technique d'analyse de communication visant par des procédures systématiques et objectives de description de contenus de messages, à obtenir des indicateurs quantifiables ou non, permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production / réception (variable inférée) de ces messages.

Les techniques d'analyse de contenus tentent de passer du niveau atomique d'analyse au niveau moléculaire. Aussi, axent-ils leurs procédures même à un plan très élémentaire, sur les liens qu'unissent les composantes du discours, plutôt que sur ces composantes elles-mêmes. Pour être précis, les techniques d'analyse de contenu qui ont été mises en œuvre dans la présente recherche relèvent principalement des analyses logico-sémantiques incluant les opérations suivantes :

- **Recensement et classement des mots clés des messages émis sur un document écrit, parlé ou sensoriel** ; il s'agissait plus concrètement de la transcription des données de terrain. En effet, sur le terrain, un magnétophone/téléphone portable a été utilisé pour collecter les données des entretiens semi-directifs. Dès lors, le traitement ainsi que l'analyse de ces données ont été saisis sur le logiciel informatique WORD 2012. Cette transcription s'est déroulée par regroupements des entretiens effectués selon les groupes d'enquêtés ;
- **Catégorisation et classement des réponses à une question ouverte et analyse de récit**; c'est une étape qui consiste à regrouper les données qui ont un même sens. Cette étape, qui suit logiquement la transcription a permis d'organiser les données de terrain selon les thématiques. Cette phase, qui prépare le chercheur à l'analyse a consisté à rassembler toutes les informations renvoyant aux mêmes significations, afin de faire ressortir les convergences et les divergences des points de vue issues des propos des enquêtés.
- **L'analyse de contenu** : « *comme l'entretien ne parle pas de lui-même, il faut pour parvenir aux résultats de la recherche, effectuer une opération essentielle, qui est l'analyse du discours. Elle consiste à sélectionner et à extraire des données susceptibles de permettre la confrontation des hypothèses aux faits* » (BLANCHET et GOTMAN, 2007 :89).

Selon BERELSON (cité In GRAWITZ, 2001 :606), l'analyse de contenu est « *une technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative, du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter* ». Pour ce faire, la procédure adoptée est décrite ci-après :

Tout d'abord, les données issues des entretiens réalisés sur le terrain ont été transcrites sur des papiers puis, sur des fichiers numériques. Elles ont ensuite été codées en fonction de la catégorie à laquelle appartenait chaque informateur. À titre illustratif, Travailleuse de Sexe séropositive a été noté (TSS1), Personnel de prise en charge d'Horizons Femmes (PPEC/HF1), Personnes Ressources (PR1) ; Personnel de Prise En Charge des Key Populations dans les Formations Sanitaires (PPECKP/FOSA) ; « 1.....n » représentait le numéro attribué à chaque personne interrogée.

Par ailleurs, dans le but d'observer le principe de confidentialité énoncé dans le formulaire de consentement éclairé, les noms et prénoms des enquêtés obtenus pendant les entretiens ont été codés tout au long du document. Aussi, n'ont été retenus que les prénoms.

Par exemple, pour une enquêtée nommée NTOUTOU Guyleine, elle sera présentée dans le texte sous la dénomination de Guyleine. Dans le cas où il y aurait deux Guyleine, si la première est étiquetée Guyleine A, la deuxième sera Guyleine B. Suivront ensuite, la date et le lieu de l'entretien de même que la catégorie à laquelle appartient l'informateur (TS, personnel de PEC de HF ou Anonymat pour les personnels des FOSA). Outre les raisons d'ordre éthique, étant donné que le statut sérologique demeure une information confidentielle et participe par la même occasion à la protection de l'identité du patient, cette étape était cruciale dans le cadre de la présente recherche. Pour ce qui est des personnes ressources (le personnel de prise en charge d'HF), leur identité a été dévoilée dans le document, car ils ont marqué leur accord à cet effet. Par contre, le personnel de prise en charge des KP dans les FOSA ayant émis des réticences, leur identité a été codée de la manière suivante : ANONYMAT 1, pour la première personne, ANONYMAT 2 pour la deuxième jusqu'à la fin des interrogées.

Nombre de codes ont également été introduits pendant les transcriptions pour donner un sens à certains comportements. À titre illustratif, un silence exprimé lors de l'entretien, a été noté (silence assourdissant), des sentiments de gêne ont été notés (informateur gêné) pour dire que l'enquêté était gêné à l'écoute de la question posée, ou (Rire, rictus) pour dire qu'il a été amusé). Des précisions telle un contexte particulier, par exemple la présence du conjoint, d'une copine ou d'un tiers (personne accompagnée), (pleures) pour signaler que l'informateur a craqué et s'est mis à pleurer lorsqu'il fallait répondre à une certaine question notamment celle de savoir « comment la famille ou le partenaire a-t-il réagi à la découverte de votre statut sérologique ? ».

Ensuite, il a fallu procéder à des analyses thématiques. La construction de la grille thématique a été réalisée dans le tableur Excel 2012. En fonction des thématiques déjà présentes sur les guides d'entretiens, il a été défini des sous-thèmes qui ont par la suite été regroupés en catégories significatives (BARDIN, 1983). Dans la thématique des facteurs de vulnérabilité chez les TS séropositives par exemple, il a été défini les sous-thèmes liés aux types de vulnérabilité, aux trajectoires thérapeutiques construites par les TS en situation de vulnérabilité socio-sanitaire et même aux déterminants de leurs recours thérapeutiques. Des extraits de textes (verbatim) ont par la suite été classés dans des dossiers correspondant à chaque sous-thème en prenant la peine à chaque fois, de noter les références de l'entretien à l'aide des codes attribués à chaque personne. Ce sont donc ces différents sous-thèmes qui ont permis *in fine*, d'élaborer les articulations de la présente recherche.

IX. LES ARTICULATIONS DE LA RECHERCHE

La présente recherche est construite autour de trois parties. La première partie s'intitule « Vulnérabilité socio-sanitaire et accessibilité aux soins et services de santé des Travailleuses de Sexe séropositives : analyse du cadre conceptuel ». Elle est organisée en trois chapitres. Le premier consiste en l'analyse du cadre conceptuel. Le second renseigne sur les facteurs de vulnérabilité socio-sanitaire chez les TSS. Le troisième, quant à lui, fait état de la construction des trajectoires thérapeutiques des TSS en situation de vulnérabilité socio-sanitaire.

La deuxième partie vise à montrer comment la prise en charge des Travailleuses de Sexe est organisée au Cameroun ; autant dire, des institutions publiques en l'occurrence le Ministère de la santé publique, aux initiatives privées telle que l'Association Horizons Femmes à travers le projet « CHAMP ». Le chapitre quatre fait une présentation générique du rôle joué par le Minsanté dans la prise en charge des TS séropositives au Cameroun. À ce niveau, il est question de présenter les stratégies et les initiatives mises en œuvre par les pouvoirs publics en directions de ces cibles. Le chapitre cinq envisage montrer comment la prise en charge des TSS est organisée au sein de l'association Horizons Femmes à travers le projet »CHAMP ». Et le sixième chapitre qui boucle cette partie, aborde le potentiel que revêt la coopération publique/privée dans la prise en charge des TSS ainsi que les insuffisances y afférentes.

Dans la troisième partie de cette recherche, l'on procède à l'identification et à l'analyse des différents déterminants qui structurent l'accessibilité aux soins et services de santé chez les TS séropositives dans la ville de Yaoundé. À cet effet, le septième chapitre repose sur l'identification et la description des déterminants socioculturels et structurels. Tandis que le huitième chapitre définit et décrit les déterminants économiques et géographiques. Le chapitre neuf, enfin, consiste dans l'analyse des différentes perceptions que développent les TS séropositives autour des prestations sanitaires offertes par les institutions de prise en charge au Cameroun (le Ministère de la sante publique et horizons femme). Voilà décrites les différentes composantes de la présente ennéade.

PREMIÈRE PARTIE :

**DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE ET DE
L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE DES
TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES : ANALYSE DU CADRE
CONCEPTUEL**

Dans toute entreprise heuristique, il apparaît plus qu'indispensable de procéder en amont à la définition des concepts opératoires, afin de se départir d'éventuelles confusions engendrées par les usages du sens communs. C'est dans cette optique que DURKHEIM (1987 :53-54) affirme :

Toute investigation scientifique porte sur un groupe déterminé de phénomènes qui répondent à une même définition. La première démarche du sociologue doit donc être de définir les choses dont il traite, afin que l'on sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification ; une théorie, en effet, ne peut être contrôlée que si l'on sait reconnaître les faits dont elle doit rendre compte. De plus, puisque c'est par cette définition initiale qu'est constitué l'objet même de la science, celui-ci sera une chose ou non, suivant la manière dont cette définition sera faite. Pour qu'elle soit objective, il faut évidemment qu'elle exprime les phénomènes en fonction, non d'une idée de l'esprit, mais de propriétés qui leur sont inhérentes.

Dans le même ordre d'idées, GRAWITZ (1990 : 403) explique :

L'ambiguïté des termes empruntés le plus souvent au langage courant gêne le chercheur qui se croit alors justifier d'utiliser des définitions personnelles. Chacun ayant les siennes, la nécessité de définir les concepts, pour qu'ils puissent jouer leur rôle d'agent de communication, devient impérieuse. Le terme culture pour un anthropologue n'a pas le même sens pour un romancier ou un agriculteur.

Il convient, à cet égard, de préciser le sens assigné aux concepts clés de la présente analyse. Pour ce faire, de cette partie, découlent trois chapitres subsidiaires.

Le premier, relatif à la conceptualisation, consiste à clarifier les concepts de « vulnérabilité socio-sanitaire », d'« accessibilité aux soins de santé » et de « Travailleuse de Sexe ». Le second identifie et décrit les différents facteurs de vulnérabilité socio-sanitaire chez les TSS. Le troisième, enfin, qui est un prolongement des deux premiers, envisage questionner et analyser les recours thérapeutiques des Travailleuses de Sexe séropositives en situation de vulnérabilité socio-sanitaire dans la ville de Yaoundé.

CHAPITRE I

CONCEPTUALISATION DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE ET DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES

Analyser les concepts de « vulnérabilité socio-sanitaire » et d' « accessibilité aux soins de santé » chez les « travailleuses de sexe séropositives » sous le prisme sociologique revient à comprendre la manière dont l'état de santé des populations ayant un désavantage social est globalement plus dégradé que celui des populations plus avantagées. L'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale est avérée. En effet, ce lien définit les inégalités sociales de santé comme toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale. Cela met en lumière le fait que les inégalités sociales de santé sont considérées comme inévitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

I. DE LA CONCEPTUALISATION DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE

Selon la littérature, le concept de vulnérabilité est sociologiquement complexe, profond, dynamique, multidimensionnel, relatif et temporel (GIARDINELLI, 2018). Dans une démarche qui se veut analytique, il est indispensable de procéder à des décryptages diversifiés et différenciés dudit concept. Il s'agit d'opérer un dépassement du concept de la vulnérabilité sous l'unique dimension ontologique, en questionnant davantage sa dimension social. Pour ce faire, sa déconstruction apparaît nécessaire.

1. De la définition du concept de vulnérabilité

Du latin *vulnerare*, qui signifie blesser, endommager, porter atteinte à, faire mal à, froisser ou offenser, le concept de « vulnérabilité » renvoie au caractère de ce qui est vulnérable, fragile, précaire ; ce qui peut être attaqué, blessé ou endommagé. Il fait également référence au talon d'Achille qui est le point faible ou la potentialité d'être blessé. Ainsi, au sens étymologique, une personne vulnérable est une personne qui peut être blessée. Dès lors, même si cette définition permet de comprendre à quoi renvoie la vulnérabilité, elle ne renseigne pas à

suffisance sur les différentes dimensions possibles que recèle ce concept et encore moins sur ses indicateurs. Pour venir à bout du caractère inopératoire de cette définition du concept de vulnérabilité, il importe d'en effectuer une analyse exploratoire dans différents champs d'investigation, afin d'aboutir à un cadre conceptuel plus affiné. De plus, du fait de l'intérêt qu'il suscite dans nombre de champs d'application et d'analyse, ce concept apparaît comme un concept pluridimensionnel. Apparue dans d'autres champs de la science et de l'expertise (l'environnement, la gérontologie, en particulier), ce concept a fait le tour de multiples tentatives de définition, dont il est souhaitable de montrer la variabilité et les nuances, avant de présenter l'originalité de l'approche sociologique, saisie sous le prisme de CASTEL.

a. De l'analyse du concept de « vulnérabilité » à partir des sciences environnementales

Un des premiers secteurs dans lequel est apparu le concept de vulnérabilité est celui des sciences environnementales et de la gestion des risques naturels. L'idée principale était de tenir compte de l'inégalité de l'impact des accidents naturels selon les groupes humains, en fonction de leurs capacités de faire face (*coping capacities*). C'est dans cette logique que s'inscrivent SCHRÖDER-BUTTERFILL et MARIANTI lorsqu'ils affirment :

Les catastrophes sont depuis longtemps considérées comme le résultat direct de risques naturels, comme les inondations, les tremblements de terre ou les sécheresses, mais cette vision est ébranlée par le fait que, d'une part, tous les risques ne débouchent pas sur des catastrophes, et que d'autre part, toutes les personnes ou les groupes ne pâtissent pas également lors d'une catastrophe. Le lien crucial entre un risque ou une menace extérieure et une catastrophe a été trouvé dans la notion de population vulnérable (2006 : 10).

Cette approche privilégie les notions d'exposition, de menace, de risque, de *coping* et de résultats (*outcomes*).

En somme, pour les sciences de l'environnement, des populations sont susceptibles d'être exposées à des catastrophes naturelles qui sont autant de menaces et de facteurs de risques contre lesquelles des stratégies doivent être mises en œuvre, en tenant compte de leur plus ou moins grande vulnérabilité (enfants, vieillards, populations pauvres, personnes malades ou handicapées, etc.). Pour les sciences sus évoquées, « Être vulnérable, c'est être exposé à des menaces externes, plus ou moins prévisibles, qui mettent à l'épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur des territoires ».

Par ailleurs, appréhendé depuis seulement les années 2000 (BRODIEZ DOLINO, 2015, 2016), l'utilisation du concept de « vulnérabilité » est liée, en amont à la nécessité de revisiter des concepts plus dépréciatifs, tels que l'exclusion sociale. L'un des premiers champs d'investigation à s'y intéresser était la géographie sociale. En effet, la communauté des géographes, en s'intéressant de près à la géographie du risque dans les années 1990, a mis en exergue le fait que les mêmes causes ne provoquaient pas toujours les mêmes effets (MAZUREK, 2020). Cette constatation a été confirmée par les recherches sur les catastrophes naturelles (MASKREY, 1993; d'ERCOLE et al., 1994; PEGUY, 1995; BAILLY and (dir.), 1996), sur la santé (SALEM et al., 1992 et le numéro spécial de *Espace, Populations, Sociétés* de 1995- 1), sur la contamination (BALKAU, 1993), et l'économie (CHAMBERS, 1989; KOCHAR, 1995). C'est fort de ces conclusions que les chercheurs introduisirent un nouveau concept pour prendre en compte cette variabilité dans le risque : la vulnérabilité ; concept qui sera, en une quinzaine d'années, confondu puis remplacé par celui de résilience (DAUPHINE and PROVITOLLO, 2007). Le risque devient alors une construction sociale et culturelle (JOHNSON and COVELLO, 1987 ; ROHRMANN, 1998). Toutefois, faut-il signaler qu'il n'est nullement fait mention de ce concept de vulnérabilité dans la littérature de la recherche anglo-saxonne.

Dans tous les domaines de recherche, médecine, psychologie, économie, géographie des risques, « vulnérable » est devenu le qualificatif d'une situation « négative » en relation à l'ensemble d'un groupe social ou d'une société. Lorsqu'il y a blessure, il faut soigner ! L'intervention publique concerne alors l'action d'un groupe « sain » en direction d'un groupe « faible ». Cette appréhension est nécessaire pour comprendre le caractère ambigu de ce concept et son usage dans les politiques publiques. En réalité c'est récemment, associé à la résilience, que ce concept est repris dans les articles sur le socio-éco système (ADGER, 2006). Comme tout concept pluridimensionnel, celui de vulnérabilité revêt un caractère polysémique et donc pouvant prêter à confusion pour la recherche. Selon LUSSAULT (2014), « Nous sommes toujours-déjà vulnérables », la vulnérabilité est avant tout l'expression d'une obsession du risque, d'une « culture tabloïd1 de la peur », tout comme un outil d'appropriation par les pouvoirs publics qui peuvent alors désigner des coupables et des victimes. Le concept de « vulnérabilité » a d'abord servi à identifier la pauvreté dans les années 1970, puis s'est introduit dans le droit dans les années 1980, avec l'objectif chaque fois, de « domestiquer » les marges, les précaires ou de médiatiser la souffrance et l'impuissance des vulnérables (THOMAS, 2010) ; l'esthétique du vulnérable devient l'oxymore de cette montée en puissance

de la peur. La vulnérabilité permet ainsi un glissement sémantique d'un phénomène collectif et extérieur (l'exclusion qui est l'action d'exclure et suppose l'existence d'un groupe).

b. De l'analyse du concept de « vulnérabilité » à partir de la biomédecine

Le concept de vulnérabilité est aussi utilisé dans le secteur de la gérontologie et de la gériatrie, souvent en complément à celle typiquement biomédicale, de fragilité (*frailty*). Pour les médecins gériatres et gérontologues défenseurs du concept de fragilité, l'objectif est de parvenir à identifier des facteurs de risques chez les personnes âgées, et de construire des indicateurs prédictifs d'un basculement vers le handicap ou la comorbidité. Ainsi, selon cette approche, « La fragilité est une notion synthétique pour rendre compte du risque lié à l'âge, ou à l'accumulation, du fait de la maladie, de pertes au niveau de différentes composantes du système physiologique, qui restent inférieures à certains seuils. Bien que les étapes précoces de ce processus soient imperceptibles cliniquement parlant, lorsque ces pertes de réserve atteignent un certain seuil cumulé qui conduit à une vulnérabilité importante, le syndrome peut être détecté si l'on analyse un certain nombre de marqueurs cliniques, fonctionnels, comportementaux et biologiques » (FRIED & al., 2004 : 256).

Pour ces auteurs, l'enjeu est donc de parvenir à une définition opératoire et mesurable de la fragilité grâce à la construction d'indicateurs ou, mieux, de « marqueurs », permettant de développer des stratégies préventives. Pour ces gériatres et gérontologues, la vulnérabilité est plutôt conçue comme le résultat d'un processus physiologique de « fragilisation » qu'il faut pouvoir mesurer : « Les défis pour trouver une définition standard de la fragilité qui pourrait être largement reconnue et validée dans différents milieux font de toutes les estimations en termes de prévalence des approximations provisoires... L'idée que l'altération d'une seule composante du système physiologique prise isolément ne peut suffire mais que plusieurs composantes doivent être impliquées, a été centrale dans la définition clinique de la fragilité. Un consensus des cliniciens a peu à peu été établi dans la littérature sur un phénotype spécifique incluant un affaiblissement (à la fois une perte de masse musculaire et de force et une perte de poids), une moindre endurance, des pertes au niveau de l'équilibre et de la mobilité, une performance ralentie et une relative inactivité et, potentiellement, une altération de la fonction cognitive » (*ibid.* : 256-257).

En privilégiant des mesures de cette perte de force, de masse musculaire, de mobilité, etc., la notion de fragilité est particulièrement adaptée à une approche médicale. D'où ce qui apparaît parfois comme une différence par rapport à la vulnérabilité, considérée comme une notion plus

large, et donc moins précise. La distinction entre « fragilité » et « vulnérabilité » dans ce secteur dénote surtout une volonté de maîtrise du processus de réduction progressive du potentiel physiologique des individus au fur et à mesure de l'avancée en âge.

c. De l'analyse du concept de « vulnérabilité » à partir de la sociologie

Le concept de « vulnérabilité » a connu, au cours des dernières décennies, un succès considérable, en partant des sciences biomédicales et environnementales, pour gagner progressivement les sciences sociales, ou encore plus largement le discours politico-médiatique. CLEMENT et BOLDUC (2004 :61) affirment à juste titre que s'il est une notion qui s'est imposée comme mode de lecture du social, c'est bien la vulnérabilité. NZHIE ENGONO et al. (2019 :17) soutiennent que son usage très discuté dans diverses disciplines, s'est étendu dans le champ des études portant sur la pauvreté, l'exclusion, la marginalisation et la désaffiliation. D'où le risque d'un grand nombre de confusions dans son usage tel que signalé en amont.

Mais, du point de vue de la sociologie, cette définition de la vulnérabilité en gérontologie semble avoisinée celle de « fragilité », qui apparaît davantage comme une analyse de facteurs de risques ou de probabilités d'avènement d'un risque. D'après les travaux de CHAMBERS (1989), « La vulnérabilité est un concept probabiliste ; il saisit la relation ou la proximité d'un sujet avec un dommage. Le risque d'une personne de subir un dommage sa vulnérabilité est le résultat incrémental d'un ensemble de risques distincts mais reliés, c'est-à-dire : le risque d'être exposé à une menace, le risque de matérialisation d'une menace et le risque de manquer des protections nécessaires pour faire face à la menace ». (SCHRÖDER-BUTTERFILL & MARIANTI, 2006 : 11).

La contribution de ces travaux autour du concept de vulnérabilité montre la nécessité de faire ressortir l'impact différentiel d'une menace sur des populations en tentant de saisir l'interaction entre la menace et les capacités de *coping* des populations. « Parmi les personnes âgées, il est impossible de distinguer celles qui sont vulnérables de celles qui sont solides en examinant simplement les facteurs d'exposition et les menaces communes, car la vulnérabilité découle des interactions entre les avantages / désavantages cumulés au fil de l'existence et l'expérience des menaces en fin de vie. Le fait que cette interaction débouche sur un résultat plus ou moins positif dépend de l'adéquation des ressources ou capacités de faire face (*coping*) de la personne. L'étude de la vulnérabilité requiert donc de prêter attention non seulement aux conditions d'apparition et de répartition dans le temps des facteurs d'exposition, mais aussi à la

manière dont les individus parviennent ou non à mobiliser des ressources sociales, matérielles et publiques pour se protéger des effets négatifs. » (*Ibid.* : 28-29).

En sciences sociales, un autre champ d'investigation a recours à ce concept : *le marché du travail*. En effet, dans la littérature nord-américaine, les *vulnérables* sont des personnes dont les ressources économiques sont insuffisantes ; des personnes considérées comme pauvres ou proches du niveau de pauvreté. Des personnes qui sont à la fois mal rémunérées et mal logées, mais aussi qui n'accèdent pas à différentes sources de protection et de droits, comme les droits sociaux, ce qui s'accompagne aussi d'une faiblesse de représentation par un certain nombre de groupes de pression et de représentation, comme les syndicats (SAUNDERS, 2003). Mais dans cette tradition de recherches sur la pauvreté, l'approche est essentiellement socioéconomique, tentant encore une fois d'appréhender les déficits de ressources et leurs effets sur les trajectoires des individus et des groupes. La différence est cependant de sortir de l'approche probabiliste, du cumul de facteurs de risques entrevus précédemment.

C'est à ce niveau que l'on peut apprécier l'originalité de la contribution de CASTEL. Il a, en effet, lui aussi fait usage de cette notion de vulnérabilité mais dans le cadre de sa réflexion sur les conséquences des crises sur la condition salariale depuis le milieu des années 1970. Contrairement à toutes les approches déjà évoquées, il est moins question dans son approche de décrire ou de caractériser une condition individuelle, de mesurer des niveaux ou facteurs de risque, que de repérer des sphères de l'existence collective en fonction des modes d'intégration de la société.

Dans les *Métamorphoses de la question sociale, une chronique du salariat* (1995), CASTEL a ainsi décrypté et rendu intelligible le long processus séculaire qui a fait progressivement du salariat une clé de voûte de l'accès à l'individualisation. En effet, alors que le salariat était la condition des plus faibles, de tous ceux qui n'avaient que leur force de travail à vendre au jour la journée, les tâcherons de petites besognes, les « *individus par défaut* » (CASTEL, 2009), il est devenu au XIX^e siècle le moyen de fournir à ceux qui n'avaient aucune propriété pour garantir leur lendemain, une « *propriété sociale* », grâce aux droits sociaux associés au contrat de travail. Cette révolution salariale a marqué et caractérisé la majeure partie du XX^e siècle et continue, avec la protection sociale, de constituer une protection contre certains des principaux risques de l'existence. Elle a permis, pour reprendre les termes de CASTEL, de fournir les « *supports* » nécessaires aux individus. Car, pour cet auteur, « *les individus ne*

tiennent pas debout tout seuls », il leur faut des supports, des protections qui assurent leur lendemain et ceux de leurs proches, évitant qu'ils ne soient des « *individus par défaut* ».

Dans un article publié en 1991, l'auteur pose les jalons de sa lecture en termes de désaffiliation. CASTEL a précisé sa conception de la vulnérabilité, que l'on peut tenter de résumer dans un schéma permettant de se figurer différentes sphères de l'existence collective à partir de deux axes fondamentaux d'intégration de la société contemporaine : d'une part, un axe désignant le niveau d'insertion des personnes et des groupes sur le marché du travail, assorti des protections collectives garanties par le contrat de travail et, d'autre part, un axe d'intégration dans des relations de proximités, familiales et communautaires, fournissant des formes de « *protection rapprochée* » (MARTIN, 2000).

Deux (02) axes d'intégration de la société :

- Intégration à la société salariale et aux protections qui accompagnent le salaire (protection collective) ;
- Insertion dans un réseau de sociabilité socio-familiale et communautaire (la « protection rapprochée ») ;
- 4 sphères de l'existence : Sphère de l'intégration : personnes bien intégrées sur le marché du travail et dans un réseau de proches ;
- Sphère de l'assistance : personnes éloignées du marché du travail, mais intégrées dans un réseau de proches ;
- Sphère de la désaffiliation : personnes éloignées du marché du travail et isolées (sans soutien social) ;
- Sphère de la vulnérabilité où se combinent la fragilité des liens sociaux primaires et familiaux et la précarité sur le marché du travail.

Ces deux axes permettent de caractériser quatre principales sphères de l'existence dans la société contemporaine : une zone de l'intégration et une zone de l'assistance, qui correspondaient bien à la division des mondes sociaux de la période de croissance de l'après-guerre ; une zone de vulnérabilité et une zone de désaffiliation qui se développent depuis la crise du milieu des années 1970 avec le développement du chômage de masse et la fragilisation qu'entraîne la combinaison de la précarité des emplois et des liens sociaux primaires, en particulier des liens familiaux. Dans ce schéma, la figure du désaffilié correspond à la personne

isolée, « inutile au monde », sans liens familiaux ni proches, et très éloignée du monde du travail et de l'emploi.

Le second axe permet aussi de tenir compte d'une composante importante de la protection mutuelle, celle assurée par les proches, démontrant qu'en plus des ressources ou du capital économique, les personnes détiennent plus ou moins de capital social, ou ce que pour le distinguer de cette notion avancée par de nombreux auteurs, dont BOURDIEU, a été qualifié de « *capital relationnel* », ce qui a permis aussi d'avancer l'idée de « *vulnérabilité relationnelle* » (MARTIN, 1993 et 2001). Pour CASTEL, la zone de la vulnérabilité correspond donc à une double fragilisation : fragilisation des statuts dans la sphère de l'emploi avec le développement de l'emploi temporaire, des statuts atypiques d'emploi, du chômage et en particulier du chômage de longue durée ; mais aussi fragilisation des liens sociaux primaires avec le développement de l'instabilité familiale. Ce double mouvement de recul sur les deux axes permet de comprendre l'augmentation de ces conditions d'existence marquées par l'incertitude du lendemain, la vulnérabilité ou la précarité ; une des fragilités pouvant engendrer l'autre et réciproquement (ainsi par exemple lorsqu'une perte d'emploi provoque plus ou moins directement une séparation ou un divorce). Et quand cette précarité en vient à s'institutionnaliser, CASTEL (2009) propose de la qualifier de « *précarité* », c'est-à-dire en somme une nouvelle condition collective de précarité.

L'approche que propose CASTEL de la vulnérabilité est originale par rapport aux savoirs existants dans la mesure où il est retrouvé dans sa perspective un certain nombre d'invariants dont sa réticence à l'égard d'une approche centrée sur le ou les risque(s), ou, pour le dire plus précisément encore, sa critique d'une réduction des individus à des facteurs de risques. CASTEL a en effet perçu très tôt, les périls de ce passage « de *la dangerosité au risque* » ou d'une « *clinique du sujet* » à une « *clinique épidémiologique* », qui substitue le dossier statistique des facteurs de risque à la relation concrète avec la personne malade (CASTEL, 1981 et 1983).

Son approche de la vulnérabilité s'inscrit également dans une théorie de l'individu et de l'individualisation, une lecture voisine à bien des égards de celle proposée par ELIAS, lequel cherche à « établir un système de strictes correspondances entre ce qu'un sujet social vit au plus profond de son expérience personnelle et les conditions qui lui sont imposées par son époque historique et par sa position sociale. Non pas pour réduire la subjectivité individuelle à des déterminations objectives, mais au contraire, pour montrer que les pesanteurs de l'histoire et

des contraintes sociales sont intériorisées par les sujets que nous sommes jusqu'à constituer la trame de nos affects les plus personnels » (CASTEL, 2012 : 339-340).

2. De la définition du concept de vulnérabilité socio-sanitaire

Si la vulnérabilité traduit communément une situation de faiblesse à partir de laquelle l'intégrité d'un être est ou risque d'être affectée, diminuée ou altérée, la vulnérabilité sociale est une forme de « vulnérabilité » qui représente une fragilité matérielle ou morale à laquelle sont exposés un individu, une organisation ou une société. La compréhension de cette vulnérabilité sociale passe ainsi par l'analyse de déterminants politiques, économiques, culturels et même institutionnels. Ceux-ci seront à leur tour mesurés à partir d'indicateurs tels que : le niveau d'instruction, le revenu et le capital social⁷. Aussi, faut-il préciser que contrairement aux travaux qui s'attèlent à dissocier la vulnérabilité sociale de celle sanitaire, la présente recherche envisage les questionner conjointement. En effet, la position sociale d'un individu peut engendrer des comportements ayant une influence directe sur son état de santé. Autant dire qu'un individu en situation de vulnérabilité sociale est susceptible de développer des logiques pouvant le conduire à une situation de santé précaire. Ainsi, il sera exposé à une potentielle vulnérabilité sanitaire. DESPLANQUES (1993 :253-255) a noté que les ouvriers sont particulièrement exposés à des tumeurs liées à la consommation du tabac et de l'alcool, qui sont selon lui, très variables selon les groupes sociaux. Il va plus loin en montrant que contrairement aux cadres qui ont une consommation modérée de ces substances, les ouvriers cumulent les risques car, ils en sont de « gros » consommateurs. Toujours dans le but de faire montre du caractère interdépendant des concepts de vulnérabilité sociale et de vulnérabilité sanitaire, il faut dire que les recours aux soins en constituent également l'illustration. En effet, le choix d'un recours aux soins est souvent fonction d'un certain nombre de déterminant sociaux⁸.

Selon ROY (2008 :25), les qualificatifs « vulnérables », « vulnérabilisés », « désaffiliés », « désinsérés » n'ont pas beaucoup de sens; ils sont négatifs, dévalorisants et de ce fait, ne devraient pas être utilisés pour désigner des populations spécifiques. Pour cet auteur, la substitution de ces termes, plutôt dégradants, par l'expression de « personnes en situation de vulnérabilité » revêt plus de sens. Dans les sociétés subsahariennes, le concept de vulnérabilité suscite davantage de questionnement et théorisation. Il constitue une catégorie intellectuelle à

⁷ Une rubrique sera consacrée à l'analyse de ces éléments plus loin dans le cadre de ce travail.

⁸ Cela sera illustré en profondeur dans la partie consacrée aux déterminants des recours aux soins.

part entière permettant de lire, d'interpréter, de comprendre et de rendre compte d'un certain ordre de phénomènes et de configurations sociales actuelles (SOULET, 2004).

Chez les sociologues qui s'attachent à penser les fragilités sociales contemporaines, le terme de *vulnérabilité* a souvent remplacé aujourd'hui celui d'*exclusion*, en essor durant les années 1990 et désormais passé au rang des concepts marqués d'obsolescence. En sciences humaines et sociales, la notion oscille entre rejet, utilisation plastique et volonté de solidification conceptuelle.

L'enchevêtrement des vulnérabilités sanitaires et sociales est avéré. En effet, selon GIARDINELLI (Op. Cit.), en l'absence de protection sociale suffisante, la vieillesse, la maladie et le handicap, physiques et/ou mentaux, ont longtemps été des situations paroxystiques de vulnérabilité sanitaire d'où découlait une grande fragilité sociale. Aujourd'hui encore, nombre de personnes sous tutelle, ou bénéficiant de l'allocation adulte handicapé ou du minimum vieillesse, rappellent cette précarité sociale engendrée par la vulnérabilité sanitaire. Cette vulnérabilité est d'ailleurs perçue même dans les institutions hospitalières qui, au regard des violences symboliques et autres observées, apparaissent désormais comme des espaces « vulnérabilisés » et « vulnérabilisant » (DJOUDA, 2019 :27). Or, le délitement des liens sociaux et/ou professionnels, en conduisant à la précarité, à la pauvreté voire à la rue, accroît la prévalence du handicap et de la maladie par la mauvaise nutrition. Ce qui affaiblit le corps et provoque des carences. Surexposé aux maladies et aux épidémies, par l'impossibilité d'investir dans un logement correct ; de se vêtir convenablement ; par les conditions de travail dégradées ; le recours à des conduites sanitaires dangereuses (alcoolisme, prostitution...) peut être envisagé.

En somme, les analyses faites au sujet du concept de « vulnérabilité » montrent à quel point il est important de bien élucider les différentes dimensions que revêt ce concept du fait de son caractère pluridimensionnel. Ceci étant, que dire du concept d'accessibilité aux soins ?

II. DE LA CONCEPTUALISATION DE L'ACCES ET DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS

Dans les sociétés modernes, l'une des préoccupations majeure est la réduction de manière significative des inégalités en matière d'accès et d'accessibilité aux prestations de santé. En effet, de manière laconique, l'accès aux soins peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin.

L'accès est lié à la présence ou (l'absence) potentielle de barrière économique, physique, culturelle, géographique, ou d'autre lors de l'utilisation de ces services (OMS, 2008).⁹ En fait, les derniers éléments de cette définition de l'accès aux soins, recèlent une certaine dimension du concept d'accessibilité. La compréhension du concept d'accès aux soins passe inéluctablement par celle de l'accessibilité aux soins, vu leur interrelation.

1. L'accès et l'accessibilité aux soins

Si c'est l'accessibilité aux soins qui pose problème dans le cadre de cette recherche, il convient tout de même de rappeler que sa démystification passe nécessairement par celle de l'accès aux soins, car les deux concepts sont intimement liés. Ainsi, dans le souci de parvenir à une lecture plus globale de ces deux concepts, la présente recherche a priorisé une approche définitionnelle interdisciplinaire. Autant dire que les concepts d'« accès » et d'« accessibilité aux soins » de santé seront saisis sous le prisme de l'économie de la santé, la géographie de la santé et de la sociologie de la santé.

a. L'accès aux soins en économie de la santé

En économie, les travaux d'EDEN (1998), notamment ceux sur l'étude sur la mesure de l'accès aux soins aux Etats-Unis d'Amérique dans ses différentes enquêtes de population, ont permis de mieux appréhender l'approche économique de l'accès aux soins de santé. Ici, l'attribution d'un soin, quel qu'il soit, se rapporte à la vérification de **l'égalité de l'accès** aux soins d'une part et à la mise en évidence de **facteurs de disparité** telles que les difficultés de **paiement** des soins d'autre part. À cela s'ajoutent **l'assurance** et l'utilisation de services caritatifs (comme ultime solution à un problème d'accès aux soins) (EDEN : Op. Cit.). Selon cet auteur, l'« on » se retrouve ainsi dans un système de santé basé sur le **marché** où tout individu au-dessus du seuil de pauvreté pris comme *homo oeconomicus* « doit » acheter ses soins pour se soigner. Plus loin, l'auteur fait l'inventaire des différents éléments qui sont à prendre en considération dans l'accessibilité et l'accès aux soins. Il s'agit notamment de la qualité du système de santé et de ses contrats, le problème des rendez-vous (le délai d'attente), les barrières d'accès, les besoins non assouvis et les conséquences associées, ainsi que les conditions de soins pour des maladies chroniques à multiples recours. De son inventaire, il ressort que l'auteur s'attèle à mettre à nu les raisons des échecs thérapeutiques et de l'insatisfaction des patients. D'où le problème de l'accès et de l'accessibilité économique.

⁹ OMS, Comité régional de l'Europe, 58^e session, Tbilissi (Géorgie), 15-18 septembre 2008.

b. L'accès aux soins de santé en géographie

Les articles de politique sanitaire font le plus souvent référence à la géographie de la santé pour traiter de l'allocation territoriale des ressources budgétaires en abrégé RAWP (Resource Allocation Working Party) (*In* PICHERAL, 2001 :307). Son rôle est de rétablir l'égalité devant les soins. En effet, les inégalités d'offre de soins et d'accessibilité aux soins ainsi que les besoins qui en découlent sont perçues comme des héritages historiques du passé. Dès lors, le type de traitement médical « dépendrait » également du lieu de vie des patients. Ce qui souligne au passage, le caractère géographique de l'accès aux soins.

Par ailleurs, il est aussi mentionné les flux de patients entre régions (flux transfrontaliers au sens inter-régional) marquant de fait même, une attractivité et une désaffection de certains centres par rapport à d'autres. D'où le caractère relatif affecté à des lieux différents et la polarisation des territoires de santé. Aussi, lorsque les dépenses par habitant (l'utilisation du système) et les ressources sanitaires (capacité du système) sont cartographiées aux échelles choisies, les auteurs montrent des disparités importantes et orientent leurs conclusions sur la relation problématique entre les inégalités de ressources et l'équité d'accès au traitement vis-à-vis de la maladie. Ce qui permet de déduire qu'il existe une interrelation entre les variables économique, géographique et même sociologique dont il importe d'analyser pour une meilleure compréhension des problématiques liées à l'accès et à l'accessibilité aux soins au sein des institutions hospitalières.

c. L'accès aux soins en sociologie : jonction entre la géographie sociale et la géographie de la santé

Face à la santé, la géographie sociale telle que se dessine la géographie de la santé sera considérée comme une discipline radicale entendue ici comme étude des inégalités et transformation du monde vers plus de justice. L'accessibilité est alors double aux soins et à la bonne santé. C'est une géographie phénoménologique qui renvoie aux attitudes et perceptions de groupes humains où l'accessibilité n'est qu'une des conditions et des recours. Mais c'est également une géographie appliquée et utilisée comme outils d'aide à la décision. Aussi, faut-il ajouter qu'en tant que science humaine, cette géographie côtoie d'autres disciplines à l'instar de l'économie et même de la sociologie. Ainsi, la géographie de la santé emprunte à la sociologie et aux théories sociales telles que le positivisme ou à **la théorie des conflits et structuralisme fonctionnel** (POWELL, 1995 : 41-50) en se référant à COMTE et à DURKHEIM. Cette théorie qui étudie les facteurs structuraux et fonctionnels des sociétés

telles que les normes et les valeurs, est appropriée lorsqu'on y étudie l'apparition de problèmes, la maladie en étant un exemple. Dans ces deux théories, le comportement humain individuel est considéré comme influencé par les faits sociaux, il est donc possible de le modifier en agissant sur le groupe en particulier la modification des sentiments à risque ou l'orientation vers une offre de soins.

2. L'accessibilité aux soins de santé

Étymologiquement, le concept d'« accessibilité » vient du latin « ac-cedere » et signifie parvenir. Ce concept renvoie aux éléments géographiques (la distance par exemple) et économiques (la capacité de payer ses soins). Or, étant donné que ces différents éléments peuvent être influencés par les faits sociaux, l'intérêt d'une lecture sociologique n'est plus à démontrer.

a. L'accessibilité aux soins du point de vue de la géographie de la santé

Selon PICHERAL (Op.Cit. : 61), l'accessibilité,

C'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestations de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte), surtout fonction du couple distance/temps donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur de trajet à effectuer. Indicateur social (inégalité) et indicateur de santé fréquemment utilisés, l'accessibilité est condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectifs (c'est-à-dire l'utilisation effective du système). L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture et assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un déterminant de santé et un éventuel facteur de risque.

b. L'accessibilité aux soins du point de vue de l'économie de la santé

Pour LAMBERT (1985 :29),

Les conditions d'accessibilité aux équipements collectifs sont toujours contrastées dans les grandes nations, où persistent les inégalités régionales et des régions de peuplement dispersé (zones de montagne, régions sous peuplées ou dépeuplées). Des enquêtes d'économie de la santé permettront d'identifier, sur l'espace sanitaire, les principaux déséquilibres entre offre et demande de soins. La progression du taux d'utilisation des services existants (consultation,

hospitalisation) accompagne la diminution des barrières d'accès aux soins (fréquence et commodité des transports), prise en charge des dépenses par les assurances). La concentration des médecins et celle des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire. Les zones d'attraction et de rayonnement des grands hôpitaux spécialisés (CHU) se sont souvent étendues au détriment des filières de soins moins coûteuses. De même, l'implantation des médecins libéraux, celle des pharmacies ou laboratoires d'analyse révèle des déséquilibres d'implantations. Par voie de conséquence, les populations peu médicalisées et éloignées de centres de soins seront transportées à des coûts élevés (hospitalisation des personnes âgées) ou connaîtront une morbidité associée à une faible consommation de soins. À l'opposé, les populations des régions suréquipées révéleront de forts taux d'utilisation, mais on observera une duplication des services médicaux. Peu de pays sont parvenus à construire une carte sanitaire optimale. La planification sanitaire peut favoriser un rationnement des ressources et l'unification qu'elle impose des effets pervers de la bureaucratie. Les inégalités spatiales de l'accès aux soins persistent dans tous les pays occidentaux ; elles ne semblent pas avoir disparu en Union Soviétique.

Dans le cadre de la présente recherche, l'accessibilité aux soins a été capitalisée sous le prisme pichéralien.

III. DE LA CONCEPTUALISATION DE TRAVAILLEUSE DE SEXE (PROSTITUÉE)

Pour contribuer à la clarification de ce concept, la présente recherche entend le faire en prenant appui sur l'étymologie et la législation en vigueur au Cameroun, avant d'en distinguer les différentes formes.

1. De la définition étymologique

Étymologiquement, se prostituer vient du latin « prostituere » qui signifie, exposer aux yeux, salir ou encore avilir. Ce mot signifie déshonorer quelque chose pour l'usage indigne qu'on en fait. Selon le rapport du comité de réflexion de la fédération des femmes du Québec (CRFFQ, 2004), le « travail de sexe » ou la prostitution est « *l'ensemble des pratiques où il y a échange d'argent ou de biens contre un ou des services sexuels : la prostitution des rues, les services d'escorte, la danse nue, le massage érotiques et le téléphone érotique* ». Il s'agit en fait, de la vente de sa force de travail pour l'accomplissement d'actes de nature érotique ou sexuelle contre rémunération.

2. De la définition juridique

Selon le législateur camerounais notamment à travers l'article 343 du code pénal, la prostitution relève du fait de se livrer, habituellement contre rémunération, à des actes sexuels. Afin d'éviter l'amalgame, il importe de faire une distinction entre le proxénétisme et le travail de sexe ou de la prostitution car, dans le cadre de la présente recherche, l'intérêt réside non pas sur les Travailleuses de Sexe intermittentes, mais sur celles qui pratiquent cette activité de manière permanente et qui se reconnaissent comme tels. Aussi, faut-il préciser que ce ne sont pas les personnes ayant des rapports sexuels avec plusieurs partenaires que nous appellerons TS, mais davantage celles pour qui cette activité est un métier, autant dire, celles qui acceptent ce statut et qui l'assument.

3. Les formes de travail de sexe ou de prostitution

La littérature parcourue sur le phénomène de prostitution indique que ce dernier revêt plusieurs facettes. En effet, KAMAYOU et al. (2011) distinguaient deux principales formes de prostitution, la prostitution sédentaire (ambulante) et la prostitution de luxe.

a. La prostitution sédentaire

Selon l'auteur sus cité, la prostitution sédentaire désigne les types de prostitution se déroulant en un lieu déterminé et identifiable par un registre de signes convenus. Il s'agit notamment de :

- **La prostitution dans les rues** : elle se pratique tout le long des trottoirs, particulièrement dans la nuit. Un client potentiel et une prostituée et vice-versa entrent par racolage en contact. L'un ou l'autre des protagonistes usent alors de codes communs et conviennent des termes du marché ;
- **La prostitution de rue ou de «poteau»**: dans ce cas de figure, dès 18 heures, les artères de la ville sont prises d'assaut par celles qu'on appelle *les oiseaux de nuit*, qui ont quitté leurs quartiers respectifs pour prendre possession de leur territoire sous des lampadaires. À l'aube, on peut encore rencontrer les membres de cette communauté. Dans le cadre de la présente réflexion, il faut noter que cette activité a davantage cours dans des lieux bien précis. Il s'agit des lieux tels que : Mini-ferme, Carrefour hôtel indépendance, Carrefour Ekounou pour ne citer que ceux-là ;

- **La prostitution des rez-de-chaussée** : elle s'exerce de nuit aux arrière-cours d'immeubles, qui sont considérées comme des lieux de marchandage et des ébats. Dans le cadre de cette recherche, elle se traduit par des retrouvailles entre la TS et son client dans ou derrière une auberge, un bâtiment abandonné ou peu fréquenté, ou encore dans un couloir lugubre.

- **La prostitution dans les bars, cafés et snacks**: apanage de jeunes gens et jeunes filles «branchés», nombre de jeunes gens écument ces hots spots dans les quartiers précaires, afin de trouver « chaussure à leurs pieds ». Ce type de prostitution est le plus prisé par les enquêtées de la présente enquête parce qu'il passe presque inaperçu. En d'autres termes, qui penserait que trois filles assises autour d'une table en train de « pendre un pot » sont réellement en pleine quête du bon client, si ce ne sont des initiés ?

b. La prostitution de luxe

Cette forme de prostitution est le fait d'acteurs itinérants, ayant un niveau de vie relativement élevé, reconnaissables soit à leur port vestimentaire, soit à leurs bijoux ou à leur voiture (KEMAYOU, Op. Cit.). Elle se décline en deux sous-types:

- **La prostitution de midi**: particulièrement aux abords et dans les édifices publics, notamment administratifs, les prostituées très élégamment vêtues soit s'installent dans les lounges qui environnent ces édifices, soit arpentent les couloirs des bureaux pour débusquer la personne avec qui partager un repas suivi d'une sieste dans un hôtel ou une auberge à proximité ;

- **La prostitution dans les hôtels et les auberges**: dans les halls, salons de nombreux lieux d'hébergement, on rencontre des prostituées dont quelques-unes sont de connivence avec leurs responsables. D'autres qui n'ont pas eu la même chance aux yeux de ces responsables, choisissent de «racoler» à proximité. Dans ce type de prostitution, la concurrence est rude car, aux côtés des entreprises hôtelières légalement constituées, se sont créés dans les principales métropoles du Cameroun, la crise économique aidant, de nombreux débits de boisson, lounges, restaurants, snacks et auberges. Dans le cas d'espèce, la TS s'arrange avec le/la gérante. Ils conviennent mutuellement d'un prix après la transaction. Ces TS considèrent généralement ces proxénètes comme des marraines ou des parrains.

Ainsi, dans le cadre de cette recherche, les catégories de TSS qui ont été interrogées font quasiment partie de toutes les formes de prostitution identifiées ci-dessus.

IV. DE L'IDENTIFICATION DES VARIABLES

La construction de ce cadre conceptuel a pour but de permettre au chercheur de se départir de l'usage de concepts flous et ambigus. Pour ce faire, il a fallu tout d'abord :

- déterminer les dimensions qui constituent les différents concepts de cette recherche et qui rendent compte du réel ;
- puis, choisir une posture dans le florilège définitionnel existant ;
- ensuite, Préciser les indicateurs grâce auxquels les dimensions pourront être observées et/ou mesurées.

En définitive, il a fallu déterminer les différentes variables. On distingue deux types de variables à savoir : la variable expliquée et la variable explicative.

- **La variable expliquée** : c'est celle dont on recherche la réponse. Dans le cas d'espèce, elle correspond à « l'accessibilité aux soins des TSS en situation de vulnérabilité ». Elle est aussi appelée, **variable dépendante** ;
- **La variable explicative** : c'est la cause du phénomène à expliquer. C'est celle qui est manipulée à volonté et qui explique la réponse. Ici, elle correspond aux « déterminants de l'accessibilité aux soins des TSS en situation de vulnérabilité ». elle est encore appelée : **variable indépendante**.

1. La variable expliquée

Le cadre conceptuel ci-après ne donne qu'une idée des interrelations entre les variables intervenant dans l'explication des conditions d'accessibilité aux soins de santé chez les TS séropositives. À ce stade, les schémas ci-dessous ne fournissent que des renseignements sur les différentes dimensions des concepts qui seront capitalisés. Donner une portée opérationnelle à ce cadre conceptuel, revient à construire une théorie auxiliaire appelée cadre d'analyse, qui découle directement de ce cadre conceptuel. Autrement dit, associée aux postures théoriques, l'analyse des variables issues de ce cadre conceptuel a permis de vérifier les hypothèses formulées en amont. Ainsi, de la variable expliquée, découlent deux concepts fondamentaux notamment, la « vulnérabilité socio-sanitaire » et l' « accessibilité aux soins ». Ces concepts recèlent chacun, de nombreuses dimensions. La « vulnérabilité socio-sanitaire » s'observe à travers les facteurs démographiques, socio-culturels, économiques et institutionnels.

L' « accessibilité aux soins » quant à elle, s'observe à travers les déterminants socio-culturels, économiques, structurels et géographiques. Voir les figures ci-après :

Figure 2 : Le concept de « Vulnérabilité socio-sanitaire » et ses dimensions

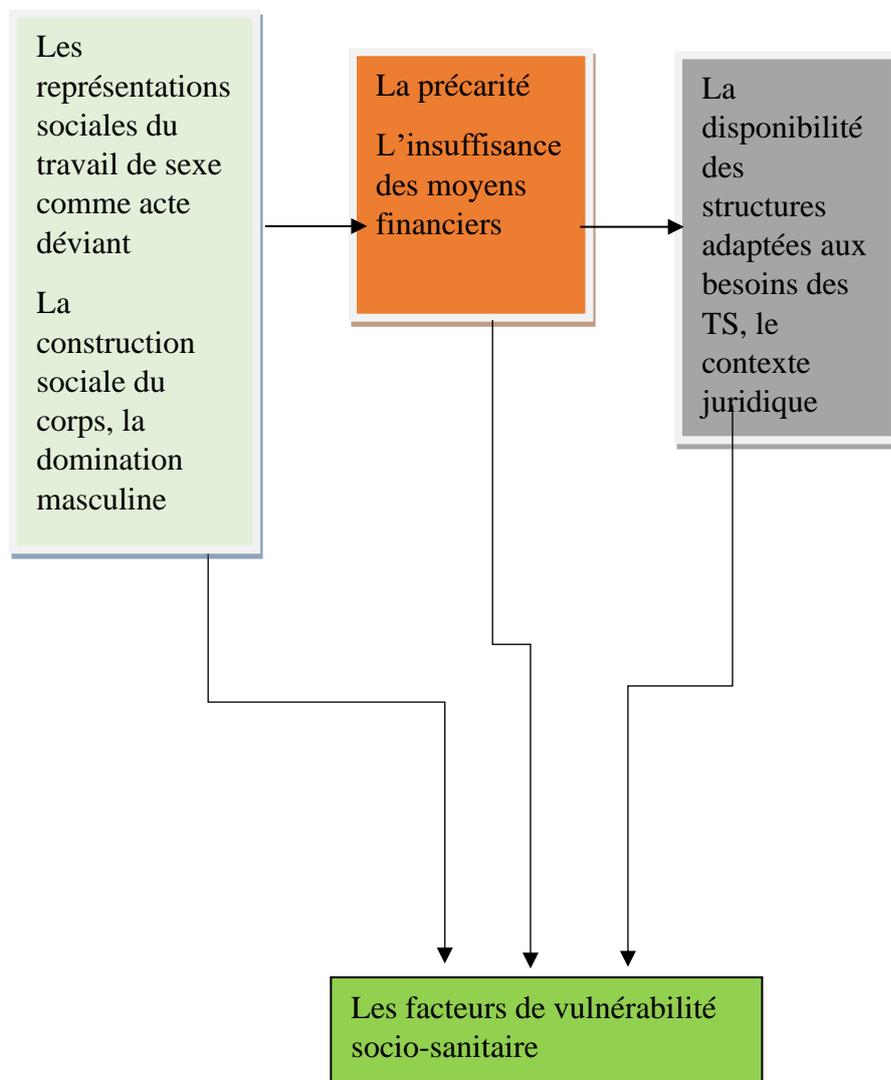


Schéma conçu par Guyleine Léonelle NTOUTOU.

Figure 3: Le concept d' « Accessibilité aux soins » et ses dimensions

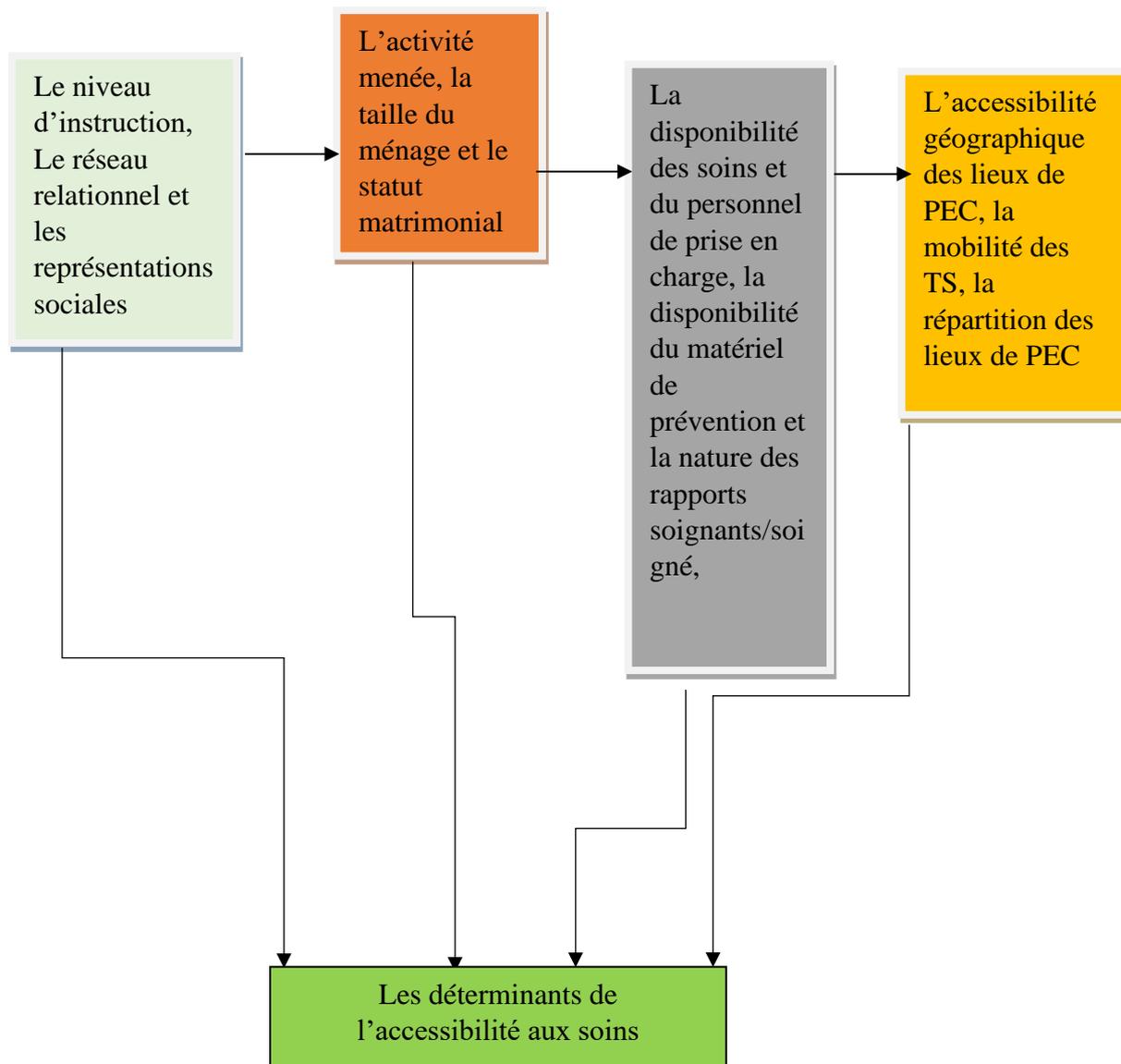


Schéma conçu par Guyleine Léonelle NTOUTOU.

2. La variable explicative

Le schéma d'analyse ci-après élaboré, met en relation des variables opérationnelles qui ont fait l'objet de cette analyse sociologique. Il s'agit de l'étape qui suit la détermination des différentes dimensions des concepts de la présente recherche. À ce niveau, il était question de faire ressortir les indicateurs qui ont été observés. Aussi, n'ont été retenues dans les analyses que, les variables effectivement disponibles. Voir la figure ci-dessous :

Figure 4: synthèse du cadre conceptuel

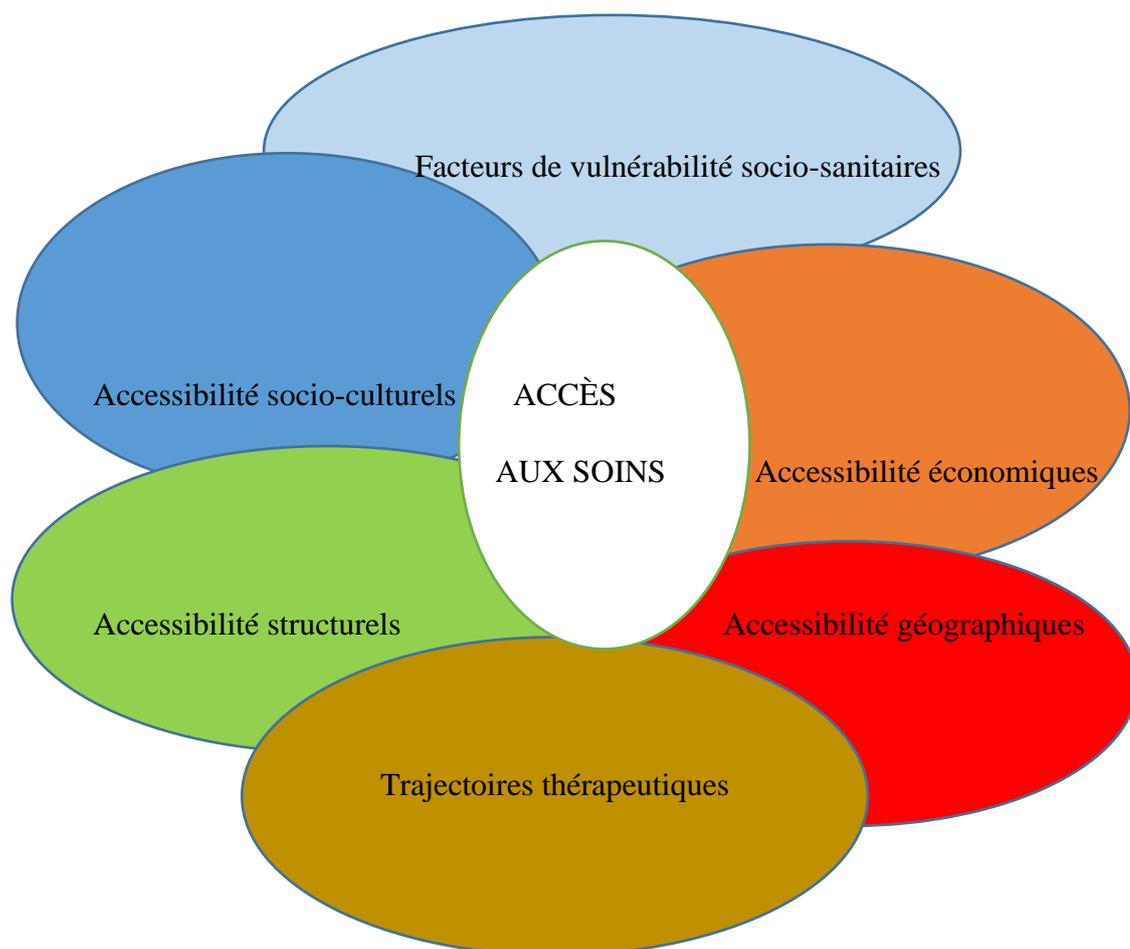


Schéma conçu par Guyleine Léonelle NTOUTOU.

En somme l'élaboration d'un cadre conceptuel dans la présente recherche est apparue comme une nécessité dans la mesure où, les concepts qui y sont employés notamment, « vulnérabilité socio-sanitaire », « accès et accessibilité aux soins de santé » et « travailleuses de sexe », sont issus du sens commun. Pour éviter les écueils liés à cette réalité, il a fallu procéder à une construction rigoureuse desdits concepts. La rigueur est ici justifiée par le caractère polysémique des concepts utilisés. Aussi, peut-il exister plusieurs représentations d'une même réalité, surtout en sciences humaines et sociales. C'est d'ailleurs pour cela que GRAWITZ (Op. Cit) a affirmé que : « *Le terme culture pour un anthropologue n'a pas le même sens pour un romancier ou un agriculteur* ». Cela étant dit, il convient à présent d'analyser les facteurs de vulnérabilité socio-sanitaire chez les TS séropositives.

CHAPITRE II

FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES

Nombre de facteurs sont à l'origine des inégalités en matière d'éducation, de travail ou même de santé. L'irruption récente du concept de vulnérabilité et son extension à des champs diversifiés tels que la sociologie de la santé, dévoile là son intérêt heuristique. En effet, son historicité ayant déjà été retracée dans le chapitre précédent, il convient désormais d'examiner les relations complexes qui existent entre les facteurs qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des Travailleuses de Sexe séropositives. Dès lors, de nombreux travaux de recherche ont montré l'existence d'un vecteur social entre les indicateurs de santé (mortalité, morbidité) et le rôle des inégalités socio-économiques et socio-culturelles dans la genèse de nombreuses pathologies. À l'inverse, les recherches montrent, aussi, les conséquences des stigmates et de certaines maladies sur la position sociale occupée par un individu tout comme dans la société et dans l'accès aux soins. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il existe un florilège de travaux ayant exploré les déterminants économiques et sociaux des inégalités d'accès aux soins de santé, par exemple, et des différentes formes de pauvreté ou d'exclusion sociale. En étant associée, à la fois à des populations ou à des âges spécifiques, à des situations sociales (précarité, pauvreté), à des problèmes socio-psychologiques ou physiopathologiques ou encore à des comportements, la notion de vulnérabilité permet d'offrir un cadre pour analyser à la fois, les évolutions des déterminants sociaux et économiques de la santé, les transformations des questions sociales et les interrelations entre les dimensions sociales et sanitaires. Ainsi, par facteur de vulnérabilité, il faut entendre, toute situation (socio-culturelle, socio-économique, institutionnelle ou environnementale) pouvant exposer une collectivité ou un individu à un ou à plusieurs aléas. Dans le cadre de la présente analyse, ces facteurs sont regroupés en trois catégories à savoir, les facteurs sociodémographiques, les facteurs socio-culturels et les facteurs économique-institutionnels.

I. LES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES

Par facteurs sociodémographiques il faut entendre, l'ensemble des critères de segmentation qui peuvent fournir des renseignements sur les caractéristiques d'une population donnée. Il s'agit des variables telles que l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le nombre d'enfant, l'activité menée (une ou plusieurs), le niveau d'instruction, le milieu de résidence, l'environnement familial, l'ethnie, la religion et le revenu moyen mensuel. L'analyse des caractéristiques sociodémographiques des TSS revêt un caractère important du fait de l'utilisation de ces informations dans l'explication des différentes tendances qui se dessinent en lien avec leur vulnérabilité ainsi que leur accessibilité aux services de santé. Toutefois, étant donné que nombre des variables citées en amont, feront l'objet d'une analyse plus en profondeur dans les parties suivantes, dans la présente partie, il sera question de faire une analyse de ces variables, afin de fournir plus amples informations sur la population des TSS interrogées.

1. Analyse de l'âge, du statut matrimonial, de la religion, du niveau d'instruction et de l'ethnie des TSS

Selon le modèle des recours d'ANDERSEN (1995) et d'ADEY (1998) conçu en géographie de la santé pour l'accessibilité des soins et la description des facteurs d'utilisation d'un service sanitaire, les facteurs sociodémographiques sont regroupés en trois catégories à savoir : les facteurs prédisposant, les facteurs de capacité et les facteurs déclenchant. A ce niveau, ce sont les facteurs dits « prédisposant » qui ont été retenus, parce que les autres feront l'objet d'une analyse profonde dans la troisième partie de cette recherche, consacrée aux déterminants de l'accès aux soins des TSS. Les facteurs prédisposant ici analysés sont : l'âge, le statut matrimonial, la religion, le niveau d'instruction et l'ethnie des TSS.

a. L'âge

L'analyse des données liées à l'âge des TSS révèle que la tranche d'âge qui apparaît avec une certaine récurrence est celle de « 36 à 40 ans », suivie de celle allant de « 41 à 45 ans », ensuite, vient celle de « 31 à 35 ans ». C'est dire, en d'autres termes, que dans le cadre de cette recherche, les TSS interrogées sont en majorité des femmes ayant traversé la trentaine et ce, même si l'on peut observer celles dont l'âge se situe entre 20 et 30 ans. Voir le tableau récapitulatif suivant :

Tableau 2: Répartition des TSS selon leur tranche d'âge

Tranche d'âge	TSS
] 15 ; 20]	2
[21 ; 25]	3
[26 ; 30]	2
[31 ; 35]	15
[36 ; 40]	35
[41 ; 45]	25
[46 ; 50]	10
[51 ; 55]	5
[56 ; 60]	1
[61 ; + [2
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

b. le statut matrimonial

Tout comme dans la population générale, le statut matrimonial ou la situation maritale des TSS est variable. En effet, parmi celles interrogées, l'on constate qu'elles sont représentées dans toutes les catégories. 70 sont « célibataires », 10 sont « mariées », 10 sont divorcées et 08 sont « veuves » et 2 sont « séparées ». Contrairement à ce que l'on pourrait croire à savoir que toutes les TSS sont célibataires, les résultats de la présente recherche montrent que même si la proportion de TSS « célibataires » est de loin supérieure aux autres catégories, il y en a qui sont officiellement « mariées ». Voir le tableau ci-après :

Tableau 3: statut matrimonial de chaque TSS

Statut matrimonial	TS
Mariée	10
Célibataire	70
Divorcée	10
Veuve	8
Séparée	2
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

c. La religion

En ce qui concerne l'appartenance à une confession religieuse, sur les 100 TSS interrogées, les enquêtes de terrain ont révélé que, 55 sont « catholiques », 25 appartiennent aux « Nouveaux Mouvements Religieux » (NMR), 15 sont « protestantes », et 5 sont « musulmanes ». Toutefois, parmi ces TSS, aucune n'a déclaré n'appartenir à aucune religion. En s'appuyant sur les résultats ci-dessous, étant donné que la variable « catholique » est celle qui enregistre un plus grand effectif, l'on arrive à la conclusion que la majorité des TSS sont d'obédience catholique. Voir le tableau récapitulatif ci-après :

Tableau 4: Répartition des TSS selon leur religion

Religion	TSS
catholique	55
Nouveaux Mouvements Religieux	25
protestant	15
musulman	5
Pas de religion	0
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

d. Le niveau d'instruction

Pour ce qui est du niveau d'instruction, sur les 100 TS interrogées, 05 ont affirmé n'avoir jamais été à l'école, 10 n'ont que le niveau primaire, 50 n'ont que le niveau CEP, 20 ont le BEPC, 10 ont le niveau probatoire, seulement 3 ont le Baccalauréat, tandis que 2 ont le niveau supérieur. Or, le niveau d'instruction le plus représenté est le « niveau CEP » avec un effectif de 50 individus, il correspond ainsi à la moitié de la population d'étude. Aussi, en additionnant les effectifs des modalités que sont : « jamais été à l'école », « niveau primaire » et « niveau CEP », l'on obtient 65. Ce qui conduit à la conclusion selon laquelle, plus de la moitié des TS séropositives interrogées sont sous-scolarisées, soit un total de 65 sur 100. Les niveaux : « probatoire », « baccalauréat » et « supérieur » ne représentent pratiquement que le tiers de la population interrogée. Voir le tableau récapitulatif ci-dessous :

Tableau 5: Niveau d’instruction des TSS

Niveau d’instruction	TSS
Sans instruction	5
primaire	10
CEP	50
BEPC	20
Probatoire	10
Bacc	3
Supérieur	2
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

e. L’ethnie

Concernant l’appartenance ethnique des TSS, il apparaît qu’elles sont de différentes ethnies. En effet, en les interrogeant, 15 groupes ethniques en sont ressorties. Il s’agit de : Bamileké (30), Ewondo (25), Eton (15), Bassa (13), Bulu (02), Bangsô (02), Maka (02), Akonolinga (02), Bamoun (02), Sawa (02), Moundang (01), Haoussa (01), Ntumu (01), Nanga (01) et Massa (01). L’analyse des données liées à l’appartenance ethnique montre que, dans la présente recherche, c’est la variable « Bamileké » qui enregistre le plus grand nombre d’occurrence. Ainsi, même si on note la présence d’autres groupes ethniques, au regard des résultats sus mentionnés, l’on arrive à la conclusion que la plus part des TSS interrogées, sont d’origine « Bamileké ». Voir le tableau récapitulatif suivant :

Tableau 6 : Répartition des TSS selon leur groupe ethnique

Groupes ethniques	Effectifs
Bamiléké	30
Ewondo	25
Etone	15
Bassa	13
Bamoun	2
Bulu	2
Maka	2
Akonolinga	2

Sawa	2
Bangsô	2
Haoussa	1
Moundang	1
Massa	1
Nanga	1
Ntumu	1
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

L'analyse des premières caractéristiques sociodémographiques des TSS ayant été faite, il convient de poursuivre dans la section suivante avec l'analyse d'autres caractéristiques.

2. Analyse du lieu de résidence, de l'activité, de la taille de la famille, et du revenu des TSS

Après avoir analysé les éléments liés à l'âge, au statut matrimonial, à la religion, au niveau d'instruction et à l'ethnie, il est question à présent de s'intéresser au lieu de résidence, à l'activité, à la taille de la famille et au revenu de la TSS.

a. Le lieu de résidence

A ce niveau, l'on a recensé au total 24 localités différentes d'où venaient les TSS. Il ne s'agit pas seulement des zones situées dans le centre-ville de Yaoundé. Des banlieues ont également été recensées. Ces quartiers sont : Mvog-Ada, Barrière, Mendong, Nkol-nda, Cité verte, Damas, Nsam, Brique, Olézoa, Mbakomo, Ngouso, Nlongkak, Eloumden, Nkoabang, Elig-Effa, Mvog-Beti, Biyem-assi, Nkolbisson, Eleveur, Carrefour Meec, Oyom-Abang, Melen, Odza et même Soa. Lorsqu'on observe attentivement tous ces lieux de résidence, l'on se rend compte qu'ils ne sont pas situés à proximité du principal lieu de prise en charge des TSS qui est Horizons Femmes. Ce qui montre que la distance entre le lieu de prise en charge et le lieu de résidence de la TSS est un enjeu pertinent dans l'explication des mesures d'accessibilité aux services de santé chez ces TSS.

b. L'activité menée par la TSS

Pour ce qui est de l'activité menée, les résultats issus des enquêtes de terrain montrent que 30 TSS sur les 100 interrogées, ne mènent aucune autre activité en dehors du travail de sexe. Parmi les 70 restants, même si elles mènent quelques activités excepté les trois (03) qui

poursuivent encore leurs études, parmi ces 67, 29 affirment faire du petit commerce. Les autres mènent des activités de routine telles que : le call-box/orange money (01), la couture (06), l'agriculture (10), la coiffure (11), ménagère (08) et la vente de petites gourmandises en bordure de route (02). Malgré ces activités, les TSS insistent sur le fait qu'elles ne leur apportent aucune stabilité économique. En réalité, elles ne sont généralement pas propriétaire du fonds de commerce en question. Le fait pour elles de ne pas être les propriétaires du fonds de commerce les met en position de vulnérabilité permanente car, il arrive qu'elles perdent leur travail. Voir le tableau récapitulatif suivant :

Tableau 7 : activité menée par la TSS

Activité	Nombre de TSS
Rien	30
commerce	29
Coiffure	11
Agriculture	10
Ménage	8
Couture	6
Etude	3
Vente de friandises	2
Call box	1
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

Ainsi, les résultats mentionnés sur le tableau ci-dessus permettent d'affirmer que la plupart des TSS ne mènent aucune autre activité en dehors du travail de sexe.

c. La taille de la famille

En ce qui concerne le nombre d'enfant, cette enquête a révélé que sur 100 TS interrogées, 5 n'avaient pas d'enfants. Toutefois, il importe tout de même de signaler que parmi les 95 autres, le nombre de leurs enfants oscille entre 1 et 9. Ainsi, les modalités 2 et 3 enfants sont celles qui sont les plus représentées, soit de « 25 » chacune. En plus, 25 TS ont affirmé avoir 2 enfants et 25 autres ont également affirmé en avoir 3. En additionnant les effectifs de ces deux modalités, on peut aisément affirmer que la plupart des TS séropositives ont entre 2 et 3 enfants. L'analyse des données liées à la taille de la famille des TSS montre qu'elles sont à la tête de familles nombreuses. Ce qui à l'évidence alimente leur vulnérabilité sociale. Car, étant pour la

plupart « célibataires » et au regard de leur situation financière évoquée en amont, il devient difficile de subvenir aux besoins de toute la famille. Sans oublier, les contraintes liées à leur travail. Voir le tableau suivant :

Tableau 8: Récapitulatif du nombre d'enfant par TS

Nombre d'enfant	TS
0	5
1	2
2	25
3	25
4	20
5	11
6	7
7	2
8	2
9	1
RAS	0
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

d. Le revenu moyen mensuel d'une TSS

Comme toute activité informelle, le travail de sexe est une activité qui connaît des hauts et des bas. L'évaluation du revenu moyen mensuel d'une TSS, dépend de plusieurs critères. D'abord, il faut prendre en compte le nombre de sortie de la TSS par semaine, ensuite le prix du rapport sexuel. En fin, il faut déterminer le nombre de client par soir et la forme du jour de la TSS (en raison de leur santé précaire). Ainsi, pour ce qui est du nombre de sortie, il faut dire que les TSS ne vont pas travailler chaque soir. En une semaine, elles s'y rendent entre 3 et 4 fois. La majorité a ainsi répondu 3 fois. Parlant du prix du rapport sexuel, il faut rappeler que celui-ci dépend à la fois des périodes, du client et de la nature de ce rapport (protégé ou non protégé). En prenant en compte ces trois variables, le prix du rapport sexuel varie entre 250 et 5000 Francs CFA. Toutefois, il importe de signaler qu'il arrive que certains clients payent plus que le prix « affiché », soit 10.000 FCFA. Mais cela arrive très rarement. Quant au nombre de client par soir, les TSS ont affirmé qu'il varie en moyenne entre 3 et 5. Même s'il y a des soirs où elles en ont plus ou moins.

Au total, en combinant toutes les informations ci-dessus, l'on arrive à la conclusion selon laquelle le revenu moyen mensuel d'une TSS oscille entre 60.000 et 90.000 FCFA. Or, en se référant au statut matrimonial, au nombre d'enfant et aux autres activités menées par les TSS, l'on se rend compte que leur revenu moyen mensuel ne leur permet pas véritablement de venir à bout de leurs contraintes familiales et sociales. En effet, en plus d'être pour la plupart à la tête d'une famille nombreuse et monoparentale dont elles doivent prendre soins (payer la scolarité, nourrir, vêtir etc.), sans compter leurs activités connexes qui ne sont pas très rentables, ces TSS ont d'autres contraintes. Il s'agit notamment de faire parvenir de l'argent aux membres de leurs familles vivant en périphériques. En dehors du paiement du loyer de leur résidence, elles doivent également payer celui de la chambre qu'elles louent dans le cadre de leur activité de sexe. Aussi, faut-il préciser qu'elles payent les services des autres maillons de la chaîne. Il s'agit des proxénètes, dénommés marraine, les propriétaires des auberges et snacks bars où elles mènent leurs activités, sans oublier les « gros bras » qui s'occupent de leur sécurité. A tous ces éléments, s'ajoutent leurs besoins en santé. Et pour celles dont les enfants sont également séropositifs, les besoins en question sont doubles.

En substance, les résultats ci-dessus montrent que les caractéristiques sociodémographiques des TSS sont des éléments qui participent à l'accentuation de leur vulnérabilité socio-sanitaire. Ceci étant, qu'en est-il des facteurs socio-culturels ?

II. DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS

Parmi les facteurs socio-culturels pouvant exposer les TS séropositives à une situation de vulnérabilité socio-sanitaire, se trouvent les construits sociaux tels que les stigmates, l'étiquetage, les représentations sociales développées autour du Travail de Sexe et les croyances religieuses. Tous ces éléments seront analysés sous le prisme des thèses de la théorie de l'étiquetage, de la sociologie du corps et même des représentations sociales.

1. Des représentations sociales: le travail de sexe comme acte déviant et facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les TS séropositives

Chaque société définit ses idéaux autant dire ce qu'elle admet comme « bon » ou « beau », « mauvais » ou « laid » pour ses individus. Il s'agit d'un système de normes et de valeurs à partir desquelles elle apprécie voire juge les comportements des individus conformes ou non. Dès lors, tout écart à la norme est considéré comme un acte de « déviance » comme le « dirait » les sociologues, ou de « délinquance » en langage juridique. En effet, si la déviance se rapporte

à l'écart aux normes sociales, la délinquance, quant à elle, constitue une violation des lois. Cependant, que l'acte posé soit caractérisé de déviant ou de délinquant, étant donné qu'ils renvoient tous deux au fait de commettre une infraction ou une transgression au règlement en vigueur, ils sont passibles de sanction. Cette dernière peut être juridique ou sociale, ou les deux en même temps.

Autant dire que la déviance n'est pas une qualité de l'acte commis, mais plutôt une conséquence de l'application par les autres, de normes et de sanctions à un « transgresseur ». Pour BECKER (1963) c'est par le regard d'autrui qu'un acte sera considéré comme « déviant » ou non. C'est dire en d'autres termes que le caractère déviant dépend de la manière dont les autres vont réagir et non de l'acte lui-même. Le déviant est celui auquel cette étiquette a été appliquée avec succès et le comportement déviant est celui auquel la collectivité attache cette étiquette. Un individu n'est donc taxé de déviant que par rapport à sa société d'appartenance. La déviance est ainsi la résultante des interactions entre l'individu et les normes sociales construites en fonction des valeurs dominantes de la société. Dans le cadre de la présente recherche, se prostituer est considéré comme un comportement déviant parce que la société camerounaise réprime la prostitution. Autant dire que les actes de prostitution sont punis par le législateur camerounais. Selon l'article 343 du code pénal (Code Pénal Camerounais, 1967 : 86),

Al. (1) : « est punie d'un emprisonnement de six (06) mois à cinq (05) ans et d'une amende de vingt mille (20.000) francs, toute personne de l'un ou de l'autre sexe qui se livre habituellement, moyennant rémunération, à des actes sexuels avec autrui » ;

Al. (2) : « est aussi passible des mêmes peines celui, en vue de la prostitution ou de la débauche, procède publiquement par des gestes, paroles, écrits ou par tous autres moyens, au racolage de personnes de l'un ou de l'autre sexe ».

Pour CUSSON (1992), la déviance n'est pas une construction sociale tout à fait fantaisiste. En réalité, les jugements issus des actes déviants sont des réponses à des actes qui pose l'individu comme victime, ce qui peut causer une gêne pour les proches du déviant ou qui peuvent l'affecter lui-même de manière significative. Ainsi, la déviance implique la dialectique entre l'individuel et le collectif autant dire, entre l'individu et la société, le groupe et la partie. Si la déviance apparaît comme un phénomène universel, il faut dire que ce qui change, d'une société à une autre ou d'une époque à une autre, ce sont :

- les comportements qualifiés de « déviants » ;
- les stratégies développées par des individus considérés comme « déviants » ;
- les instances détentrices du pouvoir de sanctionner des actes dits « déviants » ;
- les différents types de réaction à la déviance ;
- les justifications appliquées aux actes « déviants » ;
- les effets de ces réactions pour l'individu « déviant » et la société.

Ce qui intéresse le chercheur, à ce niveau, c'est de montrer dans un premier temps comment la société secrète des jugements qui conduisent à l'étiquetage des Travailleuses de Sexe puis à leur stigmatisation compte tenu du caractère déviant associé à leur activité. Et de montrer dans un second temps, comment ces jugements accentuent leur vulnérabilité.

Pour les sociétés qui condamnent les activités liées au travail de sexe, celles-ci constituent une atteinte à la dignité humaine et, de ce fait, avilissent l'individu qui se livre à de telles pratiques. Cet individu est comme marqué au fer rouge voire estampillé par diverses dénominations les unes aussi dégradantes que les autres. Ce qui donne lieu à sa discrimination et parfois à sa condamnation. Dans les sociétés actuelles où les problèmes tendent à être abordés selon des catégories prédéfinies, les interventions sociales qui s'intéressent aux Travailleuses de Sexe sont de l'ordre des initiatives émanant de l'action communautaire autonome qui visent l'amélioration de leurs conditions de vie et la défense de leurs droits. Au sein des institutions publiques, les femmes qui pratiquent le travail du sexe sont confrontées au système judiciaire et carcéral. Du côté institutionnel, c'est plutôt l'aspect du contrôle social des effets collatéraux liés à la prostitution qui ressort tandis que dans le milieu communautaire cela semble davantage tendre vers des approches de traitement et de réinsertion sociale. L'organisation des services sociaux actuelle laisse très peu de place aux approches basées sur l'appropriation du pouvoir d'agir et centrées sur les forces qui, dans une perspective constructiviste des problèmes sociaux, sont plus porteuses pour le renouvellement démocratique des pratiques d'interventions sociales.

L'appropriation du pouvoir d'agir individuel et collectif a pour objectifs d'aider les personnes en situation de vulnérabilité de franchir les barrières psychologiques de la stigmatisation et de la culpabilisation, d'accroître l'autonomie d'action, tant individuelle que collective, de contribuer au développement d'une certaine résistance aux directives imposées par d'autres et de permettre aux personnes ou aux collectivités de déterminer par elles-mêmes les voies à privilégier dans leur développement (NINACS, 2008 : 12). Cette approche est davantage en accord avec les valeurs prônées par le mouvement des Travailleuses de Sexe et

des féministes de la troisième vague qui ne se reconnaissent pas dans le modèle néo-abolitionniste.

Cependant, une femme qui s'identifie comme Travailleuse de Sexe se voit accorder très peu de crédibilité sociale. C'est dire en d'autres termes qu'il va d'abord falloir que ces femmes acceptent de dévoiler cette pratique, le poids des conséquences étant très lourd à porter pour une mère qui avouerait avoir recours à des activités prostitutionnelles à un intervenant social en contexte de stigmatisation. Le regard du social qualifiera sans doute cette mère d'incompétente alors qu'il peut en être autrement. Ce qui ramène à l'ordre du jour l'éternel clivage entre la morale et la déviance qui laisse peu de place à la nuance. Les intervenants sociaux œuvrant dans des contextes institutionnels ne sont pas toujours outillés pour soutenir de manière efficace des femmes en situation de marginalisation extrême. En fait, la rigidité des cadres de prestations des services sociaux, la vitesse à laquelle les institutions exigent un rendement ne permettent plus aux individus d'exercer leur jugement critique. Ils constituent au mieux les rouages d'une machine bien rodée et peuvent à l'occasion intervenir sur une base individuelle mais au risque de défier les normes institutionnalisées. La construction sociale du stigmate de la prostituée, conjuguée à l'ensemble des discours féministes, a eu une influence indéniable sur le développement de la façon contemporaine d'aborder le phénomène de la prostitution. Les pratiques en service social se sont modelées sur cette évolution. Un phénomène social qu'on n'arrive pas à nommer autrement qu'en le construisant négativement peut difficilement faire l'objet d'une intervention autre que de type répressif et orientée vers la réhabilitation basée sur un comportement dit « normal ». Parmi les TS interrogées dans le cadre de cette recherche, nombre ont affirmé être victimes d'insultes au quotidien. Et toutes ces insultes sont liées à leur activité. Voici les propos de quelques-unes :

Parfois même une personne qui ne me connaît pas m'insulte en passant. Dans les snacks quand je me cherche, tu sais que nos clients nous connaissent déjà tu entends seulement à côté vendeuses de piment. C'est même mieux avant c'était bordèle, salle pute. Mais moi je ne gère pas ça ma copine, je sais que je suis là pour un but.¹⁰

Une autre a déclaré que : «Tu peux être du dehors sans qu'on t'insulte ? Dès que j'entends salle pute moi je réponds c'est avec ton père que j'étais hier-soir imbécile.¹¹ »

¹⁰ Entretien avec Sandrine TS séropositive à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

¹¹ Entretien avec Fanny b TS séropositive à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

Une autre encore a affirmé que : « *Moi suis déjà habituée. C'est quand je venais de commencé que ça me dérangeait. Mais maintenant je m'en fous. Les Salles prostituée, salle pute, tu n'as pas honte ? Ça ne me dit plus rien.* »¹²

De ces affirmations il apparaît clairement que les insultes qui sont une sorte d'étiquette sont récurrentes dans la vie des TS. Le constat ici fait est que ce n'est pas le travail de sexe qui fait problème mais davantage la norme sociale édictée par la société elle-même, et les représentations qui en découlent. En réalité, ces représentations sont responsables des marques ou des étiquettes collées aux TS car, elles sont en lien avec les comportements sexuels de ces cibles et par la même occasion, alimentent leur stigmatisation. Les TS, en rapport avec l'activité qu'elles mènent, sont considérées comme déviantes car, ladite activité s'écarte de la norme sociale. Toutefois, il n'est nullement fait mention d'étiquette vis-à-vis des clients des TS qui sont pour la plus part des hommes. Aussi, la relation sexuelle suppose-t-elle la participation d'au moins deux personnes. Dans le cas d'espèce, il faut la participation d'une femme et d'un homme. Même dans l'imaginaire populaire, les hommes ayant des relations intimes avec les TS ne sont aucunement perçus comme des déviants. Et, en aucun moment, leur image n'est dégradée, du fait de ces rapports.

En conséquence, aucune stigmatisation n'étant attribuée aux hommes-clients, il convient de dire que leurs comportements sexuels peuvent être perçus comme non déviants. Cela étant, qu'en est-il des construits sociaux autour du corps et comment comprendre leurs implications sur la dynamique des rapports de genre entre les TSS et leurs clients.

2. La construction sociale du corps : la domination masculine comme facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les TS Séropositives

Comme l'indique LOCOH (1996), l'approche genre est un outil d'analyse dans la planification du développement. Elle permet de repérer les disparités et les stéréotypes, d'identifier les inégalités entre les sexes et de chercher les causes et les facteurs qui les reproduisent ou les modifient. Elle contribue ainsi à mieux comprendre les obstacles que les inégalités de statuts introduisent dans les activités de développement. Or, la santé faisant partie intégrante du développement, celle-ci ne saurait s'en départir. En effet, avant toute chose, la TS est d'abord une femme à part entière. Et de la sorte, elle aussi est exposée aux différents clivages engendrés par la construction sociale des identités ; cette dernière prenant appui sur le

¹² Entretien avec Pauline TS séropositive à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

déterminisme biologique. C'est dire, en d'autres termes, que le sexe biologique reste le déterminant fondamental des rôles sociaux assignés aux femmes et aux hommes. Ce qui fait que leurs comportements se posent comme des rapports de force. C'est force de cela que BOURDIEU (1998 : 18) affirme :

La constitution de la sexualité en tant que telle (qui trouve son accomplissement dans l'érotisme) nous a fait perdre le sens de la cosmologie sexualisée qui s'enracine dans une typologie sexuelle du corps socialisé, de ses mouvements et de ses déplacements immédiatement affectés d'une signification sociale – le mouvement vers le haut étant par exemple associé au masculin, avec l'érection, ou la position supérieure dans l'acte sexuel.

La littérature révèle que, les formes de discrimination varient d'une société à une autre. Les modes de « normalisation » des rapports de genre sous le prisme des modèles socio-culturels locaux ou importés visent à montrer comment chaque groupe social arrive à ériger cela en un « système de genre », autant dire, comment les normes et valeurs qui s'appliquent aux individus du fait de leur sexe biologique ; et quels en sont les conséquences sur les évolutions des groupes sociaux où elles sont enracinées. Selon, LOCOH (1996), le concept de genre c'est « le fait qu'au-delà des différences biologiques qui caractérisent chaque sexe, les différences de statut entre hommes et femmes et les rapports qui en découlent ont un caractère socialement construit, et dont contingent. Chaque société, voire chaque sous-ensemble culturel au sein d'une société, structure un système de genre, c'est-à-dire un ensemble de normes, de croyances, de connaissances sélectives qui font informer (ou désinformer dans de nombreux cas !) les hommes et les femmes, guider les comportements sexués, imposer des rôles à jouer, valoriser certaines attitudes et en condamner d'autres » (LOCOH, 1996 : 25). Dès lors la dynamique des rapports entre hommes et femmes prend en compte les rôles assignés à chaque sexe, « les attitudes encouragées ou réprimées selon que l'on soit un homme ou une femme » (LOCOH, 1996 : 26), leur accès aux ressources, au pouvoir et aux mécanismes de prise de décision. FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL déclare quant à elle que « le concept de genre permet d'analyser comment l'organisation sociale, les pratiques sociales, produisent, reproduisent, institutionnalisent la différence des sexes dans nos sociétés » (FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, 2003 : 27). Pour cette auteure, le genre inclut les valeurs et les attitudes qu'une communauté ou une société juge comme appropriées à un sexe comme à l'autre. BOURDIEU (Op. Cit.) renchérit en affirmant:

La division entre les sexes paraît être « dans l'ordre des choses », comme on dit parfois pour parler de ce qui est normal, naturel, au point d'en être inévitable : elle

est présente à la fois, à l'état objectivé, dans les choses (dans la maison par exemple, dont toutes les parties sont « sexuées »), dans tout le monde social et, à l'état incorporé, dans les corps, dans les habitus des agents, fonctionnant comme systèmes de schèmes de perception, de pensée et d'action. (Là où, pour les besoins de la communication, je parle, comme ici, de catégories ou de structures cognitives, au risque de paraître tomber dans la philosophie intellectualiste que je n'ai cessé de critiquer, il vaudrait mieux parler de schèmes pratiques ou de dispositions ; le mot « catégorie » s'imposant parfois parce qu'il a la vertu de désigner à la fois une unité sociale la catégorie des agriculteurs et une structure cognitive et de manifester le lien qui les unit.). C'est la concordance entre les structures objectives et les structures cognitives, entre la conformation de l'être et les formes du connaître, entre le cours du monde et les attentes à son propos, qui rend possible ce rapport au monde que Husserl décrivait sous le nom d'« attitude naturelle » ou d'« expérience doxique » mais en omettant d'en rappeler les conditions sociales de possibilité. Cette expérience appréhende le monde social et ses divisions arbitraires, à commencer par la division socialement construite entre les sexes, comme naturels, évidents, et enferme à ce titre une reconnaissance entière de légitimité.

Dans le cas d'espèce, lorsque les TS parlent d'elles-mêmes, c'est non pas en termes de prostituées mais davantage comme des femmes à l'instar de toutes les autres. Bien qu'elles soient pour la plupart de « grande gueule », pendant les entretiens avec elles, il a été relevé un sentiment d'insécurité. Le rôle social ainsi que les étiquettes qui vont avec, leur confèrent un sentiment d'infériorité en tant que femme. Fanny (Op.Cit. 69) a affirmé que :

Ce ne sont pas seulement nos clients qui nous maltraitent. Même quand je pars à l'hôpital, dès qu'on dit seulement que c'est Horizons Femmes qui nous envoie, on comprend que nous sommes les filles du dehors. Directement tu vois d'abord comment l'infirmière te toise comme si tu avais un problème avec elle. Parfois tu entends seulement passe là-bas, tu attends je t'ai envoyée ? Ma sœur c'est comme si tu avais seulement les cacas au corps.

Pauline (Op.cit. : 69) a déclaré :

Depuis que mon frère sait que je suis malade, il ne veut même pas me sentir dans ses cinq mètres cinquante. La dernière fois que j'avais parlé avec lui, il m'a insultée jusqu'à. Et les salles putes oh, il m'a traitée de tous les noms d'oiseaux. J'ai eu honte. Quand c'est la famille, ça touche parce qu'on ne veut pas qu'ils soient au courant de nos choses.

Par ailleurs, contrairement à ce que l'on pourrait croire, la nature des rapports entre la TS et ses clients est, en grande partie, caractérisée par la domination (symbolique, psychologique ou physique) de ces derniers sur la première. Il s'agit en fait des rapports de force qui entraînent parfois des Violences Basées sur le Genre. C'est dans le courant des nouveaux mouvements sociaux dans les années 1970 que sont apparus, aux États-Unis, les premiers mouvements de femmes Travailleuses du Sexe (MENSAH et al. 2011). Ces femmes qui revendiquent le titre de Travailleuses du Sexe et qui proviennent de divers horizons socio-

économiques exigent le respect de leurs droits et libertés. Elles veulent travailler dans des conditions sécuritaires et être considérées comme des citoyennes à part entière. Certaines s'affichent en tant que mère de famille et dénoncent la discrimination sociale et le statut de criminelles qu'on leur donne. Elles veulent se débarrasser des étiquettes sociales qu'on leur a attribuées en se définissant autrement et souhaitent vivre leur sexualité librement. Ce mouvement rejette la morale sexuelle traditionnelle imposée par l'Église de même que les analyses féministes, car elles ne se perçoivent pas comme des dépravées ni des victimes du patriarcat (PARENT, 2001). Elles revendiquent leur propre autonomie en tant que travailleuses de l'industrie du sexe.

Dans le discours émergent où l'on présente ce travail comme un choix plutôt qu'un péché et un crime, PARENT (2001) fait le constat que les Travailleuses de Sexe remettent en cause l'association entre les activités sexuelles et leur identité personnelle. Elles sont en mesure d'établir une séparation entre la sphère professionnelle de leur vie et la sphère privée. Dans son article, l'auteur tente de voir pourquoi les prostituées n'ont pas réussi à transformer les attentes normatives à l'égard de leurs pratiques sexuelles. Voici ce qu'elle écrit à propos du mouvement de libération des femmes : « Si les femmes se libèrent des normes strictes de chasteté, elles ne sont pas pour autant libérées du pouvoir masculin sur elles » (PARENT, 2001 : 165). Les gains du mouvement de défense des droits des travailleuses du sexe demeurent modestes et le discours féministe ne semble pas avoir aidé la cause puisque la prostitution apparaît comme l'ultime représentation de la domination des hommes sur les femmes. Par conséquent, selon PARENT il ne peut y avoir de renversement de la condamnation morale dominante. Les mouvements de Travailleuses de Sexe continuent néanmoins à s'organiser autour du monde, mettant en commun leur savoir et leurs paroles pour la reconnaissance de leurs droits sociaux. Elles dénoncent les injustices dont elles sont la cible et continuent de repenser les façons de voir le travail, la sexualité, les rapports sociaux, le pouvoir et les manières d'y résister (MENSAH et al. 2011). Ainsi, pendant les entretiens avec le technicien de laboratoire de Horizons Femmes Yaoundé (KUIDJEU : 2022), ce dernier a déclaré :

Certaines filles arrivent ici chez moi au laboratoire couvertes de blessures infligées par le client. Quand c'est à notre niveau on essaie de gérer. Mais pour les cas graves, on réfère dans les centres hospitaliers car, contrairement à nous, ils ont des plateaux techniques plus fournis. D'autre se plaignent souvent de la brutalité policière. Or, pour celles qui sont séropositives, généralement elles n'ont pas leurs ARVs avec elles. Ce qui fait que si elles passent une semaine en cellule par exemple, pendant ces une semaine, elles ne prendront pas de médicaments. Ce qui n'est pas bon pour leur santé.

Aussi, lorsqu'elles sont arrêtées par les policiers, elles sont par le fait même stigmatisées et fichées. En revanche, le client qui est à la base un homme, n'est en aucun cas interpellé. Outre ces arrestations, il est aussi à noter les violences policières subies par cette population. Certaines TS affirment avoir déjà été violées par des policiers. Fanny (Op.Cit. :69) a affirmé :

Un jour un policier m'a arrêtée comme je n'avais pas ma carte d'identité sur moi. Il m'a dit que comme je vends mon corps, si je veux qu'il me libère, je lui donne aussi sa part. Les hommes en tenue là dérangent trop. Ils font souvent comme ça. Ils finissent de faire ils ne payent pas. Donc j'ai refusé. Ma sœur, j'ai entendu sur mon visage « bang », il m'a giflée. Après ça il m'a forcée.

Pour renchérir les affirmations ci-dessus, BOURDIEU (1998 : 25) indique :

le rapport sexuel apparaît comme un rapport social de domination, c'est qu'il est construit à travers le principe de division fondamentale entre le masculin, actif, et le féminin, passif, et que ce principe crée, organise, exprime et dirige le désir, le désir masculin comme désir de possession, comme domination érotisée, et le désir féminin comme désir de la domination masculine, comme subordination érotisée, ou même, à la limite, reconnaissance érotisée de la domination.

Il poursuit :

Les dominés appliquent des catégories construites du point de vue des dominants aux relations de domination, les faisant ainsi apparaître comme naturelles. Ce qui peut conduire à une sorte d'autodépréciation, voire d'autodénigrement systématiques, visibles notamment, on l'a vu, dans la représentation que les femmes kabyles se font de leur sexe comme une chose déficiente, laide, voire repoussante (ou, dans nos univers, dans la vision que nombre de femmes ont de leur corps comme non conforme aux canons esthétiques imposés par la mode), et, plus généralement, dans leur adhésion à une image dévalorisante de la femme. La violence symbolique s'institue par l'intermédiaire de l'adhésion que le dominé ne peut pas ne pas accorder au dominant (donc à la domination) lorsqu'il ne dispose, pour le penser et pour se penser ou, mieux, pour penser sa relation avec lui, que d'instruments de connaissance qu'il a en commun avec lui et qui, n'étant que la forme incorporée de la relation de domination, font apparaître cette relation comme naturelle ; ou, en d'autres termes, lorsque les schèmes qu'il met en œuvre pour se percevoir et s'apprécier, ou pour apercevoir et apprécier les dominants (élevé/bas, masculin/féminin, blanc/noir, etc.), sont le produit de l'incorporation des classements, ainsi naturalisés, dont son être social est le produit. (BOURDIEU, Op.cit. :72).

De plus, selon les théories du contrôle social du corps, en se référant à la construction sociale du corps qui varie d'un espace culturel à un autre, et selon la classe sociale et le genre, il devient possible de soutenir en tout état de cause que le lieu par excellence de l'identité collective est le corps féminin : « si, symboliquement, le corps féminin triomphe dans l'art et dans les représentations du pouvoir, concrètement, il devient l'espace dans lequel la société exerce le plus son pouvoir de coercition et de contrôle » (DIASIO, 1998).

Par ailleurs, Les violences exercées par les clients sont fréquentes et naissent le plus souvent de sollicitations ou de tentatives d'imposition de nouveaux actes sexuels ou de demandes de remboursement. Aussi, certaines TS ont-elles mentionné l'existence de clients « violents » susceptibles d'imposer un rapport brutal, au cours duquel le corps de la femme devient une marchandise dont le client peut en disposer selon son bon vouloir. Selon les personnels interrogés au sein de l'association Horizons Femmes, les violences émanant des forces de police se sont accrues ces dernières années. Ces violences s'exercent aussi entre les personnes prostituées dans un secteur d'activité fortement concurrentiel et soumis à certaines formes de clandestinité. Ainsi, des insultes et des brimades sont régulièrement observées chez celles qui sont encore nouvelles et en quête de nouveaux clients ou chez celles placées en bas de la hiérarchie sociale dans ces milieux. Les violences rencontrées dans le milieu prostitutionnel sont étroitement liées à l'activité exercée. Les Travailleuses de Sexe sont frappées d'indignité et sont fortement stigmatisées en raison de leur activité. Ces couches sociales ne sont pas uniquement touchées par les stigmates, mais en constituent l'incarnation sur plusieurs plans. Tous ces facteurs sont susceptibles d'affecter négativement l'estime de soi des individus, pouvant ainsi favoriser les prises de risque et une attention moindre à la préservation de leur santé.

Aussi, les faits indiquent-ils que les femmes prostituées sont beaucoup plus victimes de viol que les autres femmes et ce, dans toutes les sociétés. Elles sont aussi très souvent victimes de violence de la part des clients ou des proxénètes. Toutefois, contre toute attente, aux yeux des TS elles-mêmes, ce qui distingue le viol de la prostitution, ce n'est pas l'acte lui-même mais davantage « l'argent ». C'est dire en d'autres termes que du point de vue de la TS, on parle de « viol » uniquement lorsque le client n'a pas payé la somme convenue pour la relation sexuelle. Selon BARRY (1982), les femmes prostituées ont tendance à définir le viol comme une situation où un client a des rapports sexuels avec elles, puis refuse de les payer ou reprend son argent. Dans la même veine, cet auteur a cité le cas d'une femme prostituée qui raconte comment elle a tenté un jour d'amadouer un violeur en lui révélant sa profession et en lui offrant ses services. Mais loin de l'amadouer, cette révélation n'a fait qu'exacerber la violence de l'homme contre elle. Cet exemple contribue à réfuter l'idée répandue selon laquelle la prostitution servirait d'exutoire aux hommes, permettant ainsi une réduction de la violence sexuelle et une diminution du nombre de viols. Selon BARRY, ce sont là deux formes extrêmes de domination sexuelle qui se renforcent mutuellement. L'une s'exerce à travers la force physique brute, l'autre à travers le pouvoir de l'argent.

Cette analyse est en contradiction avec la conception de la prostitution en tant que travail, émancipation ou empowerment adoptée par le courant «pro-travail du sexe». C'est ce qui justifie le refus des partisans du courant abolitionniste de considérer la prostitution comme un «choix» et leur insistance pour la définir comme une violence et une violation de l'intégrité physique et mentale des personnes prostituées, indépendamment du fait qu'elles sont ou non «consentantes».

De l'analyse qui précède, il convient de retenir que le rôle de l'étiquette consiste à imprimer à celui que le corps social considère comme un déviant négatif une marque indélébile qui cristallise des comportements visant à assujettir, voire à stigmatiser certains groupes de la population tels que ceux des femmes qui se livrent au travail de sexe. Cette forme de discrimination et d'exclusion sociale trouve son fondement dans les lois, des mécanismes, des pratiques et des discours qui secrètent des stéréotypes sociaux vis-à-vis des TS. Ainsi, En assignant aux activités des femmes TS des qualificatifs tels que « déviant » ou «anormal», la conscience collective érige une représentation dépréciative de la femme TS et amoindrit par la même occasion l'implication des hommes clients de ces femmes et des violences y afférentes. Ce qui participe à la sublimation des représentations sociale et culturelle de la suprématie de l'homme (sexe fort) sur la femme comme « cadet social » voire de sexe faible ; d'où la domination masculine constatée. Cette dernière se matérialisant sous toutes les formes de VBGs (symbolique, psychologique et physique) met les femmes TS en général et celles séropositives en particulier, dans une situation de vulnérabilité socio-sanitaire. Aussi, pour se déconnecter de la douleur issue des blessures reçues soit par « bastonnade » ou par « rapports sexuels forcés », ces TS consomment des drogues de toutes sortes. La consommation de stupéfiants est un comportement à haut risque, car elle a une incidence sur leur thérapie et donc sur leur état de santé. Ce qui accentue davantage leur situation de vulnérabilité face à leurs bourreaux. L'analyse des facteurs socio-culturelles qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des TSS ayant été faite, la partie suivante consistera en la description et en l'analyse des facteurs économique-institutionnels.

III. LES FACTEURS ÉCONOMICO-INSTITUTIONNELS DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES

Dans cette partie, il est question d'identifier et d'analyser conjointement les facteurs économiques et institutionnels qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des TS séropositives, vu leur caractère interdépendant. Ce sont des facteurs en lien avec le pouvoir

d'achat à l'instar du revenu et du cadre juridique lié à l'activité du travail de sexe qui seront analysés. À ce niveau, il est question de montrer, dans un premier temps, comment le niveau du revenu (bas ou élevé) autant dire la précarité économique arrive à rendre une population vulnérable sur le plan socio-sanitaire et dans un second temps, de souligner l'implication du cadre juridique dans cette vulnérabilité.

1. La précarité économique comme facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les Travailleuses de Sexe séropositives

Dans la dialectique TS/client, l'un des enjeux cruciaux dans la dynamique interactionnelle entre ces deux individus, réside dans le choix entre un rapport sexuel protégé et un rapport sexuel non protégé. Si de nombreuses sources documentaires, (JEAL et al. 2004), estiment que 97 % des personnes interrogées se sont déjà vu proposer des rapports non protégés et que 28 % ont déclaré avoir déjà accepté ces rapports, les résultats des enquêtes menées dans la présente recherche ont révélé une réalité toute autre. En effet, l'imposition d'un rapport sexuel sans préservatif à la TS par son client ne survient qu'en cas de Violence Basée sur le Genre. Dans nombre de cas, la situation économique de la TS influe sur sa capacité à choisir un rapport sexuel protégé en ce sens que la demande de certains clients d'obtenir des rapports non protégés se traduit par une augmentation significative du montant à payer. C'est dire, en d'autres termes, que le choix d'un rapport sexuel non protégé est la résultante d'une négociation entre la TS et son client. Aussi, le fait pour la TS de se sentir en perpétuel concurrence avec ses consœurs TS la met-elle dans une situation l'obligeant à revoir son tarif. Mais dans ce cas, elle procède à la réduction du temps à passer avec le client. Une TS a, à cet égard, affirmé que : « *quand on fait avec le préservatif masculin, ça dépend des jours ; parfois le client peut proposer 1000 Francs. Parfois même 500 Francs. Alors que quand on fait sans préservatif, c'est à partir de 5000 Francs. Les clients gentils donnent même les 10000* ».

Plus loin elle précise que :

*Ici à Horizons Femme on nous a demandé d'utiliser le préservatif féminin. On nous a même montré comment porter ça pour nous protéger des maladies. Un jour, j'avais mis ma part le client pensait qu'il n'y avait rien. Il m'a donné mes 5000. Mais un autre jour, un autre client s'était rendu compte que je portais le préservatif féminin. Il m'a bien bastonnée et traitée d'escroc. Finalement il est parti sans me payer. Toi-même tu vois qu'on veut bien se protéger mais ce n'est pas facile. Même ma copine a eu un cas comme ça. Pour elle était même plus grave. Quand son bon gars l'a vue, le père de ses enfants, elle était obligée de mentir qu'on l'a agressée.*¹³

¹³ Entretien avec Jolie Travailleuse de Sexe séropositive, à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

Outre un rapport sexuel non protégé, le recours à certaines substances issues de la médecine traditionnelle pour rester en forme, assèchent et fragilisent les muqueuses. Ce qui expose la TS, au risque de contracter une IST. Sans oublier que les clients qui sollicitent ces rapports sexuels, recourent eux-aussi, à des substances illicites telles que, des drogues. Ces pratiques apparaissent elles-aussi comme des comportements à haut risque.

En dehors des relations avec leurs clients, dans le cadre de la relation de couple (relation avec leur partenaire non-client), les Travailleuses de Sexe utilisent rarement le matériel de prévention, en particulier le préservatif souvent envisagé comme un outil professionnel de mise à distance du client. La dépendance affective et la confiance mutuelle entre les personnes affectent le recours au préservatif. D'où leur vulnérabilité constatée face au VIH et aux affections y afférentes.

Ainsi, le recours au dépistage et au traitement appelé aujourd'hui à être amplifié, est insuffisant. Les propositions de dépistage du VIH/SIDA, la réalisation de tests de dépistage du VIH/SIDA et des hépatites demeurent encore insatisfaisant. Le traitement prophylactique post-exposition (TPE) ou Prep ainsi que les outils de contraception alternatifs ou complémentaires au préservatif masculin ne sont pas connus de nombreuses Travailleuses de Sexe, en particulier les prostituées qui pratiquent encore cette activité à l'ancienne autant dire celles dites « traditionnelles » et dont la vulnérabilité sociale est avérée. À titre illustratif, en cas d'accident du préservatif, les TS ne sont pas toutes suffisamment informées de l'existence de la Prep et de ses éventuels bénéfices pour prévenir l'infection à VIH ou n'y ont pas accès. Etant donné qu'elles travaillent pour la plupart du temps dans la nuit, il leur est difficile d'envisager la Prep même pour celles qui auraient pu en être informées. L'accès aux traitements est parfois biaisé par les contraintes liées à l'activité même de prostitution. De même, l'environnement social dans lequel elles évoluent se pose souvent en obstacle pour la bonne capitalisation de leur traitement: les séjours dans les auberges ne permettant pas par exemple de se nourrir convenablement sans oublier leur forte mobilité.

Les Travailleuses de Sexe séropositives ne disposent pas toujours d'un accès insuffisant aux prestations sanitaires existantes. Le système de santé ne fournit pas des services adaptés aux besoins sanitaires, aux connaissances linguistiques, aux valeurs culturelles et à la mobilité de ces TS. La méconnaissance du dispositif médico-social au Cameroun, l'inhospitalité des structures de prise en charge, les réticences de la part du personnel à l'égard de certaines

populations autant dire le regard stigmatisant des personnels de prise en charge, en particulier celles occupant un statut considéré par le social comme déviant, sont tant d'éléments qui constituent des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins de ces cible. Cependant, qu'en est-il de la lecture juridique ?

2. Du cadre juridique : Le caractère clandestin du travail de sexe comme facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les Travailleuses de Sexe séropositives

Comme cela a été indiqué, dans la première partie de ce chapitre, du point de vue juridique, le travail de sexe est proscrit. C'est la raison pour laquelle les individus qui se livrent à cette activité sont obligés de l'exercer dans la clandestinité. Ce qui constitue un facteur de vulnérabilité socio-sanitaire dans la mesure où le déplacement des TS dans des zones isolées ainsi que le caractère clandestin des échanges entre elles et leurs clients augmentent les risques de rapports sexuels non protégés et de violences. Dans le cadre des enquêtes de terrain, certaines TS ont fait état de ce que les arrangements avec le client dans les snacks changent lorsqu'elles se retrouvent seules dans un coin isolé et lugubre avec ce client. En effet, une fois seuls et à l'abri des regards indiscrets, ce dernier pense avoir tous les droits notamment, celui d'imposer un rapport non protégé à la TS. En cas de refus d'obtempérer, celle-ci se retrouve violentée, insultée et est privée de son dû. Ainsi, pour éviter de s'exposer à ces supplices, elles se retrouvent obliger de se laisser faire. Ce qui, à l'évidence, est un comportement à haut risque qui, à juste titre, augmente leur vulnérabilité face aux infections. Aussi, peut-on se poser la question de savoir si la violence fait-elle partie intégrante de la prostitution?

La question précédente fait partie des différentes problématiques qui entretiennent la controverse autour du travail de sexe. Pendant que le courant abolitionniste assimile la prostitution à la violence, les partisans du «travail du sexe» affirment au contraire que la violence liée à la prostitution découle seulement des conditions de sa pratique. Ces derniers font remarquer que la criminalisation des actes liés à la prostitution contribue au maintien de la clandestinité et accroît les risques d'abus pour les femmes prostituées (GEADAH, Op. Cit). En réalité, il est difficile de nier que l'acte de prostitution porte atteinte à l'intégrité physique et mentale des personnes prostituées. La situation est sans doute « pire » encore pour celles qui sont forcées de se prostituer, mais elle n'est pas sans danger pour celles qui se prostituent «volontairement».

De plus, la violence fait partie du système d’approvisionnement du marché du sexe, par le biais de l’inceste, des viols et des abus de toutes sortes qui poussent des milliers de femmes et d’enfants vers la prostitution. LOUIS (Fondation Scelles, 2000.) a affirmé : «Le système proxénète s’est construit de manière à pouvoir, par la mise en œuvre d’une organisation incessante d’un processus de violences, notamment institutionnelles, perpétuellement alimenter en personnes humaines la demande sexuelle des hommes.» Autrement dit, bien que la violence physique, plus facilement identifiable, ne s’exerce pas directement sur toutes les personnes prostituées, elle est néanmoins intimement liée au système prostitutionnel. Les risques pour la santé et la vie que présente la prostitution sont très réels. Ces risques comprennent le SIDA et d’autres maladies transmises sexuellement, ainsi que les grossesses non désirées, les grossesses précoces, etc. Des efforts de prévention et d’accès aux soins de santé, ciblant les personnes prostituées, sont déployés dans la foulée de la lutte contre le VIH-SIDA par certains pays, afin d’informer les personnes à risque et les amener à adopter des méthodes plus sécuritaires. Mais il reste que les prostituées, qui sont souvent très jeunes ou sous l’influence de l’alcool et de la drogue, quand ce n’est pas de la menace, ne sont pas toujours en mesure d’exiger des clients le port du préservatif pour se protéger.

Pour venir à bout des brimades liées à leur activité et à leur environnement de travail, certaines TS sont obligées de solliciter la protection de malfrats. Le rôle de ceux-ci est d’assurer leurs arrières et d’intervenir au cas où un client deviendrait violent. En retour les TS pour récompenser ces derniers, payent non seulement en nature mais aussi partagent avec eux le fruit de leur travail. En cas d’insatisfaction constatée, leurs protecteurs peuvent à leur tour devenir leurs bourreaux. Dès lors, force est de constater que le caractère clandestin lié au cadre juridique du travail de sexe constitue sans nul doute un facteur de vulnérabilité chez les Travailleuses de Sexe séropositives. L’affirmation suivante en constitue la preuve :

Ma sœur le « couloir¹⁴ » est risqué. Nos clients là sont très bizarres. Quand on est au snack, on s’entend bien sur le prix et sur ce qu’il veut. Mais dès qu’on se retrouve seuls, il commence à demander d’autres choses. Quand tu dis qu’il doit ajouter l’argent, les problèmes commencent. Il veut te forcer. Maintenant pour éviter le genre de problèmes là, je fais signe à mon gros bras. Si le client tente seulement un peu comme ça, c’est ma personne qui le gère. Mais parfois nos gros bras là aussi ne nous laissent pas hein. (Jolie, Op. Cit. 72).

Par ailleurs, le Fonds mondial définit les populations-clés comme suit :

¹⁴ C’est de cette façon qu’elles nomment leur lieu de travail.

Les populations-clés sont celles exposées à un risque et à une charge de morbidité élevés relatifs aux maladies. Leur accès aux services pertinents est nettement inférieur à celui du reste de la population. Des efforts spécifiques et des investissements stratégiques sont donc nécessaires pour renforcer la couverture, l'équité et l'accessibilité. Ces populations se heurtent fréquemment aux violations des droits de l'homme, font face à de nombreux obstacles qui entravent l'accès aux services et leurs recours sont limités puisqu'elles sont systématiquement privées de leurs droits et victimes d'une marginalisation et d'une criminalisation sociales et économiques. Elles fournissent des informations, des conseils et une supervision de grande valeur aux organisations chargées de la mise en œuvre et au Fonds mondial en tant que membres du Conseil d'administration, membres du personnel, récipiendaires des subventions, prestataires d'assistance technique et bénéficiaires, grâce à leur expérience directe et à leur investissement personnel dans la lutte contre les trois maladies. (DOUOMONG YOTTA, 2014).

Les membres des populations clés et les autres PVVIH sont confrontés à divers obstacles à l'observance du traitement, tant au niveau des établissements qu'au niveau de la communauté, notamment la distance des services, l'encombrement des sites du secteur public, les longs délais d'attente et les frais d'utilisation formels ou informels. Les obstacles individuels et sociaux comprennent la peur de la divulgation, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et aux populations clés, la violence passée et actuelle, y compris la violence sexuelle, la dépression et l'anxiété, et le manque de soutien social. Des comportements spécifiques, tels que la consommation de drogues, et des caractéristiques, telles que le jeune âge, la mobilité élevée, le fait d'être sans abri et l'incarcération, sont également corrélés avec des difficultés d'observance. Chez les jeunes, l'exposition à la violence à la maison, à l'école et dans les cliniques est un risque majeur et cumulatif de non-observance du traitement antirétroviral par les adolescents. Une observance réussie à long terme exige une réponse multiforme aux obstacles au niveau individuel, soutenue par un environnement favorable. Il a été démontré qu'un certain nombre de politiques et de pratiques nationales permettent de supprimer les obstacles à l'initiation, à l'observance et à la rétention du traitement, et d'accélérer la réalisation des objectifs en cascade en aval pour les populations clés. Les programmeurs doivent commencer par examiner les politiques, stratégies et directives nationales afin de déterminer dans quelle mesure celles-ci sont conformes ou différentes des recommandations actuelles pour soutenir les objectifs en matière de l'observance à long terme (par exemple, Directives consolidées de l'OMS sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés et les orientations du PEPFAR pour le plan opérationnel national 2020).

Les populations-clés incluent notamment les prisonniers, les migrants, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les femmes et les filles,

les jeunes, les personnes handicapées, les professionnels du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les populations autochtones et les personnes déplacées.

Or, que ce soit la déclaration d'Alma Ata ou les textes qui régissent l'accès aux soins de santé, tout le monde a droit à la santé. En effet, dans le préambule de sa constitution, le peuple camerounais :

- proclame que l'être humain, sans discrimination de race, de religion, de sexe, de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés ;
- affirme son attachement aux libertés fondamentales inscrites dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Charte des Nations Unies, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples et toutes les conventions internationales y relatives et dûment ratifiées, notamment aux principes suivants :
 - La liberté et la sécurité sont garanties à chaque individu dans le respect des droits d'autrui et de l'intérêt supérieur de l'Etat ;
 - Tout homme a le droit de se fixer en tout lieu et de se déplacer librement, sous réserve des prescriptions légales relatives à l'ordre, à la sécurité et à la tranquillité publics ;
 - Le domicile est inviolable. Nulle perquisition ne peut avoir lieu qu'en vertu de la loi ;
 - Le secret de toute correspondance est inviolable. Il ne peut y porté atteinte qu'en vertu des décisions émanant de l'autorité judiciaire ;
 - Nul ne peut être contraint de faire ce que la loi n'ordonne pas ;
 - Nul ne peut être poursuivi, arrêté ou détenu que dans les cas et selon les formes déterminées par la loi;
 - La loi assure à tous les hommes le droit de se faire rendre justice ;
 - Tout prévenu est présumé innocent jusqu'à ce que sa culpabilité soit établie au cours d'un procès conduit dans le strict respect des droits de la défense ;
 - Toute personne a le droit à la vie et à l'intégrité physique et morale. Elle doit être traitée en toute circonstance avec humanité. En aucun cas, elle ne peut être soumise à la torture, à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
 - L'Etat garantit à tous les citoyens de l'un et l'autre sexes, les droits et libertés énumérés au préambule de la Constitution.

En son article premier et alinéa 2, *elle assure l'égalité de tous les citoyens devant la loi.* Or, si les populations clés séropositives souffrent de discrimination et de stigmatisation, c'est du fait de leur orientation sexuelle et de leur statut. De la sorte, il convient de rappeler que, selon GOFFMAN (Op. Cit.), le stigmaté se définit comme : « *toute caractéristique propre à*

l'individu qui, si elle est connue, le discrédite aux yeux des autres ou le fait passer pour une personne d'un statut moindre ». C'est dire que, du fait de ces conséquences psycho-sociales, la crainte de la stigmatisation entraîne la réticence vis-à-vis du test du VIH ; cela constitue une barrière à l'accès et à l'adhésion aux traitements et motive de ce fait le non-respect des consignes de prévention.

Au regard des éléments sus évoqués, il est clair que comme toutes les autres couches sociales, les populations à haut risque ont elles aussi le droit à la santé et ce, d'autant plus que leur situation épidémiologique ainsi que les risques liés à l'exercice de leur activité sont des plus inquiétantes. Par conséquent, étant donné que c'est une population vivant dans des conditions socio-économiques particulières, en raison du caractère illégal de son activité, sa prise en charge nécessite d'être organisée dans un cadre prenant en compte toutes ces spécificités.

Les personnes prostituées sont soumises à un environnement extrêmement défavorable qui constitue une entrave à tout travail de prévention et un frein indéniable à l'accès aux soins. Le renforcement des dispositifs institutionnels en matière d'accompagnement, de suivi et de la garantie des droits des personnes TS apparaît plus que nécessaire pour garantir leur accessibilité à la prévention et aux soins.

De même qu'il en est d'autres populations vulnérables particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH/SIDA et les IST, les personnes TS en général et celles séropositives en particulier sont en droit de bénéficier d'une attention et de dispositifs spécifiques dans le cadre des programmes de lutte contre les maladies infectieuses. La mobilisation des pouvoirs publics sont là pour garantir un ensemble de droits identiques à ceux de la population et reconnaître une compétence spécifique en matière de prévention.

Ainsi, l'analyse des facteurs socio-culturels et économiques qui structurent la vulnérabilité socio-sanitaire chez les TS séropositives montre le caractère interdépendant de ces derniers. En effet, la manière dont les TS sont perçues par le corps social influe sur la nature de leurs rapports avec leurs familles, leurs clients, les forces de l'ordre et même les institutions hospitalières. Avec le client et/ou le proxénète, la relation est davantage basée sur les rapports de domination. Or, BOURDIEU (Op. Cit.) Rappelle que :

Lorsque les dominés appliquent à ce qui les domine des schèmes qui sont le produit de la domination, ou, en d'autres termes, lorsque leurs pensées et leurs perceptions sont structurées conformément aux structures mêmes de la relation de domination qui leur

est imposée, leurs actes de connaissance sont, inévitablement, des actes de reconnaissance, de soumission.

En somme, s'il est avéré que le rôle de l'action publique consiste en la mise en œuvre des politiques, programmes et projets de développement relatif à chaque secteur d'activité, dans le cadre de la santé, ce sont les acteurs de terrain autant dire, le niveau opérationnel que sont les FOSA qui sont chargées de leur implémentation. Or, ces institutions ne constituent pas toujours des espaces hospitaliers¹⁵ pour les TS qui sont déjà victimes de discrimination sociale (voir l'affirmation de Fanny, (Op. Cit.). Aussi, a-t'il été soulevé le problème des violences policières qui constituent, elles aussi, un facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez ces cibles. Leur précarité économique n'est pas en reste. Dès lors, il ressort des analyses précédentes que la vulnérabilité sanitaire et sociale conduit à des lectures à de multiples niveaux. D'où la nécessité de comprendre comment et pourquoi les TSS en situation de vulnérabilité socio-sanitaire construisent-elles leurs trajectoires thérapeutiques et quels sont les différents recours dont elles disposent dans leur quête de guérison ? La réponse à cette préoccupation fera l'objet du prochain chapitre.

¹⁵ Ce point fera l'objet d'une analyse en profondeur dans la troisième partie de ce travail.

CHAPITRE III

CONSTRUCTION DES TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE

La littérature sur les trajectoires thérapeutiques des malades renseigne sur le caractère essentiel de ce concept dans l'étude des questions de santé ; celle-ci constituant elle-même un aspect important de la vie des populations. Pour le sociologue Américain STRAUSS, (1985 :154),

Le terme de trajectoire fait non seulement référence à l'évolution sur le plan physiologique de la maladie de tel patient, mais également à toute l'organisation du travail déployé pour suivre ce cours, ainsi qu'au retentissement que ce travail et son organisation ne manquent pas d'avoir sur tous ceux qui s'y trouvent impliqués.

Toutefois, étant donné que l'objectif poursuivi lorsqu'une trajectoire est mobilisée est la demande des soins, il est difficile de parler de trajectoires thérapeutiques sans évoquer les différents recours thérapeutiques qui en constituent la dimension opérationnelle. Ainsi, selon AKOTO et al. (2002), On entend par recours thérapeutiques, les demandes de soins adressées à des personnes ou à des institutions qui ne se définissent pas toujours comme des soignants. C'est, en d'autres termes, la demande de soins de santé, exprimée par la population. Cette demande de soins (moderne, traditionnelle et automédication) est l'utilisation effective de ces soins. Elle est différente de la demande potentielle des soins qui se compose des besoins satisfaits et non satisfaits de soins ressentis par une population et relatif à son état morbide.

Ceci étant, le présent chapitre entend identifier les différents recours thérapeutiques des TS séropositives et de montrer comment ces dernières construisent leurs trajectoires thérapeutiques.

I. IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES

Avant de faire irruption dans le vif du sujet, il importe de signaler que ce chapitre sera fondé sur l'hypothèse selon laquelle, dans leur quête de guérison, les Travailleuses de Sexe séropositives, ont le choix entre plusieurs recours thérapeutiques parmi lesquelles, l'automédication, l'ethnomédecine, les thérapies religieuses et la biomédecine. Toutefois, bien que l'offre de soins ainsi que les prestations y afférentes varient d'une trajectoire à une autre, les enquêtes de terrain menées, ont permis de faire le constat selon lequel, certaines TS font des « va » et « vient » thérapeutiques autant dire que, pendant qu'elles suivent un traitement à l'hôpital, au même moment, elles utilisent des écorces ou elles font de l'automédication, posant de ce faite, le problème du pluralisme thérapeutique en milieu hospitalier au Cameroun.

Ainsi, le tableau synoptique ci-après renseigne sur les différentes proportions enregistrées en fonction des recours thérapeutiques des TSS.

Tableau 9: Recours thérapeutiques des TSS

Recours thérapeutiques	TSS
Automédication	55
Médecine parallèle	5
Médecine moderne	25
Thérapies religieuses	10
Pluralisme thérapeutique	5
TOTAL	100

Source : enquête de terrain

L'analyse du tableau ci-dessus permet de comprendre deux choses. D'abord, ledit tableau montre que les recours thérapeutiques des TSS sont multiples. Ensuite, il permet de constater que ces recours thérapeutiques oscillent entre l'automédication, la médecine parallèle, la médecine moderne, les thérapies religieuses et le pluralisme thérapeutique. Cependant, l'on constate que la proportion des TSS qui recourent à l'automédication est relativement supérieure aux autres, soit plus de la moitié des TSS, à savoir, 55.

1. L'automédication

Étymologiquement, l'« automédication » exprime un comportement individuel qui consiste à se soigner soi-même. C'est l'utilisation, sans avis médical direct, d'un médicament adapté au traitement d'un trouble bénin. Pour l'OMS (OMS, DAP, 1998 :13), « *elle consiste pour une personne, à choisir et à utiliser un médicament pour une affection ou un symptôme qu'elle a elle-même identifié* »¹⁶. Selon le professeur CAULIN (2002), « *l'automédication se traduit alors par un autodiagnostic, qui mène à une auto-prescription puis à une autonomie*¹⁷ ». Pour le Professeur Le Pen (même colloque), elle se traduit par « *le recours à l'armoire à pharmacie* ». De la sorte, l'on distingue deux types d'automédication : (i) l'automédication « active » ou « direct » ; où l'individu fait son autodiagnostic et prend la décision de se soigner lui-même, et (ii) l'automédication « passive » ou « indirecte », où l'individu subit la prise du médicament sous l'action ou l'influence d'un tiers, à l'instar de son réseau relationnel. C'est le cas des enfants. Si dans son sens littéral, l'automédication est considérée comme l'acte de consommation de médicaments décidé par soi-même, dans le sens le plus large, LECOMTE (1999: 49-56), considère qu'« *elle consiste à faire devant la perception d'un trouble de santé, un autodiagnostic et à se traiter sans avis médical* ». Par contre, dans un sens plus restreint, il s'agit de « *l'acquisition d'un produit sans ordonnance, que l'on nomme automédication* ».

En réalité, de nombreux travaux ont montré que le choix d'un médicament à un moment donné peut être le résultat d'une prescription antérieure. Il convient donc d'appréhender l'automédication de façon beaucoup plus large que le seul usage non prescrit d'un médicament. Certains auteurs, notamment MOLINA (1988) et VAN DER GEEST et al. (1996) vont jusqu'à considérer que lorsqu'un patient demande au médecin de lui prescrire un médicament qu'il juge efficace, c'est en vérité le patient qui se prescrit à lui-même un produit par l'intermédiaire du médecin. C'est cette extrémité conceptuelle qui permettra à FAINZANG (2010) de repenser l'automédication comme l'acte pour le sujet de consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se le procure à cet effet, dans une pharmacie ou auprès d'une autre personne. Elle ne saurait, à cet égard, exclure de l'automédication, le recours à des médicaments présents dans « l'armoire à pharmacie » et consommés de la propre initiative des patients, comme le suggèrent COULOMB et BAUMELOU (2007). Comme on peut le constater, l'usage du terme

¹⁶ Cité in Jean PARROT, De l'autodiagnostic à l'automédication : risques et impact sur la relation pharmacien-patient, 2007.

¹⁷ In Professeur Charles CAULIN - Colloque Automédication - janvier 2002.

automédication est courant, mais il ne fait pas l'objet d'une définition unique. À cet effet, en France, compte tenu du mode de délivrance des médicaments disponibles uniquement dans les pharmacies, RAYNAUD (2008 :82) définit l'automédication comme, le recours d'un patient à au moins un médicament de prescription médicale facultative dispensé dans une pharmacie et non effectivement prescrit par un médecin. Cette définition de l'automédication exclut donc le recours à des médicaments présents dans l'armoire à pharmacie familiale, prescrits antérieurement par un médecin, et consommés de la propre initiative des patients.

Par ailleurs, en France, les médicaments à prescription médicale facultative, qui sont considérés comme des médicaments d'automédication seulement s'ils ne sont pas prescrits par le médecin, sont, selon la réglementation des produits dont la toxicité est modérée, y compris en cas de surdosage et d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite pas a priori un avis médical. Ceci étant, tout comme plusieurs études l'indiquent notamment celle sus citée à savoir que l'automédication, que ce soit avec les médicaments ou avec les remèdes traditionnels, reste le premier recours thérapeutiques chez les malades, la présente recherche vient corroborer les conclusions de ces enquêtes. En effet, sur les 100 Travailleuses de Sexe séropositives interrogées sur leurs recours thérapeutiques, 55 ont affirmé recourir à l'automédication. Autant dire, plus de la moitié. Ce résultat permet d'affirmer que la plupart des TS séropositives recourent à l'automédication. Elles l'ont affirmé en ces termes :

*Quand j'ai mal quelque part comme à la tête ou même au ventre, même si c'est la grippe, j'envoie l'enfant m'acheter les comprimés en route là chez docta. Les comprimés comme les paras, par exemple. Je ne peux pas partir à l'hôpital juste pour un simple palu.*¹⁸

Une autre a affirmé :

*Moi j'ai toujours des réserves de médicaments à la maison. Ce n'est pas seulement pour moi. Même les enfants se servent dedans quand ils ont un problème de santé. Je pars souvent me ravitailler chez le gars qui vend là à notre entrée. Et ses médicaments sont bien. C'est lui qui ravitaille tout notre secteur. Même quand j'ai les picotements, il me conseille des bons produits. Moi ça m'aide vraiment.*¹⁹

Encore une autre :

Si j'ai un problème avec ma santé, je ne prends pas les comprimés qu'on vend en route là parce que le médecin dit toujours que ce n'est pas bon pour nous par rapport à notre maladie-ci. Donc, je préfère aller voir une mère là au marché

¹⁸ Entretien avec Fanny, TS séropositive à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

¹⁹ Entretien avec Clarice, TS séropositive à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

*de Mvog-mbi qui vend les remèdes traditionnels. Elles a souvent les herbes, les écorces ; bref, un peu de tout.*²⁰

Ces trois affirmations montrent que les TS séropositives sont des habituées de l'automédication. Le choix de leurs déclarations en termes d'exemple tient du fait qu'elles renferment la quintessence des informations recueillies autour des différents types d'automédication. La première recourt aux médicaments de la rue. À ce niveau, il s'agit de l'automédication par « des médicaments ». Dans la deuxième affirmation, il s'agit de l'automédication par « des médicaments » pris dans « la boîte à pharmacie » de la TS. Dans la dernière affirmation, il est question de l'automédication « par personne interposée » des produits issus de la médecine traditionnelle. Tous ces types d'automédication rejoignent la description faite par COULOMB et BAUMELOU (2007), FAIZANG (2010) et RAYNAUD (2008) au sujet de ce recours. En effet, quel que soit le type d'automédication, ce qu'il convient de retenir c'est que les TS séropositives y recourent à chaque fois qu'elles pensent avoir reconnu les symptômes d'une maladie. Aussi, selon l'OMS, les médicaments destinés à l'automédication doivent-ils pouvoir être utilisés par les patients hors contexte médical, pour le traitement de symptômes bénins reconnus par le patient. C'est d'ailleurs ce qu'ont fait ces TS. Or, être positif au VIH et souffrir des infections y afférentes ne constituent pas des affections bénignes. C'est fort de cela, qu'il est opportun de questionner les déterminants qui alimentent leur recours systématique à l'automédication²¹.

Par ailleurs, étant donné que le continent africain est un espace géographique où cohabitent plusieurs cultures et traditions, la section qui suivra tablera à juste titre sur un recours thérapeutique en lien avec la socio-culture. En effet, dans la quête des soins de meilleure qualité et à des prix abordables, il arrive que les malades et leurs proches se tournent vers leur culture ou vers leur tradition. Ainsi, après avoir examiné le recours à l'automédication, l'analyse de ce point sera consacrée au recours à la tradipratique, encore appelé ethnomédecine ou médecine traditionnelle.

²⁰ Entretien avec Gené, TS séropositive à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

²¹ Ces éléments feront l'objet d'une analyse plus approfondie dans la troisième partie de ce travail.

2. La tradipratique ou l'ethnomédecine ou encore la médecine traditionnelle

Selon l'OMS (2013 :11), la médecine traditionnelle est:

La somme de toutes les connaissances, compétences et pratiques reposant sur les théories, croyances et expériences propres à différentes cultures, qu'elles soient explicables ou non, et qui sont utilisées dans la préservation de la santé, ainsi que dans la prévention, le diagnostic, l'amélioration ou le traitement de maladies physiques ou mentales.

Contrairement à ce qui est communément admis à savoir que le recours à la médecine traditionnelle est le propre des pays sous-développés à l'instar des pays africains, il importe de rappeler qu'en Chine, 40% environ de l'ensemble des soins relèvent de la médecine traditionnelle.

- Au Chili et en Colombie, 71% et 40% de la population ont recours à la médecine traditionnelle ;
- En Inde, 65% de la population rurale utilisent l'ayurvéda et les plantes médicinales au niveau des soins de santé primaires.
- Dans les pays développés, le pourcentage de la population ayant recours aux médecines traditionnelles, complémentaires et parallèles au moins une fois est de : 48% en Australie, 31% en Belgique, 70% au Canada, 49% en France et 42% aux États-Unis.

Ainsi définie, la médecine traditionnelle, tout comme les autres recours thérapeutiques, visent à soigner et donc à permettre au malade de recouvrer la guérison. En fait, si ce second recours est très fréquent, c'est parfois pour des raisons telles que :

- l'ignorance de la nature et de l'origine même de la maladie ;
- la crainte de la complexité des soins modernes (le long processus qui conduit à la prise en charge et les soins qui sont perçus comme étant chers) ;
- la nature des rapports soignant/soigné (accueil, communication) entre les tradi-thérapeutes et les patients et/ou leur accompagnant ;
- la perception ou la représentation que les malades et leurs proches ont de la maladie en question. (NTOUTOU, 2019 :61)

Toutefois, dans le cadre de cette enquête, il a été relevé que le recours à la médecine traditionnelle n'avait rien à voir avec les raisons sus évoquées. En effet, sur une population de 100 interrogées, seulement 5 individus ont affirmé recourir à la médecine traditionnelle pour se

faire soigner. De plus, à partir des entretiens menés, ces individus affirment recourir à ce recours thérapeutiques non pas parce qu'ils pensent que le Sida n'existe pas ou qu'il est une maladie mystique, mais c'est davantage parce que selon eux, le recours à la tradi-pratique fait partie de leur socio-culture. Selon leurs propos, les remèdes issus de ce recours « seraient » naturels donc plus efficaces. En d'autres termes, pour ces répondantes, c'est tout à fait « normal » de recourir à la tradi-pratique, malgré les risques que cela pourrait avoir sur leur état de santé, compte tenu de leur statut sérologique. Ainsi, l'une des interrogée a déclaré que : « *Pour moi, les écorces de chez nous sont même plus efficaces que ce qu'on nous donne là et ça soigne beaucoup de maladie*²² ». En tout état de cause, contrairement à ce que pensent l'imaginaire populaire au sujet du VIH/SIDA et de ses diverses représentations, force est de constater que les résultats de cette enquête révèlent que très peu de TS séropositives recourent à la médecine traditionnelle. Le recours à ce choix thérapeutique ne s'explique pas par les perceptions que cette cible développe autour du VIH/SIDA, mais davantage par la qualité des services délivrée chez le tradipraticien. En effet, MONTEILLET (2005) l'a d'ailleurs démontré dans ses recherches en affirmant que, les malades et leurs proches recourent aux services du « nganga » ou du tradipraticien, du fait de la convivialité qui y règne et qui n'est pas toujours au point dans les structures sanitaires modernes. À titre illustratif, se trouve la gratuité du logement chez les tradipraticiens. Aussi, faut-il ajouter que cette constatation n'est pas en lien avec l'appartenance confessionnelle ou l'origine ethnique. En plus, lors des entretiens, certaines TS ont insisté sur le fait que leur médecin leur avait formellement proscrit le recours aux écorces car, d'après leurs propos, elles pouvaient avoir un impact néfaste sur leur processus de guérison. Ce qui atteste que celles qui recourent aux écorces le font en connaissance de cause et ceci, rien à voir avec leur perception de la maladie.

Voici les propos de l'une d'elles :

*Les plantes, les écorces et produits du village sont bio et même mieux que ceux de l'hôpital et ça soigne tellement de chose. C'est seulement que les gens ne savent pas ça. Mon médecin dit que ça va beaucoup me déranger si je mélange avec nos remèdes-ci. Mais moi je ne peux pas laisser c'est aussi notre tradition*²³.

La réflexion de ce deuxième point portait sur le recours à la médecine traditionnelle. Ainsi, après analyse, il convient de retenir que certaines TS recourent à la médecine traditionnelle non pas parce qu'elles ne croient pas en l'existence du VIH/SIDA, mais pour les

²² Entretien avec Marie-b, TS séropositive, à H.F Yaoundé, le 02/02/2022.

²³ Entretien avec Hortense, TS séropositives, à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

mêmes raisons que celles qui choisissent de se rendre à l'hôpital, à savoir : la quête des soins de meilleure qualité.

Par ailleurs, étant donné qu'en dehors du recours à l'automédication et à la médecine traditionnelle, se trouve une autre trajectoire thérapeutique à savoir les thérapies religieuses et, vue la montée en puissance des Nouveaux Mouvements Religieux, il importe tout aussi d'analyser les options disponibles, afin de mieux comprendre les logiques qui structurent le choix de ce recours thérapeutique.

3. Les thérapies religieuses

En Afrique, les champs d'analyse d'une maladie ainsi que l'interprétation qu'on en fait relèvent encore en grande partie d'un certain nombre de croyances. D'où le recours aux thérapies religieuses ou magicoreligieuses. En effet, l'offre thérapeutique émanant des Églises pentecôtistes et des groupes charismatiques met en difficulté aussi bien les recours traditionnels que les services hospitaliers, en proposant de nouvelles méthodes de diagnostic et de prise en charge. Ainsi, l'émergence en contexte africain en général et camerounais en particulier de Nouveaux Mouvements Religieux qui alimentent de nouvelles manières de penser et d'agir en société, nécessite de faire l'objet d'une analyse sur la relation qui existe entre la religion et la santé. En tout état de cause, étant donné que jusqu'à ce jour il n'existe toujours pas de traitement définitif du VIH/SIDA permettant de recouvrer complètement la guérison, la propagation des Nouveaux Mouvements Religieux et des discours plutôt revitalisant et plein d'espoir qu'ils véhiculent, fait de ce recours thérapeutique, l'espace dans lequel se réfugie tout type de malade parmi lesquels ceux souffrant de maladies pratiquement incurables à l'exemple du VIH/SIDA. À cet égard, dans l'optique de recouvrer la guérison, les TS séropositives recourent également à ces thérapies religieuses. Ainsi, les enquêtes de terrain ont révélé que, 10 TS sur 100 ont affirmé recourir à ce choix thérapeutique. Aussi, sur les 10 récits de vie collectés, 2 interrogées affirment avoir dû recourir aux prières, dans leur quête de guérison. Dès lors, il importe de préciser que, parmi ces 2 dernières, l'une est catholique et l'autre pentecôtiste. Pour ce qui est des 8 dernières, il est à noter que 7 sont catholiques tandis qu'une seule est pentecôtiste. Cette dernière a déclaré dans son récit de vie que : « *Dans notre église, le prophète nous dit toujours que la prière est la clé. C'est la solution à tous les problèmes. Donc quand je ne me sens pas bien, je prends mon livre de prière là à la maison, je fais ma prière et après, je me sens mieux*²⁴ ».

²⁴ Entretien avec Bernadette, TS séropositive, à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

Somme toute, au regard de ce qui précède, force est de constater que, contrairement à ce qui est communément admis en société à savoir que, le recours aux thérapies religieuses est l'apanage des individus appartenant aux Nouveaux Mouvements Religieux, cette analyse a révélé que, les ressortissants d'autres confessions religieuses recourent également à ces thérapies.

4. La biomédecine

La biomédecine ou médecine moderne se caractérise par la prédominance d'une orientation empirique, par la spécialisation de la fonction de médecin et par l'élaboration d'un savoir rationnel et sophistiqué. Ainsi, dans le cadre de cette réflexion, il convient de dire que, contrairement à certaines études (BERTHE, MAGUIRAGE, TRAORE, MUGISHO, DRABO, AK TRAORE, DUJARDIN, HUYGENS, 2009) qui ont fait état de ce que le recours aux soins modernes s'effectue souvent tardivement lorsque les autres recours à savoir : l'automédication et l'ethnomédecine ont échoué, l'analyse menée sur les recours thérapeutiques des TS séropositives a révélé que ces dernières ont recours aux soins modernes non pas parce que les autres recours ont été soldés par un échec, mais parce qu'elles trouvent la prise en charge dans les institutions hospitalières plus rassurante. Aussi, selon elles, l'accueil y est bien fait. De plus, il est important de signaler que, les TS qui pensent ainsi n'appartiennent pas à une tranche d'âge spécifique, ni à un système de croyance particulier et encore moins à une origine ethnique particulière. Ainsi, lors des enquêtes de terrain, sur les 100 TS séropositives interrogées, 25 ont affirmé recourir aux soins modernes en cas de maladie. Ce qui fait de cette trajectoire le deuxième recours le plus sollicité par les TS après l'automédication. Ceci étant, au regard de ce qui précède, comment comprendre ce recours aux soins modernes ?

Lors des enquêtes de terrain, parmi les TS interrogées, 25 ont affirmé recourir aux soins modernes. Elles l'ont affirmé en ces termes :

Quand je ne me sens pas bien, je préfère partir à l'hôpital car la santé n'a pas de prix. En plus, si j'ai mal à la tête et que je prends le para en pensant que c'est le palu alors que c'est autre chose, je fais comment ?²⁵

Une autre a affirmé que : « *Quand je suis un peu souffrante je me rends à l'hôpital car c'est plus sûre mais si c'est une douleur passagère je m'allonge et j'attends qu'elle passe²⁶* ». La troisième quant à elle a déclaré que :

²⁵ Entretien avec Yolande, TS séropositive interrogée à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

²⁶ Entretien avec Laure, TS séropositive interrogée à H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

Lorsque je ne me sens pas bien, je me rends directement à l'hôpital certes c'est un peu plus cher que si j'achetais les comprimés en route, mais l'avantage avec l'hôpital c'est qu'on vous dit de quoi vous souffrez et donc quand on vous traite, on sait exactement ce qu'on traite²⁷.

En somme, à la question de savoir comment comprendre le recours aux soins modernes chez les TS séropositives, il ressort des affirmations sus citées que, ce recours peut se comprendre non pas suite aux échecs des autres recours ou même à la gravité de la maladie, mais davantage suite au caractère rassurant de la thérapie au sein des institutions hospitalières. Toutefois, en dehors des différents recours thérapeutiques sus évoqués, la littérature révèle que toujours dans la quête des soins, certains malades et leurs proches maximisent leur chance de recouvrer la guérison en pratiquant une sorte de « va-et-vient » thérapeutique. De la sorte, comment comprendre ce cas de figure ?

5. Le pluralisme thérapeutique

En Afrique, tout comme au Cameroun, le champ thérapeutique connaît une multitude d'acteurs, à savoir : religieux, traditionnel et moderne. Chacun d'eux mobilise toutes les ressources nécessaires dans le but de proposer des soins de meilleure qualité et des prestations optimales à leurs patients pour que ces derniers recouvrent la santé. Dès lors, dans la vie quotidienne, pour saisir les attitudes et les choix des malades face à cet environnement pluriel d'offre thérapeutique, il a été observé les interactions des malades en quête de guérison. Le constat ici fait est que, ceux-ci sollicitent quelque fois, plusieurs recours thérapeutiques au même moment. Ce qui rend leur prise en charge difficile. En effet, la littérature relève que la trajectoire thérapeutique du sujet africain est le plus souvent complexe et de ce fait, il y a un mouvement incessant entre plusieurs espaces de soins : tradipraticiens, hôpital, église, si bien que pour multiplier les chances de guérison, le malade accompagné de ses proches, se retrouve souvent en train d'entremêler les recours. Ainsi, en ce qui concerne les Travailleuses de Sexe séropositives, parmi les 100 interrogées, il s'est avéré que 5 font les « va et vient » thérapeutiques. De plus, pendant les entretiens, l'une d'elle a affirmé que : « *ma sœur, depuis que j'ai la maladie-ci, pour multiplier mes chances de guérir, je pars seulement partout²⁸* ».

En somme, l'identification des différents recours thérapeutiques suivis par les TS séropositives ayant été faite, il convient désormais de montrer comment ces TS construisent leurs trajectoires de soins, dans un contexte marqué par le pluralisme thérapeutique.

²⁷ Entretien avec Doris TS séropositive interrogée à H.F Yaoundé, le 02/02/2022.

²⁸Entretien avec Diane, TS séropositive interrogée à H.F Yaoundé, le 07/03/2022.

II. DES CONSTRUCTIONS SOCIALES DE LA MALADIE AUX CHOIX THÉRAPEUTIQUES DES TSS

Avant d'amorcer la partie concernant les trajectoires thérapeutiques des Travailleuses de Sexe séropositives, il importe de marquer un temps d'arrêt sur les trajectoires de vie de ces dernières. En réalité, étant donné que les trajectoires thérapeutiques des malades font partie intégrante de leur de trajectoires de vie, il a été trouvé opportun de les évoquer. En plus, est-il réellement possible de rendre compte des choix thérapeutiques des malades ainsi que des trajectoires thérapeutiques suivies par ceux-ci sans parler de leur parcours de vie ? Cela semble difficile. D'où l'importance du point suivant.

1. Des trajectoires/parcours de vie aux trajectoires thérapeutiques

La littérature sur la sociologie européenne, notamment allemande et française, révèle que l'intérêt de l'analyse des parcours de vie ou aux biographies ne provoque guère d'étonnement de nos jours. Ce n'était pas toujours ainsi; on peut situer le début de l'intérêt renouvelé des sociologues à ce thème au milieu des années 1970 (LEVY, 2005). Selon cet auteur, auparavant, et contrairement à la psychologie, ce n'était pas un sujet scientifique convenu mais plutôt une curiosité, d'ailleurs largement confinée à une "particularité polonaise", renvoyant aux fameux volumes de THOMAS et ZNANIECKI (1918) restée en marge des courants du mainstream. Quelques sociologues américains, notamment ELDER (1974), s'y étaient intéressés sur un plan empirique sans provoquer beaucoup d'attention en dehors de leur spécialité. Aucun domaine de recherche à l'image des sociologies spécialisées de la famille, des organisations, de la déviance, des communautés locales etc. n'était constitué autour des parcours de vie, comme objet scientifique construit.

Cependant, au cours des années 1970, se sont développées deux mouvances de recherche partiellement convergentes, l'une française, propulsée surtout par BERTAUX (1980), l'autre allemande, étroitement liée à l'opposition solidement instituée et Publiée par DOMINICE (2001;1-20). Il s'agissait d'une approche interprétative et qualitative d'une part, orientée sur l'étude du sens, et d'autre part la technologie des enquêtes standardisées et la logique hypothéticodéductive qu'on voyait intimement liée à cette méthode (SCHÜTZE 1976, 1977). Les deux tendances étaient avant tout, basées sur une approche biographique, c'est-à-dire sur la sollicitation de récits de vie. BERTAUX (et nombre d'autres chercheurs) n'a jamais renoncé à la composante factuelle dans ces récits qui permettait de les interpréter sur un plan structurel (BERTAUX 1993, 1996), notamment pour faire ressortir par le concret le changement social.

Le courant biographique allemand, en se démarquant de l'analyse statistique des parcours de vie, cherchait délibérément à s'émanciper d'un ensemble de principes scientifiques qu'il considérait inadéquat à l'étude des narrations biographiques, comme en témoigne le recueil de MATTHES et al. (1981). Ce n'est que plus récemment qu'une certaine convergence entre une orientation structurale et une orientation biographique au sens étroit du terme et par conséquent entre l'emploi de méthodes qualitatives et quantitatives s'observe en Allemagne où par ailleurs, l'importation vers l'Europe et l'emploi systématique de la méthode statistique la plus en vue dans le domaine des analyses de trajectoires, la *event history analysis*, a connu un développement remarquable (BLOSSFELD, HAMERLE et MAYER 1986, MAYER et TUMA 1990, BLOSSFELD et ROHWER 1995). Toujours est-il que c'est probablement dans ce pays que les recherches sur les parcours de vie et les biographies se sont développées le plus fortement depuis une quinzaine d'années environ, phénomène encore peu perçu au-delà des frontières de la germanophobie. L'approche du parcours de vie est une notion récente dans la société occidentale contemporaine.

Ainsi, par parcours de vie, il faut entendre l'étude multidisciplinaire (GAUDET, 2013; SAPIN et coll., 2007; BESSIN, 2009) et interdisciplinaire du déroulement des vies individuelles. Les unités de base des analyses sont les individus et le temps (biologique, biographique, subjectif, social...) (de CONINCK et GODARD, 1990). D'un côté, les individus, puisqu'ils empruntent certaines trajectoires, selon les contraintes et possibilités qui s'offrent à eux, et développent une réflexivité sur leur expérience. D'un autre côté, le temps, car le déroulement de la vie des individus s'inscrit dans des contextes qui évoluent et par le fait même influence leur développement biologique et psychologique. Le parcours de vie permet donc d'analyser le déroulement des vies des individus à partir de leur donné biologique et leur capacité de réflexivité, cernés dans une dimension temporelle et un contexte donné.

Le paradigme du parcours de vie est fondé sur cinq principes selon ELDER, JOHNSON et CROSNOE (2004). Le premier principe affirme que les trajectoires de développement de l'individu s'échelonnent pendant toute la vie (*life-span development*) et est influencé par les changements sociaux, biologiques et psychologiques (ELDER et SHANAHAN, 2006). Le deuxième principe est l'agentivité, c'est-à-dire que l'individu est responsable de son parcours de vie en prenant lui-même ses décisions (ELDER, JOHNSON et CROSNOE, 2004). Le troisième principe stipule que le temps permet par ailleurs de mesurer la durée des transitions, notamment leur ordre et leur temporalité dans le parcours de vie, en s'appuyant sur le concept

de l'âge (ELDER, JOHNSON et CROSNOE, 2004). Le quatrième principe correspond aux vies liées et interdépendantes au niveau des relations des individus et des réseaux sociaux (ELDER, JOHNSON et CROSNOE, 2004). En fait, le parcours de vie d'une personne peut être influencé par les changements dans les vies des personnes au sein de son réseau social. Dans le cadre de l'analyse des trajectoires thérapeutiques des TSS, l'on verra à quel point l'état de santé de ces dernières peut avoir de l'influence sur la vie de leur réseau relationnel. Le cinquième principe correspond au contexte historique et social qui influence le développement biologique et psychologique, les trajectoires individuelles et l'action humaine (ELDER, JOHNSON et CROSNOE, 2004). Ce principe explique les différences du développement individuel entre les cohortes et générations, en raison des divers facteurs de changement social et contextes de vie.

Les parcours biographiques comprennent une pléthore de trajectoires (professionnelles, familiales, sociales, migratoires, etc.) et de carrières interdépendantes. Mises en relation l'une avec l'autre, elles permettent d'appréhender l'ensemble du parcours de vie (GAUDET, 2013; MACMILLAN et COPHER, 2005; SAPIN et coll., 2007). Le concept de trajectoire diffère légèrement parmi les auteurs. BOURDIEU (1986) estime qu'il s'agit d'une « série [de] positions successivement occupées par un même agent, soumis[es] à des transformations ». Pour PASSERON (1989), la notion est « lié[e] à une utilisation délicate de la notion d'« habitus » qui subsume théoriquement l'ensemble des structurations agissantes de l'amont et leur lien avec l'aval dans une structure de« reproduction » ». Pour GAUDET, COOKE et JACOBS (2011), les trajectoires des femmes sont liées aux trajectoires des enfants et diffèrent de celles des hommes. CHARTON (2009) précise que les trajectoires s'ajustent en fonction des expériences, à contrario de BIDART.

Les trajectoires peuvent également être narratives ou événementielles et varient en fonction «du processus que le chercheur tente d'étudier et d'aplanir pour mieux l'expliquer» (GAUDET, 2013). De prime abord, les trajectoires peuvent être événementielles, c'est-à-dire qu'elles découlent d'événements attendus ou non, normatifs ou non (SAPIN et coll., 2007). Les trajectoires de vie, synonymes de cheminement social, englobent toutes les trajectoires de santé, éducationnelle, professionnelle, résidentielle, familiale, affective, participative, etc. (LALIVE d'ÉPINAY, 2005) et sont forgées par le contexte historique, social, politique et économique (GHERGHEL, 2013). C'est donc dans cette perspective que s'inscrit l'appréhension que la présente analyse se fait de la notion de « trajectoires de vie ». Elles seront d'ailleurs analysées chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, afin d'expliquer et de

comprendre comment, combinées à leurs trajectoires thérapeutiques, elles peuvent constituer un obstacle dans leur accès aux soins et services de santé adéquats.

Par ailleurs, la compréhension des logiques qui structurent les choix thérapeutiques des malades passe inéluctablement par l'identification des différents univers de soins disponibles. À cet effet, les enquêtes de terrain ont montré qu'il existe un éventail d'univers de soins. Et, les Travailleuses de Sexe séropositives dans leur quête de guérison, ont recours à plusieurs trajectoires thérapeutiques. Toutefois, bien que l'offre de soins ainsi que les prestations y afférentes varient d'un univers à un autre, les enquêtes de terrain menées ont permis de faire le constat selon lequel, certaines TS, dans l'optique d'accroître leur chance de guérison, font du cumul. Il s'agit des « va » et « vient » thérapeutiques. Autant dire, pendant qu'elles suivent un traitement à l'hôpital, au même moment, elles s'automédiquent avec des produits issus de la pharmacopée.

L'analyse des logiques qui structurent les comportements des malades en quête de guérison nécessite la prise en compte des dimensions historique et évolutive de leurs trajectoires/itinéraires thérapeutiques. En effet, la recherche des soins oscillant entre « essaie » et « échec », il importe d'effectuer une analyse diachronique de ces itinéraires thérapeutiques. Ainsi, dans le cadre de cette recherche, les itinéraires thérapeutiques de deux TS séropositives ont été étudiés, afin de rendre compte des déterminants qui sous-tendent leurs choix thérapeutiques. Pour ce faire, le choix de ces deux TS a été motivé par le caractère « multi-épisode » de leurs recours. Concrètement, l'utilisation du récit de vie comme outil de collecte des données relatives à leur maladie et à leurs recours antérieurs et même en cours, constitue le moyen par lequel la saisie du sens de leurs multiples démarches a été faite. Aussi, selon EPELBOIN, (1996 : 393-424), « *l'étude d'un itinéraire diagnostique et thérapeutique est un moyen privilégié d'identification d'un corps social, d'« auscultation » d'une société et de mise à plat des systèmes de représentation et de maîtrise du malheur.* ». C'est fort de cela qu'il a été étudié les itinéraires thérapeutiques des TS séropositives suivantes : Marie-Chantal et Bernadette²⁹.

²⁹ En respect du caractère confidentiel du statut sérologique et pour protéger l'identité des enquêtées, seuls leurs prénoms ont été indiqués.

2. Des premiers essais thérapeutiques à leurs échecs

Cette sous-partie sera consacrée à la description et à l'analyse des trajectoires thérapeutiques de deux TS à titre illustratif. Il s'agit de Marie-Chantal et de Bernadette.

a. Cas de Marie-Chantal

Marie-Chantal est une Travailleuse de Sexe veuve, âgée de 48 ans et mère de quatre enfants. Les échanges autour de sa maladie ont révélé qu'elle a souffert des affections émanant du VIH pendant de nombreuses années (elle parle de 4 ans environ) avant la découverte de son statut sérologique. Selon la récitante, son mari décédé des suites d'une longue maladie un an plus tôt, a dû faire dans du petit commerce pour assurer les études de ses enfants. C'est donc pendant qu'elle vaquait à cette activité, qu'elle dit avoir été frappée par de violents maux de tête, suivis de vertiges, puis de l'évanouissement. Quelques instants plus tard, elle a retrouvé ses esprits. Selon elle, ce sont ses collègues vendeuses qui lui ont dit qu'elle avait été victime d'un malaise. Ils lui ont fait boire du lait et ensuite, elles lui ont demandé de rentrer chez elle. Elle s'en est remise deux jours plus tard. Pendant ce temps, elle s'automédiquait. D'où l'affirmation suivante : « *Un jour, je suis tombée malade, moi je croyais que c'était le palu c'est pour cela que je ne suis pas d'abord partie à l'hôpital. J'ai donc commencé à prendre les paras et les métrés là à la maison* »³⁰.

Le recours à l'automédication comme première intention thérapeutique laisse présager que la patiente pensait avoir une idée sur son affection ou du moins, pensait souffrir d'une infection passagère voire bénigne. Le choix de ce recours relève de l'« habitus » de nombre de malades africains et fait montre d'une volonté de minorisation autant dire, de banalisation de l'affection dès sa survenue. En réalité, lorsqu'il est donné au patient de constater des similitudes entre les symptômes d'une ancienne affection avec la récente, il a une propension à s'auto-administrer sans permission aucune, des produits (écorces, plantes et médicaments de rue ou autres) issus de ses propres connaissances en la matière ou de celles de ses proches. C'est donc ce qu'a fait Marie-Chantal dès l'apparition des premiers symptômes de sa maladie.

Toutefois, au bout de deux mois, constatant que son affection avait resurgi et cette fois-ci avec beaucoup plus de virulence, affaiblie, la récitante a dû faire appel à sa sœur qui a décidé de la conduire à l'hôpital. C'est d'ailleurs dans le même ordre d'idées que DJOUDA (2015 :8) a affirmé que :

Lorsque la maladie est « rebelle » à ces pratiques thérapeutiques locales ou profanes, le malade ou son entourage familial pense à une réorientation du

³⁰ Entretien avec Marie-Chantal, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.

diagnostic et des choix thérapeutiques. Soit le malade et ses proches s'orientent vers un centre de santé ou un hôpital, soit ils pensent à une consultation des « nganga » pour rechercher la « cause antécédente » ou le « pourquoi ultime » de la maladie.

Dans le cas d'espèce, cette patiente a choisi, sous la houlette de sa sœur, l'hôpital. Puis elle a finalement trouvé refuge auprès des églises.

Comme j'étais commerçante, mon état ne me permettait plus de faire mon petit commerce, c'est ma sœur-là qui me faisait tout. Et quand j'ai vu que j'allais déjà mieux, j'ai arrêté le traitement pendant des mois. Ça fait que quelques temps après, j'ai rechuté et c'est ma sœur qui m'a encore amené à l'hôpital alors que comme moi je suis pentecôtiste là, je voulais partir à la prière. Mais, elle m'a dit que le mieux c'est de partir à l'hôpital parce que je suis très faible et qu'on va aussi me faire les examens. Je ne pouvais rien dire parce que c'est elle-même qui payait tout.

De cette même affirmation, il apparaît comme le soulignait déjà LANTUM (1985) que la maladie d'un individu est la maladie de la communauté toute entière, laquelle peut décider à la place du malade de la trajectoire thérapeutique à capitaliser. Il peut arriver que ce choix se fasse à l'insu du malade ou sans son approbation. Après l'épisode de l'hôpital où elle y a passé deux semaines et où elle prenait des ARVs, Marie-Chantal, encadrée par sa sœur, a retrouvé le chemin de son domicile. Voyant sa situation méliorative, elle a repris son petit commerce (en dehors du travail de sexe) et n'était plus observante³¹. Par contre, lors de son dernier ravitaillement en ARVs en dispensation communautaire, elle affirme avoir fait la rencontre d'une « vieille connaissance »³² qui semblait moins déprimée qu'elle, compte tenu de la situation. Lorsqu'elle lui a posé la question de savoir pourquoi cette bonne humeur, sa connaissance lui avait dit que c'était la résultante de sa fréquentation d'un groupe de prière. D'après elle, la prière « l'avait guérie », elle n'était plus séropositive.³³ C'est influencée par cette conversation que Marie-Chantal a décidé de recourir aux thérapies magico-religieuses.

b. Cas de Bernadette

Bernadette est une TS séropositive âgée de 50 ans, veuve et mère de six enfants. En dehors du travail de sexe, elle est cultivatrice. Pendant les séances d'échanges³⁴, la patiente a bien voulu raconter comment sa maladie a évolué et quelles ont été les différentes étapes par

³¹ Elle ne prenait plus convenablement son traitement.

³² Une autre Travailleuse de Sexe séropositive.

³³ Dans le cas des patients observants, il peut arriver lors d'un autre bilan sanguin que leur charge virale soit indétectable. Nombre de patients assimilent ce résultat clinique à une guérison totale voire à un miracle. Certains cessent de prendre leurs médicaments.

³⁴ Entretien avec Bernadette, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

lesquelles ses proches et elles ont dû transiter dans la quête de guérison. Tout commence en 2017 avec la longue maladie de sa fille aînée. Bernadette raconte que la maladie de cette dernière qui était enseignante a conduit à la modification de leur mode de vie. Sa fille³⁵ ne pouvant plus se prendre en charge, c'est elle qui a dû s'y coller. Ses autres enfants étant scolarisés, ne pouvaient rien. Dans un premier temps, lorsque sa fille a commencé à « faire de la diarrhée », elle a d'abord pensé qu'il s'agissait de typhoïde. Pour venir à bout de cette dernière, Bernadette dit s'être rendue chez une femme dans leur quartier qui avait la réputation de soigner à travers des décoctions à base de feuilles et de racines de papayer cette affection. Pendant la prise de ce remède, il y a eu un moment d'accalmie. Puis, s'en est suivie une « toux persistante » dont les crachats étaient souvent mélangés d'un liquide rougeâtre qui ressemblait au sang. Ce sont là les symptômes d'une infection pulmonaire ou d'une tuberculose. Mais Bernadette a pensé qu'associés à la diarrhée dont a été victime sa fille quelques mois plus tôt, ces symptômes lui ont fait croire à un possible empoisonnement. Lorsque la question de savoir comment elle a procédé pour en arriver à ce diagnostic lui a été posée, elle a répondu qu'une personne dans son entourage avait souffert d'empoisonnement et présentait les mêmes symptômes que sa fille. Or, la littérature sur les choix thérapeutiques, comme cela a été dit en amont, montre qu'une fois la maladie identifiée, la prochaine étape c'est la recherche de son étiologie avant de décider de la trajectoire à capitaliser. Dans le cas d'espèce, l'origine de la maladie a été imputée à la jalousie qui sévissait au sein du foyer polygamique dans lequel évoluait Bernadette et sa fille. Cette jalousie serait due au fait que sa fille travaillait et pas les enfants de sa coépouse. Sa fille serait donc victime non pas d'un simple empoisonnement, mais d'un empoisonnement d'ordre mystique. À cet égard, la trajectoire choisie était le recours au « grand » guérisseur de la contrée. Une fois là-bas, ce dernier a fait des incantations puis, a dit à Bernadette que sa fille aurait été victime d'un sort. Et pour en venir à bout, il fallait faire des sacrifices (achats d'un cop blanc) et des rites. Le guérisseur l'a rassurée en lui disant que la situation était sous contrôle et moins grave. Car selon ses dires, si la situation avait été grave, il lui aurait demandé d'apporter une chèvre et non un coq. Après avoir passé deux semaines chez le guérisseur, Bernadette a constaté une perte significative de poids chez sa fille. Le même jour, une visite des membres de sa paroisse lui a fait prendre la décision d'aller rencontrer le pasteur pour des séances de prières exorcistes, afin de conjurer le sort. La compréhension du choix de cette trajectoire thérapeutique trouve son explication dans cette affirmation de MASSE, (2002 : 5), à savoir que :

³⁵ Son nom est volontairement dissimulé pour des besoins de confidentialité.

La souffrance humaine a, de tout temps et dans tout lieu, interpellé la religion. L'homme s'adresse aux forces surnaturelles sinon pour recouvrer la santé, tout au moins, pour donner un sens à la maladie et à la mort. La religion est alors convoquée au chevet du malade, mais aussi aux côtés du thérapeute qui y cherchera inspiration et pouvoir.

Malgré les prières, l'état de santé de sa fille ne semblait pas s'améliorer. Prise de panique pendant que sa fille convulsait, Bernadette l'a emmenée à l'hôpital. Après lui avoir fait des examens, ces derniers ont révélé qu'elle était séropositive. Sa maladie étant à un stade avancé, on ne lui administrait plus que des soins palliatifs. Une semaine plus tard, elle a rendu l'âme à l'hôpital de district d'Efoulan.

L'extrait de ce récit de vie corrobore ce qu'ont affirmé (NOESKE et NKAMSSE 1998 ; ELIWO AKOTO 2002 ; MONTEILLET 2005 et DJOUDA 2015), à savoir que les malades pris dans les « va-et-vient thérapeutiques », ne reviennent vers l'hôpital que « tardivement » dans la phase chronique ou terminale.

En 2019, soit deux ans après le décès de sa fille, Bernadette a commencé à souffrir de ce qu'elle-même pensait être le paludisme. Tout comme cela s'était passé avec sa fille, elle a commencé à faire de l'automédication avec des comprimés achetés dans la rue (para, métró). Sans oublier les bains de valeur concoctés à base de plantes, d'herbes, d'écorces et même de racine d'arbres. Pour elle, elle pensait avoir reconnu les symptômes du paludisme. Face à la résistance de la maladie, elle s'est retrouvée de nouveau à croire que l'histoire avec sa fille était en train de se répéter. Mais cette fois-ci, avec elle-même pour victime. Pour venir à bout de sa maladie et accompagnée de son fils, elle a suivi les mêmes trajectoires thérapeutiques qu'avec sa fille. Toutefois, son fils, traumatisé par le décès de sa sœur-aînée, a conseillé sa mère de se rendre à l'hôpital pour éviter de commettre la même erreur. Une fois à l'hôpital, après avoir fait des examens cliniques, elle aussi a été dépistée séropositive. Pendant l'entretien, son fils qui l'accompagnait ce jour-là, a déclaré que le médecin leur avait expliqué qu'il était possible qu'elle ait contracté la maladie non pas nécessairement par rapport sexuel, mais à travers les vêtements souillés par les menstrues infectées de sa fille, pendant qu'elle prenait soins d'elle.

3. Interprétations des choix thérapeutiques du malade et ses proches

L'analyse des trajectoires thérapeutiques de Marie-Chantal et de Bernadette montre qu'elles s'inscrivent en droite ligne dans la diversité et la multiplicité des choix thérapeutiques offerts par le champ thérapeutique africain.

En effet, en Afrique, l'offre thérapeutique part des institutions hospitalières modernes (les formations sanitaires) aux spécialistes de la tradi-pratique (guérisseurs, marabouts), en passant par diverses confessions (les églises). Sans oublier la médecine de grand-mère qui a pour spécialistes, les différents membres du réseau relationnel. Ceci montre que les trajectoires thérapeutiques de ces deux Travailleuses de Sexe s'inscrivent dans le champ thérapeutique africain.

Au regard de leurs tournées thérapeutiques, les itinéraires de ces Travailleuses de Sexe se caractérisent à la fois par une « succession d'étapes et d'un cumul ». Dans un premier temps, notamment dès l'apparition de leurs affections, elles ont spontanément décidé de recourir à l'automédication (soit par des médicaments de rue, soit par les plantes et les écorces) puis aux soins des guérisseurs, ensuite aux thérapies magico-religieuses et plus tardivement aux soins modernes (médecine moderne). Dans le second temps, elles ont fait le cumul avec (la médecine moderne, traditionnelle, religieuse et même l'automédication). Ce qui montre une volonté de multiplier les recours thérapeutiques, afin de maximiser les chances de guérison d'une part. Et d'autre part, pour répondre précisément à des préoccupations liées à l'étiologie et à l'évolution de la maladie. Cependant, il faut signaler que l'analyse des itinéraires de ces TS séropositives montre que leurs choix thérapeutiques obéissent à une logique bien précise. En effet, ils sont dictés soit par l'état de santé du malade à un moment donné, soit par la perception qu'elles et leurs proches développent au sujet des causes de la maladie. Autrement dit, tant que la maladie était perçue comme une affection particulière, au regard de ses symptômes observés, elles ont décidé de s'automédiquer. Par contre, l'explication de l'origine de la maladie par une attaque de sorcellerie « c'est un sort qu'on nous a jeté » dans le cas de Bernadette, l'a poussée à penser à comment conjurer ledit sort. D'où le choix des thérapies magico-religieuses. Les malades, étaient attachées à l'idée selon laquelle, le guérisseur ou le pasteur ou même le prêtre sont doués de pouvoirs surnaturels leur permettant d'éradiquer l'origine de leur mal.

La croyance en la sorcellerie constitue ainsi un obstacle à toute autre possibilité de choix thérapeutiques, car les malades étaient convaincues d'être à l'endroit indiqué. Ainsi, contrairement aux auteurs tels que BOA (2010) qui pensent que « *La sorcellerie n'existe pas* », les enquêtes de terrain montre que la sorcellerie est « *une réalité vivante en Afrique* » (GADOU, 2011).

De plus, malgré les efforts communicationnels sur les avancées du traitement contre le VIH, celui-ci reste perçu par l'imaginaire populaire africaine comme la maladie de « la honte », de « la malédiction » et même de « la mort ». Son mode de transmission le plus médiatisé et

évoqué reste le canal sexuel. Les individus qui en souffrent sont socialement perçus comme des « bordels ». Or, les Travailleuses de Sexe, du fait de la double vulnérabilité (sociale et sanitaire) à laquelle elles font face, en sont stigmatisées du fait que leur maladie est souvent perçue comme le salaire de leur pêché (vie de débauche). Ainsi, les malades revêtant une telle identité sociale, prennent soins d'éviter volontairement les institutions hospitalières, afin d'éviter de se faire juger³⁶.

La description et l'analyse des différentes trajectoires thérapeutiques suivies par les Travailleuses de Sexe séropositives ont permis de comprendre que les logiques et comportements qui balisent les choix thérapeutiques chez les malades en général et chez les malades chroniques en particulier, sont d'une complexité avérée, tant il existe une pluralité d'acteurs formels et informels, déployant leur savoir-faire, dans l'optique de proposer des services sanitaires divers. Il faut ajouter que, cette multiplication de recours n'est pas le fruit du hasard car, les choix thérapeutiques évoluent par essais et par erreur, l'objectif étant toujours de recouvrer la guérison. En résumé, le schéma ci-dessous renseigne sur ce qu'il convient de retenir des trajectoires thérapeutiques des TS séropositives.

Figure 5: Parcours thérapeutiques des TS séropositives

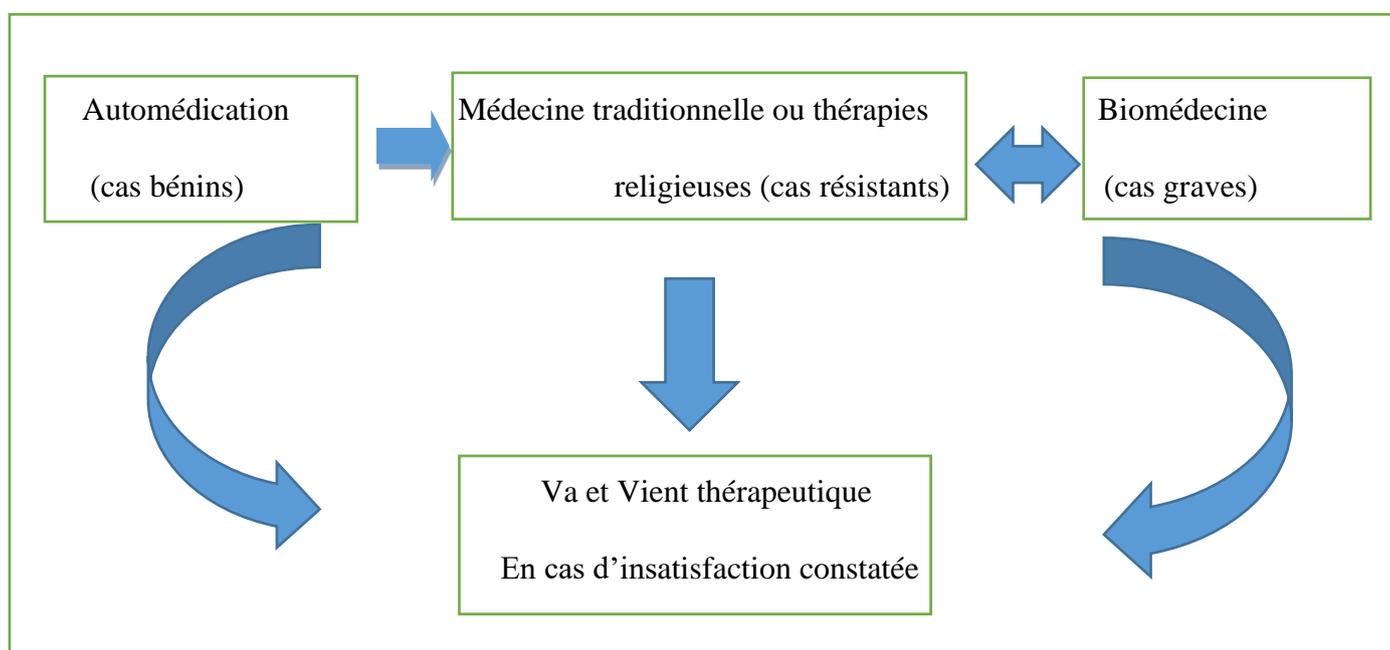


Schéma conçu et illustré par Guyleine Léonelle NTOUTOU.

L'analyse des trajectoires thérapeutiques des TSS consignées dans le schéma ci-dessus révèle une succession d'étapes, qui nécessite quelques éclaircissements. En effet, le choix du

³⁶ Une section sera consacrée à cet aspect à la troisième partie de ce travail.

premier recours n'est pas anodin car, il est effectué en fonction du degré de gravité de la maladie. En fait, le recours à l'automédication s'observe davantage dans les cas les moins graves, tels que les céphalées où le recours aux paracétamols et aux efférogans est immédiat. En revanche, lorsque ces TS font face à une affection résistante, comme c'est généralement le cas avec les maladies chroniques, elles optent pour des thérapies religieuses ou pour des thérapies traditionnelles. En réalité, tout comme le précédant, ce choix aussi n'est pas sans intérêt. En effet, le caractère chronique de certaines affections telles que le VIH/SIDA, met la patience des malades à rude épreuve, si bien que celles-ci finissent par perdre espoir, au point d'attribuer à la maladie des causes spirituelles voire surnaturelles. La tradition et surtout la religion apparaissent dès lors comme des espaces thérapeutiques de refuge.

Par ailleurs, parlant du troisième recours, le schéma ci-dessus indique que les TS le choisissent dans les cas les plus graves. Toutefois, il importe de signaler que, la succession de ces deux étapes n'obéit pas à un schéma stricte car, autant il est possible après l'automédication de recourir aux thérapies religieuses et traditionnelles avant de recourir à la médecine moderne, autant il est possible de faire le chemin inverse. Mais quoiqu'il en soit, l'évaluation du degré de gravité de la maladie reste une étape importante dans le processus de prise de décision chez les TS. Pour la dernière trajectoire qui concerne les « va et vient » thérapeutiques, il faut dire que son recours se fait simultanément avec les autres. En effet, en cas d'insatisfaction constatée, les TS multiplient leurs chances de recouvrer la guérison, en ayant recours à toutes ces trajectoires thérapeutiques et parfois au même moment.

En définitive, il convient de retenir que les différentes perceptions développées autour de la maladie et de ses causes jouent un rôle prépondérant dans les choix thérapeutiques des malades et de leurs proches. En effet, les représentations sociales de la maladie et le rôle joué par le réseau relationnel du malade, (c'est celui-ci qui l'accompagne dans sa quête des soins), apparaissent comme des déterminants pertinents dans les choix thérapeutiques³⁷. Comme l'ont indiqué nombre de sociologues et anthropologues, les représentations de la maladie sont un déterminant essentiel des comportements de santé en Afrique (FAINZANG, 1986 ; FASSIN, 1992 ; AUGÉ et HERZLICH, 1984). Les facteurs de la vulnérabilité socio-sanitaire et les choix thérapeutiques des TSS ayant été abordés, la partie suivante sera consacrée à l'organisation de la prise en charge de ces TSS au Cameroun.

³⁷ Cet aspect sera développé plus en profondeur dans la troisième partie de ce travail.

DEUXIÈME PARTIE

**PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU
CAMEROUN : DES INSTITUTIONS PUBLIQUES AUX INITIATIVES
PRIVÉES**

Depuis son apparition, le VIH/SIDA n'a eu de cesse de faire couler de l'encre tant sur le plan professionnel qu'académique. En effet, au regard des conséquences que cette pandémie a sur la vie socio-économique des populations, l'OMS a recommandé une décentralisation institutionnelle et géographique dans la prise en charge des personnes vivant avec ce virus. Il s'agit, en d'autres termes, de l'intégration de cette prise en charge dans tous les paliers de la pyramide sanitaire, afin d'optimiser les efforts consentis. Pour ce faire, les initiatives en matière de prise en charge sanitaire des PVVIH, sur le plan national, devront donc partir du sommet de la pyramide autant dire du Minsanté, à la base, c'est-à-dire, au niveau opérationnel ou périphérique.

Ceci étant, en se positionnant sur la perspective du « fait social total » de MAUSS, la santé et la maladie apparaissent comme des faits sociaux totaux et, de ce fait, nécessitent d'être analysées sous tous les aspects. Il s'agit entre autres des aspects : clinique, socio-anthropologique, psychologique, économique, politique, juridique et même environnemental. À cet égard, durant des décennies, la santé et la maladie sont restées au centre des préoccupations. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'ils suscitent autant l'attention de la communauté internationale et nationale, que celle des acteurs du secteur public et privé. En effet, l'irruption de plusieurs pandémies telles que le VIH/SIDA, a conduit tous les acteurs sociaux impliqués dans la lutte à élaborer des plans de riposte, afin d'éradiquer cette menace. Pour ce faire, plusieurs cibles ont été choisies à l'instar des populations dites « à haut risque ». Parmi ces dernières, l'on compte les Travailleuses de Sexe dont le taux de séroprévalence est des plus inquiétants, soit 36,7 selon les rapports du CNLS. Dans le but d'apporter sa contribution dans cette riposte, l'Association Horizons Femmes, en collaboration avec d'autres Associations telles que Humanity first, œuvrent depuis 2015, dans la prise en charge des TS à travers le projet « CHAMP ». Ainsi, dans la deuxième partie de ce travail, il est tout d'abord question de présenter de manière générique le rôle des structures opérationnelles du Minsanté (les FOSA) dans la prise en charge des TS séropositives de même que celui de l'Association HF à travers le projet « CHAMP ». Il s'agit en fait, de montrer la manière dont cette prise en charge est organisée au sein de chacune de ces structures, ainsi que les atouts que représente leur implication dans la prise en charge des TS séropositives, d'une part, et dans la riposte contre le VIH/SIDA, d'autre part.

CHAPITRE IV

DU MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE AUX FORMATIONS SANITAIRES ET DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN

Tout comme le système de santé, l'architecture du Ministère de la santé est organisée en paliers et s'apparente à une figure géométrique appelé « pyramide ». En effet, comme cela a été indiqué dans la partie introductive de ce travail, dans les différents paliers allant de la base au sommet, chaque service regorge d'un fonctionnement et d'un rôle qui lui sont propre. En ce qui concerne le Ministère de la santé publique au Cameroun, son rôle est de veiller à la normalisation, à la maintenance et au développement harmonieux des moyens sanitaires des secteurs public et privé et d'en évaluer les capacités. Ainsi, dans le cadre de ce chapitre, il est question de déterminer le rôle des FOSA dans la prise en charge des TS en général et dans celle des TS séropositives en particulier.

I. DES DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES TS SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN

Afin de lutter efficacement contre le VIH et le SIDA à l'échelle nationale, le Minsanté a élaboré plusieurs outils d'implémentation et d'évaluation des politiques et des stratégies mises en œuvre dans la riposte contre cette pandémie.

1. Des politiques aux stratégies

Parmi les documents élaborés par le Minsanté et qui renseignent sur les différentes politiques et stratégies mises en œuvre dans le processus de lutte contre le VIH/SIDA au Cameroun, se trouvent la Stratégie Sectorielle de Santé et le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH. Ainsi, selon la Stratégie Sectorielle de Santé (SSS 2016-2027), les choix des politiques et des stratégies de santé sont élaborées en référence aux standards nationaux et aux engagements internationaux ratifiés par la Cameroun. Ceci étant, selon la loi cadre du domaine de la santé de 1996 (cité in SSS, 2016-2027), la politique nationale de santé a pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations grâce à l'accroissement de l'accessibilité aux

soins intégrés et de qualité pour l'ensemble de la population et avec la pleine participation des communautés à la gestion et au financement des activités de santé.

Cependant, qu'en est-il des initiatives en faveur des TS ? D'après le rapport du Plan Stratégique National de lutte contre le VIH (PSN 2018-2022) élaboré par le CNLS, en ce qui concerne les populations clés parmi lesquelles les TS séropositives, d'ici 2022, 90% de ces populations doivent utiliser le paquet de services de prévention combinée. Selon le CNLS cette approche combinée de prévention retenue pour les populations clés, vise le développement d'un paquet de services complet et cohérent permettant d'atteindre les changements de comportement individuel et collectif et donc, la réduction de nouvelles infections au demeurant très élevée parmi ces populations. En d'autres termes, il s'agit de mener un ensemble d'interventions pour lever les obstacles aux changements de comportements de chacun et de tous, d'améliorer les compétences et d'offrir un paquet de services biomédicaux. L'accent étant particulièrement mis sur les populations clés les plus exposées. Il s'agit chez les TS de celles qui exercent dans la clandestinité, et de celles qui sont nouvelles dans la profession. Chez les HSH, plus d'attention sera donnée aux jeunes HSH et aux HSH pratiquant la bisexualité. Toujours selon le PSN, l'offre du paquet complet de services qui sera proposée aux populations clés s'articule et se complète. Elle inclut :

- la communication pour le changement de comportement à travers les TIC et l'action d'éducation par les pairs pour augmenter les capacités de négociation et d'utilisation du préservatif ;
- l'accès aux préservatifs et au gel lubrifiant à travers la mise en place de pôles stratégiques de distribution, articulée à une formation sur leur utilisation ;
- la prévention et la prise en charge des IST ;
- le dépistage et le conseil du VIH pour la connaissance du statut sérologique particulièrement à travers les interventions de proximité telles que le contact-tracing et family-based testing, l'auto-dépistage dans un contexte d'évaluation ;
- la mise en place sous forme évaluative des stratégies d'interventions biomédicales telles que la prophylaxie pré-exposition (PrEp) pour les plus exposés au risque;
- l'accompagnement psychosocial pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque à travers la contribution des pairs éducateurs et des accompagnateurs psychosociaux ;
- l'accès aux soins et aux services de santé sexuelle et reproductive ;
- la lutte contre la discrimination et l'orientation vers les structures de soins ;

- la protection des droits humains.

Les interventions sont mises en œuvre par les acteurs communautaires et associatifs ainsi que par des professionnels de santé formés au sein des structures équipées et approvisionnées en médicaments et en kits de dépistage. Dès lors, les services prévus pour les TS par le Minsanté par l'entremise du CNLS et des FOSA ayant été recensés, comment cela se matérialise-t-il sur le terrain ?

En réalité, si sur les plans stratégiques de lutte contre le VIH les sections consacrées aux services à offrir aux populations clés en général et aux TS séropositives en particulier renseignent sur le caractère multidimensionnel de leur prise en charge, il faut toutefois signaler que sur le terrain, il reste difficile d'en dire autant. En effet, que ce soient les plaintes formulées par le TS ou les déclarations faites par les professionnels de santé, toutes montrent le caractère instable de cette prise en charge. Les propos du Dr OMGBA en constituent la frappante illustration :

La prise en charge des Travailleuses de Sexe séropositive est organisée comme toute la prise en charge sauf que les populations clés font parties des cibles prioritaires qu'il faut rechercher. Cette prise en charge respecte les directives nationales mais avec certaines particularités. D'abord parce que ce sont des populations clés comme je l'ai déjà dit et aussi parce qu'elles bénéficient de la prophylaxie préexposition active ; ce que la population générale n'a pas. [...] La principale difficulté que nous rencontrons dans la PEC des TS séropositives est la PEC des IST qui à un moment était gratuite et maintenant on a des ruptures de kits. Les bénéficiaires venaient de plus en plus consulter pour ça. Il y a également certains bilans qui sont nécessaires par exemple la recherche des cancers qui n'est pas toujours faite comme il faut, parce qu'il faut payer, la PEC des enfants qui naissent dans cet environnement (peuvent-ils être liés dans des services sociaux.), le planning familial qui est insuffisamment utilisé par les TS malgré la promotion de cette activité³⁸.

Par ailleurs, afin que 90% des TS et des HSH aient accès au paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites, le CNLS a prévu l'actualisation des cartographies des sites de rencontres ou d'activités (« hotspots») pour les interventions (approche population et location). Ces interventions sont développées à partir des informations stratégiques de mapping ainsi que le recours et l'utilisation du web et des réseaux sociaux pour la mobilisation, la sensibilisation et la promotion des services dans le cadre des centres de santé communautaire « drop-in centres ». Pour ce qui est de ladite prévention, voici déclinés les objectifs à atteindre ainsi que les résultats escomptés. Voir l'illustration ci-après :

³⁸ Entretien avec le Dr OMGBA à l'hôpital de district de la Cité Verte le 04/04/2022.

Tableau 6: Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prévention du VIH

Effets	Produits
Effet 1.1 : D'ici 2022, 80% des enfants, adolescent(e)s et jeunes de 4 à 24 ans disposent de compétences adaptées pour se protéger du VIH	Produit 1.1.1 : d'ici 2022, 80% des enfants (filles et garçons) de 04 à 09 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance de base du VIH
	Produit 1.1.2 : d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) de 10 à 14 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour une connaissance complète du VIH
	Produit 1.1.3 : d'ici 2022, 80% des adolescents (filles et garçons) et jeunes de 15 ans à 24 ans bénéficient des programmes de prévention spécifiques de qualité pour l'adoption des comportements à moindre risque
Effet 1.2 : D'ici 2022, 90% des populations clés utilisent le paquet de services de prévention combinée	Produit 1.2.1 : d'ici 2022, 90% des TS et des HSH ont accès à un paquet complet de services de prévention combinée dans tous les sites
	Produit 1.2.2 : d'ici 2022, 90% des personnes qui utilisent les drogues sont sensibilisées et ont accès à un paquet adapté de services de réduction des risques
Effet 1.3 : D'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention	Produit 1.3.1 : d'ici 2022, 90% de la population en milieu carcéral sont sensibilisés et ont accès à un paquet adapté de services de prévention dans les prisons
	Produit 1.3.2 : d'ici 2022, les femmes et les hommes en situation de vulnérabilité (travailleurs des sites économiques, camionneurs, personnel en uniforme, personnes en situation de handicap, réfugiés ou déplacées, population autochtone Pygmées, Boboro, etc et autres) sont sensibilisés et ont accès aux services de prévention du VIH
	Produit 1.3.3 : D'ici 2022, 90% des besoins en préservatifs (féminins et masculins) et en gels lubrifiants pour la prévention du VIH sont couverts sur tout le territoire national
Effet 1.4 : D'ici 2022, 80% des personnes victimes d'accident d'exposition au sang (AES/LB) ou sexuelle bénéficient d'une prise en charge incluant la Prophylaxie Post-Exposition (PPE)	Produit 1.4.1 : D'ici 2022, tous les sites de dispensation des ARV offrent la PPE en cas d'accidents d'exposition sanguine ou à d'autres liquides biologiques (AES/LB) selon des procédures standardisées
	Produit 1.4.2 : D'ici 2022, les personnes victimes d'AES/LB sont sensibilisées et informées pour l'accès à la prévention
Effet 1.5 : D'ici 2022, la transmission Mère – Enfant du VIH est réduite à moins de 2% à 6 semaines et à moins de 5% à 18 mois	Produit 1.5.1 : d'ici 2022, 100%des femmes qui fréquentent les services de SMNI/PF sont sensibilisées sur la prévention, le dépistage du VIH et la PTME dans le cadre de la SSR
	Produit 1.5.2 : d'ici 2022, 95% des femmes enceintes sont dépistées pour le VIH dans les structures de santé publiques et privées et retirent le résultat
	Produit 1.5.3 : d'ici 2022, 95% des femmes enceintes qui sont dépistées séropositives reçoivent des ARV pour leur traitement et pour réduire le risque de transmission du VIH à leur enfant
	Produit 1.5.4 : d'ici 2022, 95% des enfants exposés sont testés à la PCR à partir de la 6 ^{ème} semaine de vie
	Produit 1.5.5 : d'ici 2022, 100% des enfants exposés sont mis sous ARV prophylactiques et cotrimoxazole

Source : PSN, 2018-2022.

Force est d'affirmer, sur le plan pragmatique, que cette approche reste difficile à implémenter. En effet, selon les propos des personnels du « Drop In Center » d'HF, le caractère « mobil »³⁹ des TS rend leur repérage complexe. En parallèle à ce dispositif communautaire, les capacités des professionnels de santé des établissements de soins dans les sites de vulnérabilité sont renforcées pour fournir des services biomédicaux adaptés. Il s'agit de la prise en charge des IST, du dépistage du VIH et de la syphilis, de la distribution des préservatifs, de la PEC, de l'orientation vers les structures de prise en charge. Le CNLS a prévu que d'ici 2022, 90% des populations en contexte de vulnérabilité utilisent le paquet de services de prévention. Or, déjà rendu en 2022, la présente recherche montre que les TS en question n'ont pas suffisamment accès aux paquets de services de la dite prévention, car ceux-ci se sont vus compressés. Une TS l'exprime en ces termes :

Avant quand je venais ici, on me suppliait même pour prendre les préservatifs. Mais maintenant quand je viens, parfois on dit qu'il n'y a pas pour le moment. Il faut seulement repasser, parfois on donne un peu. Ça ne fait même pas deux jours ça fini⁴⁰.

L'étude des modes de transmission (MoT), a montré en 2013 que la majorité des nouvelles infections surviennent chez les couples hétérosexuels « stables ». L'EDS-MICS 2011 a aussi montré qu'il y'avait 5,9% de couples séro-différents, ce qui traduit un risque continu de transmission dans les couples « stables ». Par ailleurs, l'analyse de la situation de l'épidémie du VIH au Cameroun a permis d'identifier diverses populations en contexte de vulnérabilité et divers facteurs de risque. Il s'agit de personnes en situation de mobilité géographique, travailleurs des grands pôles économiques, les réfugiés et les populations autochtones (pygmées et Mbororo). Etant donné qu'au sein de ces groupes l'on retrouve des individus qui se livrent au Travail de sexe, il importe tout aussi d'élaborer des politiques et stratégies de prise en charge qui leur sont propres. D'où la mise en œuvre par le CNLS des stratégies suivantes :

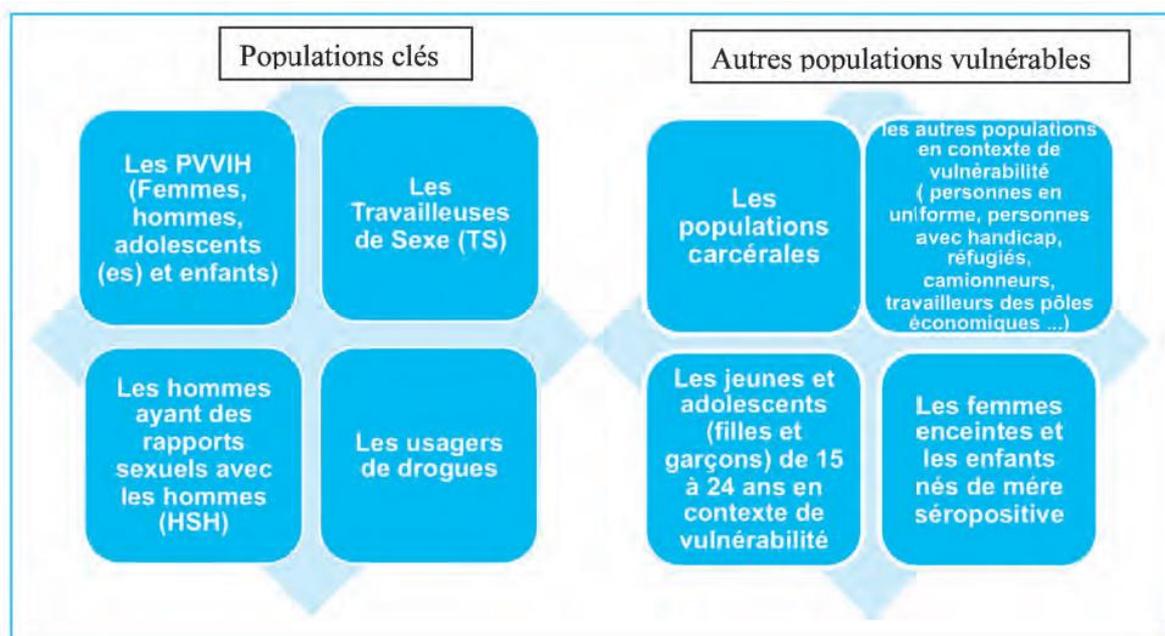
- l'information et la communication ciblées en direction des couples et des autres populations en contexte de vulnérabilité pour encourager la communication sur les questions du VIH, les techniques de négociation de sexe entre les conjoints discordants et avec les partenaires occasionnels ;

³⁹ Cet élément sera développé plus en profondeur dans la section réservée aux déterminants géographique de l'accessibilité aux soins à la troisième partie de ce travail.

⁴⁰ Entretien avec Nadine TS séropositive interrogée à HF Yaoundé le 04/04/2022.

- le passage à l'échelle du dépistage et conseil particulièrement à travers les interventions de proximité telles que le contact-tracing et family-based testing ;
- l'accès aux préservatifs à travers la mise en place de pôles stratégiques de distribution dans les services de santé, les organisations de la société civile et à proximité des lieux de rencontres et d'activités sexuelles, articulée à une formation sur leur utilisation ;
- la mise en œuvre des stratégies de communication à travers les médias, avec une adaptation des messages ainsi qu'une forte implication des religieux avec l'approche basée sur la foi. Afin d'adapter les interventions et de les focaliser sur les zones géographiques pertinentes, la cartographie des principaux sites de vulnérabilité sera réalisée en vue de les répertorier au préalable pour planifier les interventions de prévention (zones d'activités économiques, sites de stationnement des camionneurs, casernes, sites de réfugiés ...). L'offre de service sera promue dans les centres de santé en partenariat avec les associations communautaires et sur les lieux de regroupement de ces populations.

S'agissant toujours de politiques et de stratégies de lutte contre le VIH, le CNLS a prévu que d'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables soient réduites de moitié. Il s'agit en fait de développer des interventions de plaidoyer, de formation auprès des décideurs et des leaders d'opinion, afin de réduire la stigmatisation et la discrimination dans tous les milieux, y compris en milieu institutionnel et de soins. Grâce au renforcement des capacités des intervenants des prestataires de santé sur les droits des PVVIH et autres populations vulnérables, le respect des droits humains est assuré. Voir figure ci-dessous :

Figure 7: Populations prioritaires retenues par le PSN

Source : PSN, 2018-2022.

L'accompagnement des personnes est réalisé dans le cadre des actions de protection juridique des droits des PVVIH et des groupes vulnérables (assistance juridique, formation juridique...). Les PVVIH et les représentants des populations clés, sont impliqués et associés à la mobilisation de la communauté, afin que la société civile contribue à lever les barrières politiques et juridiques et renforce l'accès à la prévention et aux soins. L'information sur les droits des PVVIH, des populations clés et autres populations vulnérables sera développée afin de permettre à chacun de se protéger contre les discriminations et la stigmatisation. Un système de veille et un observatoire des dysfonctionnements seront mis en place pour faciliter le recours aux droits. Pour ce qui est de cet aspect, le Dr OMGBA (Op. Cit. p : 106) en donne plus de précisions :

On enregistre de plus en plus de cas de violence. Il y a des bénéficiaires qui arrivent ici couvertes de blessures. Je fais ce que je peux. Quand ça me dépasse, je les réfère chez des collègues ou chez d'autres experts judiciaires ou juridiques. Parfois ce sont des problèmes sociaux dans ce cas, je réfère chez les services sociaux.

2. Sites d'intervention

Pour ce qui est des sites d'intervention, six régions ont particulièrement retenu l'attention et ce, en raison de leurs taux de prévalence qui sont plus élevés que la moyenne nationale et des déterminants contextuels de vulnérabilité. Ce sont les régions de l'Adamaoua,

de l'Est, du Nord-Ouest, du Centre, du Sud-Ouest et du Littoral. En ce qui concerne ce point, la présente recherche a mis en évidence la nécessité d'étendre les champs d'action de la PEC des personnes vivant avec le VIH en général et des TS séropositives en particulier. Il s'agit en fait, outre les régions sus mentionnées par les experts du Minsanté, des régions telles que la région du sud qui nécessite également une attention particulière au regard de sa situation épidémiologique qui est des plus inquiétantes (6,3 %) ⁴¹.

Les stratégies proposées visent à renforcer la coordination, le leadership de l'Etat et son engagement durable pour la pérennisation des ressources mobilisées aux niveaux national et international. L'atteinte des résultats d'effet mentionnés ci-après entraînera l'alignement des secteurs et des partenaires à la riposte au VIH dans le cadre de la multi-sectorialité et de la décentralisation. La coordination multisectorielle de la réponse nationale est fondamentale et assurée par le Groupe Technique Central (GTC) au niveau central et par les Groupes Techniques Régionaux (GTR) dans les 10 Régions du pays, pour ce qui est du niveau décentralisé. Le GTC est l'organe exécutif du Comité National de Lutte contre le Sida. Il est chargé de coordonner la mise en œuvre de la stratégie nationale et de suivre l'atteinte des résultats des secteurs qui concourent à cette réponse. Il s'agit de capitaliser les efforts dans les domaines recensés dans les figures suivantes :

Tableau 10: Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet prise en charge du VIH

Effets	Produits
Effet 2.2 : D'ici 2022, 92% des PVVIH adultes, adolescents et enfants connaissant leur statut reçoivent un traitement antirétroviral	Produit 2.2.1 : d'ici 2022, 100% des PVVIH (adultes, enfants et adolescents) nouvellement diagnostiqués sont mises sous traitement
	Produit 2.2.2 : d'ici 2022, 92% des PVVIH adultes sont maintenues sous traitement
	Produit 2.2.3 : d'ici 2022, 92% des PVVIH (adolescents et enfants) sont maintenues sous traitement
Effet 2.3 : D'ici 2022, 92% des PVVIH (adultes, adolescents et enfants) traités par ARV ont une charge virale indétectable à 12 mois	Produit 2.3.1 : d'ici 2022, 100% des PVVIH suivies bénéficient de la charge virale selon les directives nationales
	Produit 2.3.2 : d'ici 2022, 100% des PVVIH qui ont une charge virale détectable sont prises en charge suivant les directives nationales
	Produit 2.3.3 : d'ici 2022, 100% des laboratoires accrédités respectent les normes de qualité de réalisation de la charge virale aux PVVIH
Effet 2.4 : D'ici 2022, 100% des cas de coïnfections et comorbidités sont pris en charge suivant les directives nationales	Produit 2.4.1 : d'ici 2022, 100% des patients co-infectés TB/VIH reçoivent à la fois les antituberculeux et les ARV
	Produit 2.4.2 : d'ici 2022, 80% des patients infectés bénéficient des mesures de prévention de la tuberculose
	Produit 2.4.3 : d'ici 2022, au moins 80% des patients ayant une infection opportuniste sont pris en charge selon les directives nationales
	Produit 2.4.4 : d'ici 2022, toutes les PVVIH sous TARV qui sont éligibles bénéficient d'une prophylaxie à l'INH et sont traitées pour les infections opportunistes et comorbidités (y compris les hépatites)

Tableau 11: chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet qualité de vie des personnes affectées et infectées par le VIH

Effets	Produits
<p>Effet 3.1 : D'ici 2022, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, des populations clés et vulnérables sont réduites de moitié</p>	<p>Produit 3.1.1 : d'ici 2022, 90% des personnes cibles secondaires (personnels de santé, magistrats, policiers) reçoivent un paquet de service adapté pour réduire la discrimination des PVVIH et des populations vulnérables</p>
	<p>Produit 3.1.2 : d'ici 2022, les PVVIH bénéficient des services de protection relatifs aux droits humains</p>
	<p>Produit 3.1.3 : d'ici 2022, l'environnement social et juridique protège les PVVIH et les populations vulnérables contre la discrimination</p>
<p>Effet 3.2: D'ici 2022, 60% des personnes infectées et affectées par le VIH suivies bénéficient du paquet d'accompagnement psychologique et social</p>	<p>Produit 3.2.1 : d'ici 2022, 60% des PVVIH dans le besoin bénéficient d'un accompagnement psychosocial</p>
	<p>Produit 3.2.2 : d'ici 2022, 60% des PVVIH indigents bénéficient d'un accompagnement socio-économique</p>
	<p>Produit 3.2.3 : d'ici 2022, 60% des OEV identifiés reçoivent le paquet minimum de services adaptés à leurs besoins suivant les normes en vigueur</p>

Source : PSN, 2018-2022.

Tableau 12: Chaîne de résultats d'effets et de produits pour le volet gestion des approvisionnements/ stocks, coordination, suivi-évaluation, gouvernance de la riposte au VIH

Effets	Produits
Effet 4.1 : la coordination et le leadership de la réponse nationale au VIH sont efficacement assurés au niveau central et décentralisé d'ici 2022	Produit 4.1.1 : d'ici 2022, 100% des organes de coordination de la riposte aux niveaux national et régional sont fonctionnels et la multisectorialité est renforcée
	Produit 4.1.2 : d'ici 2022, 100% des grandes villes ciblées sont mobilisées à travers les collectivités territoriales (Communautés urbaines et les Mairies) pour la lutte contre le VIH
	Produit 4.1.3 : d'ici 2022, 100% des secteurs mettent en œuvre des plans opérationnels en cohérence avec le PSN
	Produit 4.1.4 : d'ici 2022, 100% des programmes de coopération bi et multilatéraux sont alignés aux orientations du PSN
Effet 4.2 : toutes les ressources financières nécessaires sont mobilisées et utilisées de façon efficiente	Produits 4.2.1 : d'ici 2022, 100% des ressources internes et externes requises pour la mise en œuvre du PSN sont mobilisées prenant en compte la transition et la durabilité des financements
	Produit 4.2.2 : D'ici 2022, un système de gestion des risques programmatiques et financiers est mis en place et est opérationnel
Effet 4.3 : la contribution du système communautaire dans la riposte atteint 30% sur le plan stratégique et opérationnel	Produit 4.3.1 : d'ici 2022, la fonctionnalité du cadre de coordination du système communautaire progresse de 50%
	Produit 4.3.2 : d'ici 2022, le cadre de partenariat et le système de contractualisation entre les institutions gouvernementales et les ONG sont établis

La mobilisation des grandes villes du Cameroun dans la réponse nationale au VIH, à travers les collectivités territoriales décentralisées, notamment les communautés urbaines et les mairies est indispensable pour l'atteinte des résultats.

En somme, le CNLS assure également la coordination avec les partenaires techniques et financiers, qui dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale sont alignés aux orientations stratégiques et aux priorités du PSN 2018-2022. Aussi, des rencontres régulières sont-elles organisées pour évaluer et /ou reprogrammer les axes de coopération.

3. Des ressources mobilisées

La mobilisation des ressources financières nationales est assurée à travers l'implication du gouvernement aux côtés des principaux partenaires techniques financiers qui sont le PEPFAR et le Fonds mondial de lutte contre le Sida, le Paludisme et la Tuberculose dont les

contributions respectives représentent environ 46% et 40% des fonds mobilisés. Au niveau national, l'essentiel des ressources retracées est mobilisé auprès de l'Etat. Les principales stratégies qui seront développées visent le renforcement, d'une part, de la mobilisation des ressources internes et externes, la gestion et la reddition des comptes sur le financement du PSN et, d'autre part, de la coordination du GTC-CNLS au niveau de la communication et de l'agrégation des informations financières. Une veille stratégique sera développée pour orienter les financements en fonction de la dynamique de l'épidémie. Cela sera possible avec une coordination développée à tous les niveaux, central, décentralisé, sectoriel, un plaidoyer continu et un leadership fort. Un plaidoyer auprès des partenaires techniques et financiers (PTF) et secteurs pour un rapportage financier régulier au GTC-CNLS est capital afin d'avoir un paysage financier complet. Le suivi budgétaire annuel du PSN (rapport financier consolidé) doit être réalisé afin d'élaborer un plan de travail qui prend en compte les gaps financiers identifiés. Pour cela, il est indispensable d'établir un lien entre le suivi programmatique et le suivi financier pour assurer une meilleure priorisation des interventions à haut impact. Dans le cadre des mécanismes innovants de financement de la lutte, il s'agira également de redynamiser le patronat et autres partenaires du secteur privé ainsi que les collectivités territoriales décentralisées entre autres.

Enfin, au sujet de la transparence dans la gestion des ressources disponibles et le devoir de rendre compte, le CNLS se propose d'élaborer un système de gestion des risques programmatiques et financiers. La réponse nationale à l'épidémie de VIH doit être efficace et efficiente à tous les niveaux pour garantir l'atteinte des résultats de la mise en œuvre, le suivi et la qualité des interventions. L'étude EF-REDES sera réalisée régulièrement pour analyser comment l'affectation des ressources correspond aux priorités nationales identifiées dans le présent PSN 2018-2022.

Au regard de ce qui précède, il convient de retenir que même si pour implémenter et évaluer les politiques et stratégies en matière de lutte contre le VIH le financement vient des bailleurs de fonds, il importe de signaler que l'essentiel de ces financements est assuré par l'Etat camerounais.

II. DE LA SYNERGIE INTERSECTORIELLE

Tout comme pour les sources de financement qui sont multisectorielles et même pour la fourniture de services adaptés, dans le cadre de la prise en charge des TS, l'accent est mis sur le renforcement du partenariat avec les centres de santé du MINSANTE, les ONG et le secteur privé.

1. Le MINSANTE et les acteurs/partenaires internationaux

Les pouvoirs publics n'interviennent pas directement auprès des personnes en situation de travail de sexe. Ils interviennent par l'intermédiaire du financement du secteur privé non lucratif, en particulier des associations de soutien spécialisées, compétentes en matière d'insertion sociale ; implantées sur le territoire et des associations de santé et de santé communautaire, créées depuis le développement de l'épidémie d'infection à VIH/sida. La majorité des organisations contribue à fournir un ensemble de services aux personnes TS. Mais ces organisations peinent à développer systématiquement, en raison d'obstacles culturels ou financiers, une approche globale efficace aussi bien en termes de prévention, d'accès aux soins, d'accompagnement social que de médiation culturelle. En outre, les personnes TS demeurent insuffisamment associées à l'organisation et à la mise en œuvre de la prévention, de l'accueil et de l'accompagnement, en dépit des efforts consentis par les associations communautaires. Le Minsanté collabore avec plusieurs acteurs internationaux dans le cadre de la prise en charge des populations clés en général et des TS en particulier. Il s'agit d'une collaboration publique/privée et nationale/internationale. Parmi les acteurs internationaux, se trouvent l'OMS, l'ONU/SIDA à travers son objectif 90 ; 90 ; 90 ; USAID, PEPFAR, CARE International, Johns Hopkins University (JHU), Global Viral (GV), Moto Action (MA), Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW). Pour ce qui est des acteurs nationaux, il est à noter des Organisations à Base Communautaires (OBC) que sont: Society for Women and Aids in Africa (SWAA)-Littoral, Alternative Cameroon, Association d'Assistance pour le Développement (ASAD), Cameroon Medical Women's Association (CMWA), Humanity First Cameroun et Horizons Femmes.

Pour ce qui est de l'ONUSIDA, à travers son rapport, FastTrack: Ending the AIDS Epidemic by 2030 (La voie la plus rapide: Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030), définit des objectifs ambitieux pour mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030. L'approche comprend un programme visant à accélérer la prestation de services de prévention et de traitement du VIH à fort impact et à utiliser l'innovation pour accroître l'accès aux services, répondre aux besoins et se concentrer sur les lieux et les populations où le fardeau du VIH est le plus lourd.

L'approche accélérée permet d'atteindre les objectifs mondiaux 95-95-95 d'ici 2030, à savoir que 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95 % des personnes qui connaissent leur statut reçoivent un traitement et 95 % des personnes sous traitement anti-VIH aient une charge virale réduite. Cependant, les données issues de la présente recherche sur la population des TS montrent que la couverture des tests et des traitements parmi ces populations clés reste disproportionnellement faible. Dès lors, aucun groupe de personnes clés n'étant en passe d'atteindre les objectifs 95-95-95 d'ici 2030.

Toujours dans le cadre de cette collaboration, le PEPFAR a élaboré un guide qui fournit un aperçu des politiques et des pratiques au niveau des structures, des réseaux et des sites qui, combinées, peuvent optimiser le contrôle de l'épidémie pour les populations clés. Il comprend des recommandations sur la fourniture de services dans toute la cascade de traitement qui peuvent accélérer les liens avec le traitement, améliorer la prestation de services diversifiées axés sur les pairs et la communauté, en partenariat avec les établissements, et améliorer la supervision, le suivi et le réengagement des personnes perdues de vue pour parvenir à la suppression virale. Le guide comprend également un certain nombre de liens vers des documents d'orientation, des outils et des exemples pour soutenir la conception, l'adaptation, la mise en œuvre et le suivi des programmes.

2. Le MINSANTE et les acteurs/partenaires nationaux

La mise en œuvre d'une politique de partenariat avec les acteurs communautaires (associations et réseaux de PVVIH, associations des groupes de populations les plus exposées, ONG et réseaux impliqués dans la réponse nationale au VIH, etc.) pour renforcer leur contribution et leur participation active à la réponse nationale est déterminante. Cela s'observe au travers des résultats escomptés par le PSN 2018-2022, en vue de la réduction des nouvelles infections et de la mortalité liées au VIH, ainsi que l'appui social et psychologique aux personnes infectées et affectées par le VIH. La DIC Manager a souligné que : *« le fait pour le Minsanté de prendre en considération une cible qui n'est pas reconnue sur le plan juridique dans son document stratégique de lutte contre le VIH, est déjà un grand pas et est à féliciter »*. La collaboration entre le Minsanté et les associations repose sur le renforcement des capacités institutionnelles, organisationnelles et managériales des dites associations-partenaires ainsi que la redynamisation de la plateforme de concertation. Ces réaménagements visent à accompagner le passage à l'échelle et à l'amélioration de la qualité des interventions, afin de contribuer à l'atteinte des objectifs 95-95-95.

a. De l'appui du Groupe Technique Régional

Selon les données de terrain, le Minsanté, à travers son Groupe Technique Régional fournit les intrants aux Organisations à base Communautaire telle qu'Horizons Femmes. En retour, l'OBC produit et met à sa disposition des rapports d'activités mensuelles et annuelles. Il a également œuvré pour la dispensation communautaire qui consiste à déporter l'Unité de Prise En Charge dans la communauté, afin que les services et les soins dispensés aux Travailleuses de Sexe séropositives en Formations Sanitaires, puissent l'être désormais en communauté. À cet effet, la chargée de la dispensation communautaire a affirmé :

L'arrivée de la dispensation communautaire a été comme une bouffée d'air frais dans la prise en charge des TS séropositives. Certaines sont venues dire ici qu'elles ne pouvaient plus aller prendre leur traitement dans les FOSA même si on les paye à cause de la façon dont elles ont été reçues là-bas. La dispensation communautaire est venue soulager plusieurs. D'autres refusaient d'aller prendre leur traitement dans certaines FOSA parce qu'elles avaient peur d'y rencontrer un proche. Elles viennent donc ici en communauté prendre leur traitement⁴².

En réalité, cette mesure est d'autant plus pertinente qu'elle permet au TS séropositives de mieux s'épanouir dans les OBC. En fait, la stigmatisation, la discrimination et la criminalisation ont entraîné une peur accrue parmi les membres de la population clé, empêchant nombre d'entre eux de se rendre dans les services de santé. Ceux qui s'y rendent peuvent hésiter à révéler leurs antécédents sexuels par crainte d'être rejetés, ridiculisés ou de subir d'autres réactions négatives de la part des prestataires.

Aussi, le Minsanté donne des directives à capitaliser par les Organisations à Base Communautaire au travers de l'élaboration des plans stratégiques de lutte contre la grande pandémie qu'est le VIH. À titre illustratif, peuvent être cités : le Plan Stratégique National de lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2018-2022, les Standards Operating procédures (SOP) qui sont des outils d'évaluation des offres de soins sanitaires en directions des TS. Ainsi, un personnel d'HF a affirmé :

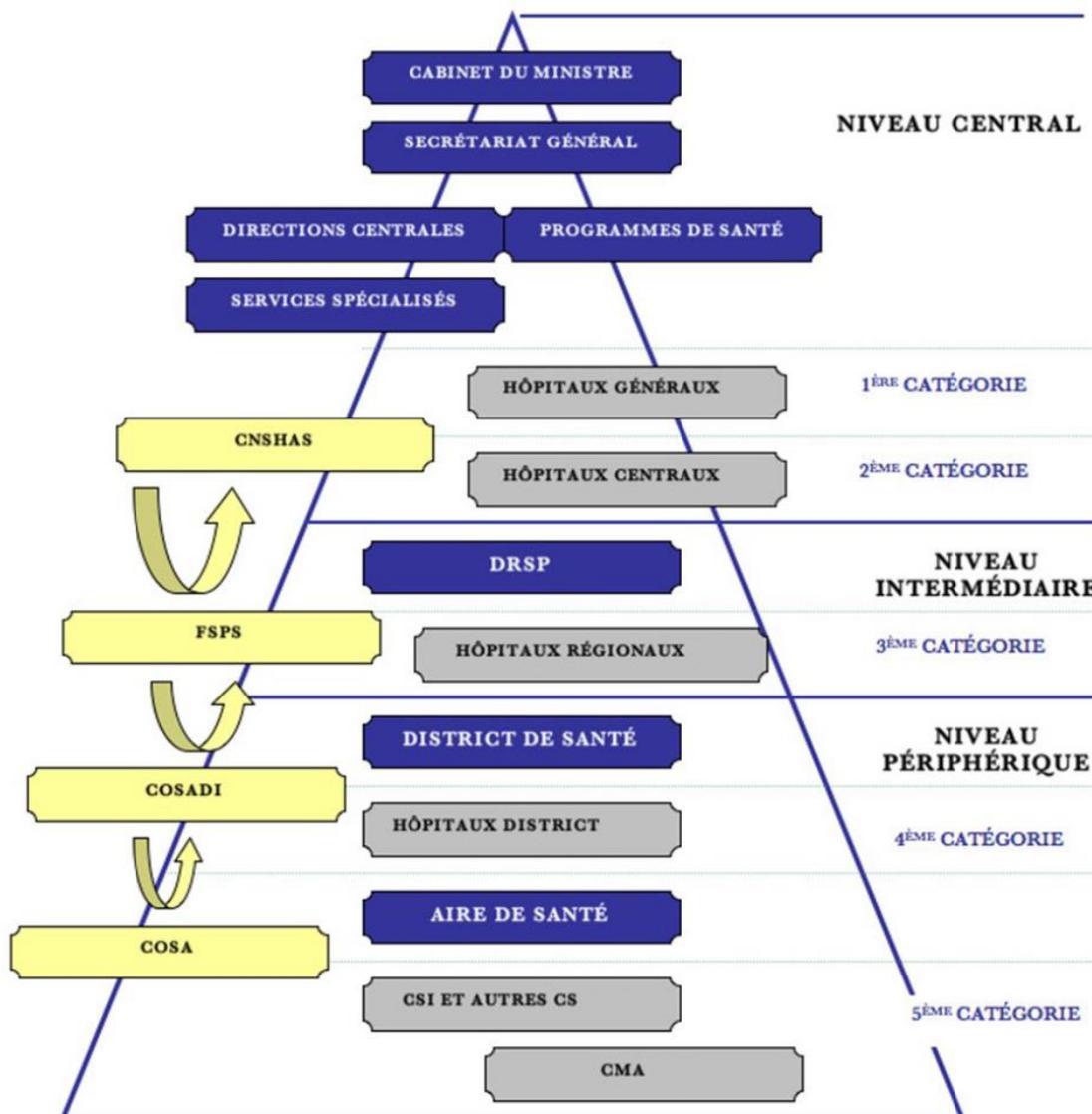
Dans le cadre de sa coopération avec les OBC comme HF par exemple, le Minsanté supervise et coordonne les différentes activités mises en œuvre dans le cadre de la prise en charge des TS au sein des OBC en question. En dehors de cela, à travers leurs experts médecins, il assure également la coordination des plateaux techniques utilisés par les OBC et appuie leurs techniciens de

⁴² Entretien avec MABOU Marceline, CPS et chargé de la dispensation communautaire à HF Yaoundé, le 01/02/2022.

laboratoire. Ici à HF, notre laboratoire est supervisé par l'hôpital de Biyem-assi⁴³.

Voir ici présenté le schéma ci-dessous :

Figure 8: La pyramide sanitaire du Cameroun



Source : analyse géospaciale, 2019.

Le système de santé est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. Comme l'indique le schéma ci-dessus, le système de santé camerounais est organisé de manière pyramidale autant dire, en trois niveaux où au sommet l'on retrouve les services centraux, avec à la tête le Ministère de la santé

⁴³ Entretien avec KUIDJEU Aymar d'Aquin, Ingénieur technico-médico-sanitaire, à Horizons Femmes Yaoundé, 01/02/2022.

publique qui est chargé de l'élaboration des politiques de santé, de la recherche des financements, de l'assurance qualité, du suivi, de l'inspection et du contrôle. Le niveau intermédiaire ou régional a à sa tête, les délégations régionales de la santé. Ces délégations sont chargées de l'appui technique au niveau opérationnel ; et la base ou le niveau périphérique encore appelé niveau opérationnel, a pour responsable, les services de santé de district. Ceux-ci sont chargés de la mise en œuvre des politiques de santé. Ainsi défini, le système de santé, lorsqu'il est mal organisé ou défaillant, peut conduire les populations à s'orienter vers d'autres systèmes de soins.

Par ailleurs, le schéma ci-après renseigne sur les rôles des différents acteurs qui interviennent dans le cadre de la prise en charge des TS.

Figure 9: les acteurs impliqués dans la PEC des TSS Minsanté/HF

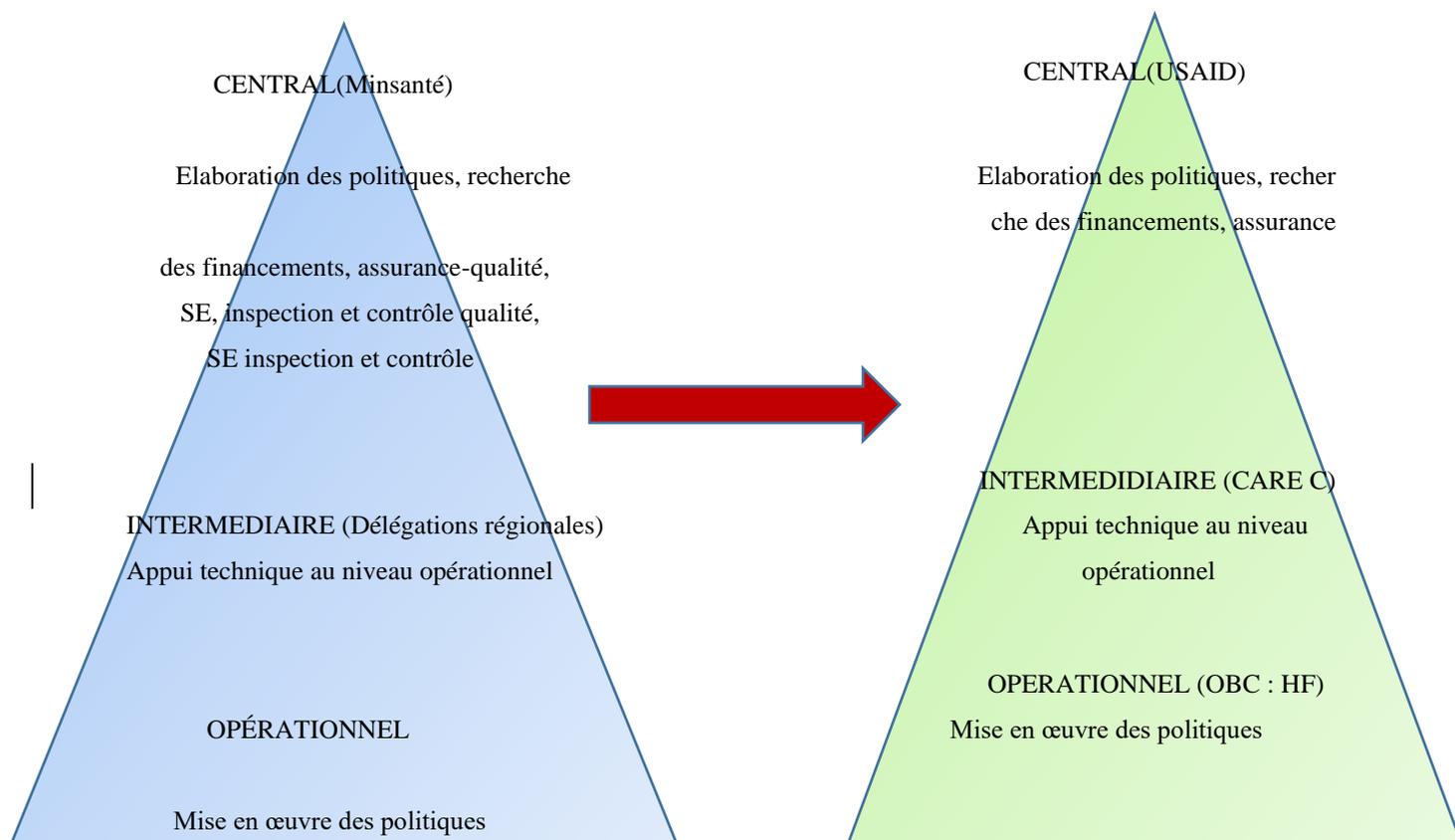


Schéma illustrant le système de santé camerounais et l'Organisation à base communautaire Horizons Femmes

Schémas Conçus et illustrés par Guyleine Léonelle NTOUTOU.

Au total, l'on constate que les schémas ci-dessus montrent qu'ils existent des similitudes entre l'organisation structurelle du système de santé camerounais et celle de l'Association à but non lucratif Horizons Femmes. Toutefois, de même qu'il est reproché à

ce système de santé d'avoir quelques failles en ce qui concerne l'inclusion des malades dans leur processus de prise en charge, de même il peut être adressé à cette Association le même reproche. En effet, dans les textes et notamment dans la *Stratégie Sectorielle de la Santé 2011-2015*, cette dimension y est mentionnée seulement, son implémentation semble poser problème.

Or, dans un contexte marqué par une multiplicité de cultures et de système de croyances, il faut bien convenir avec James COOK (1992) que, le système de santé s'apparente à un iceberg où l'essentiel des informations sur le patient est dissimulé, ignoré des professionnels de la santé ; c'est là la face immergée de l'iceberg. Pourtant, elle est plus immense que celle émergée, cette dernière ne représentant qu'une infime partie.

b. De la contribution des autres départements ministériels

Pour assurer l'efficacité de la réponse de santé dans la lutte contre le VIH, les directions techniques du Ministère de la Santé Publique, chacune, dans le cadre de ses missions régaliennes, interagissent avec la Section Appui au Secteur Santé du GTC/CNLS pour garantir l'accès équitable aux services de lutte contre le VIH. Placée sous l'autorité d'un Chef de Section, la Section Appui au Secteur Santé est chargée d'apporter au Ministère de la Santé Publique, un appui technique dans la mise en œuvre de la réponse sectorielle en santé à travers l'élaboration des normes, des directives et des documents stratégiques de prise en charge globale, de PTME et de gestion des approvisionnements. Voici résumés le rôle et les interactions des directions du MINSANTE avec d'autres Ministères par rapport à la réponse contre le Sida.

- Les Ministères des Enseignements Secondaires, de l'Education de base, de la Jeunesse et de l'Education Civique et le Ministère de l'Enseignement Supérieur etc. ; de façon spécifique, leurs Ministres de tutelle ont la responsabilité d'intégrer l'information et l'éducation en matière de VIH/sida dans les curricula de formation des élèves de tous les niveaux et des interventions en faveur des enseignants. Parallèlement le Ministère de la Jeunesse et de l'Education Civique coordonne les interventions qui ciblent les jeunes déscolarisés et non scolarisés. Lors des enquêtes menées dans le cadre de la présente recherche, il en ressort que parmi les TS séropositives interrogées, certaines sont des étudiantes ;
- Le secteur social (MINAS, MINPROFF) : ce sous-secteur est responsable de la promotion de l'équité et de l'égalité entre les sexes dans la lutte contre le VIH/SIDA,

en faveur des populations vulnérables. Le MINPROFF est en charge de la mobilisation des femmes pour la demande des services de prévention de soins en mettant l'accent sur le milieu rural. La place de ce secteur est essentielle dans le processus d'optimisation de la prise en charge des TS séropositives car, parmi celles interrogées dans le cadre de cette recherche, la majorité a affirmé être victime de stigmatisation de la part de leur famille du fait de leur statut sérologique et des violences basées sur le genre ;

- Le secteur finance et coopération : il incombe à ce secteur la responsabilité de s'assurer de la mobilisation des ressources domestiques (Etat) et des ressources internationales dans le cadre des coopérations bi et multilatérales. Il s'agit entre autres, de s'assurer de l'inscription des lignes budgétaires pour la lutte contre le VIH. Aussi faut-il rappeler que la prise en charge des TS séropositives a souvent été biaisée par l'interruption inopinée des soins et services gratuits assurés autrefois par les bailleurs de fonds suite aux problèmes de financements. Cela a pour conséquence l'inobservance thérapeutique. C'est dire, en d'autres termes, que le MINFI a la charge d'assurer un financement durable dans le processus de prise en charges des populations clés, afin de soutenir les initiatives privées en faveur de ces cibles ;
- Le Ministère de la justice est en charge de la défense des droits humains. Dans ce secteur, comme principaux intervenants, se trouvent le Ministère de la Justice, le Ministère de la Défense et la DGSN. Ce secteur est chargé de mettre en application la politique nationale du respect des droits humains et de protection juridique aux PVVIH et autres populations en contexte de vulnérabilité (détenus, réfugiés). Il est également en charge de la mise en œuvre des interventions de prévention en faveur des différentes forces de sécurité et des personnes en uniforme et leurs familles. Le rôle de ce secteur n'est pas des moindres car, au regard du caractère déviant de l'activité menée par les TS et de leur statut sérologique (pour celles qui sont séropositives), la stigmatisation est double. Ce qui conduit d'ailleurs à leur déshumanisation et *ipso facto* au non-respect de leurs droits fondamentaux. Aussi, sont-elles victimes de toutes sortes de violences ;
- Les Ministère de la communication et des télécommunications sont en charge de la diffusion de l'information à travers les différents canaux de communication. En outre, ils harmonisent et mutualisent les différents messages pour renforcer la prise de conscience. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, nombre de couches sociales ignorent encore la différence entre le VIH et le SIDA. C'est dire, en fait, à quel point la

sensibilisation sur les comportements à haut risque, autant dire, sur la connaissance de tout ce qui se rapporte au VIH, est importante ;

- Les Ministères de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle sont en charge de la mobilisation du monde du travail (public et privé) autour de la problématique du VIH et du sida, ceci pour garantir la réduction de l'impact du VIH sur la force de travail. Les principaux intervenants de ce secteur public sont le MINTSS, le MINEFOP et le MINFOPRA. Le MINTSS est en charge du plaidoyer et de la création d'une synergie et d'une appropriation de la lutte par les entreprises et travaille au renforcement de la protection des travailleurs, notamment ceux vivant avec le VIH, afin de prévenir les risques de discrimination et de stigmatisation. Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale assure la mobilisation des acteurs du monde du travail pour accroître l'offre de service de dépistage en faveur des travailleurs et de leurs familles. Il promeut la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la protection des droits liés au VIH en milieu de travail. Il renforce l'intégration de la lutte contre le VIH dans les missions d'inspection des Comités d'Hygiène et de Santé.

c. Le rôle des Formations Sanitaires

La prophylaxie et la prise en charge des IST sont assurées par les FOSA et les structures communautaires (ONG et association) qui reçoivent les personnes qui consultent pour une IST. En effet, une infirmière a signalé :

Les algorithmes de prise en charge préconisent un examen systématique, le traitement syndromique des IST, la promotion du préservatif comme moyen de prévention, le conseil et le test de dépistage du VIH. L'approche syndromique de prise en charge des IST est renforcée pour la population générale dans toutes les structures de santé publique et parapublique. Le dépistage sérologique de la syphilis est intégré dans le bilan de la CPN chez les femmes enceintes. Des services de prise en charge des IST/VIH chez les HSH et les TS sont intégrés dans les services de santé au niveau des régions. Toutes ces stratégies seront accompagnées par un approvisionnement régulier en médicaments, réactifs et produits médicaux spécifiques aux populations clés⁴⁴.

La capitalisation de la prise en charge de ces IST passe par la mise en œuvre des stratégies ci-après :

- l'actualisation des protocoles de prise en charge IST selon les recommandations de l'OMS incluant la formation des prestataires de soins au niveau public, privé et communautaire. Une infirmière a ainsi déclaré : « pour ce qui est de la prise en charge

⁴⁴ Entretien avec ANONYMAT 1, infirmière à l'hôpital de Biyem-assi, 31/03/2022.

des KP et donc des TS, on fait de notre mieux pour s'adapter à leurs changements d'humeurs. Mais malgré nos efforts, certaines préfèrent aller prendre leur traitement en dispensation communautaire⁴⁵ » ;

- l'intégration du dépistage par test rapide et la prise en charge de la syphilis dans le paquet de services pour les TS, HSH et autres groupes vulnérables ; à ce niveau, l'infirmière précédente poursuit en disant : « *bien que ce paquet soit important, il arrive qu'on soit à court de kit de dépistage des IST* » ;
- le renforcement de l'implication des organisations communautaires dans la référence et la contre référence des cas d'IST.

Toujours dans le même ordre d'idée, le Cameroun a opté pour la stratégie TasP chez les couples séro- différents, ainsi que pour la stratégie « Test and treat » au niveau national. Il s'agit de proposer le traitement ARV immédiatement après l'établissement du diagnostic positif et sans tenir compte du niveau de CD4. C'est la principale orientation du dispositif « Traitement pour Tous ». Il s'agit d'orienter et/ou d'accompagner (linkage) le plus tôt possible les personnes nouvellement dépistées VIH+ ainsi que les patients identifiés en pré-TARV à intégrer les services de soins et traitement du VIH. Toutes les opportunités sont utilisées pour la mise précoce des patients sous traitement ARV, aussi bien pour ceux dépistés en communauté que pour ceux qui le sont dans les formations sanitaires (FOSA) selon les directives du Minsanté ainsi qu'il suit :

- La mise sous traitement ARV se fait selon le principe de la décentralisation et de la délégation des tâches par le tutorat. Toutes les formations sanitaires offrant le dépistage du VIH offrent également les services de traitement ARV. Le suivi des patients sous TARV est fait selon l'approche des soins différenciés, étant entendu que le personnel ait été formé à la prise en charge par les ARV. Cette prise en charge est mise en œuvre par une équipe multidisciplinaire constituée de personnels soignant formés à la PEC du VIH (médecins, paramédicaux, techniciens labos, pharmaciens, commis de pharmacie) , les personnels dans les organisations à base communautaire, les agents de santé communautaire, les APS et les patients VIH experts. Ainsi, le lien (linkage) entre les services de dépistage et de prise en charge est assuré pour éviter les perdus de vue parmi les PVVIH nouvellement dépistés (amélioration de la cascade) par le renforcement de l'orientation avec un système d'accompagnement. Cette prise en charge prend

⁴⁵ Entretien avec ANONYMAT 2, infirmière à l'hôpital de Biyem-assi, 31/03/2022.

également en compte la recherche active des patients dépistés VIH positifs et non encore enrôlés au TARV. Afin d'accroître les capacités des formations sanitaires dans l'accomplissement de leurs tâches au regard de l'augmentation de la demande de soins, la délégation des tâches est mise en œuvre sur tout le territoire. Les stratégies pour atteindre les objectifs sont les suivantes :

- l'actualisation des directives nationales de prise en charge VIH aux recommandations internationales (Directives OMS 2015, fast-track ONUSIDA) et aux orientations nationales ;
- la mise en œuvre de la stratégie « Traitement Pour Tous » selon le guide national ;
- le renforcement de la disponibilité des ARV sur l'ensemble des sites de prise en charge VIH (communautaire ou hospitalier) ;
- le renforcement de l'offre de prise en charge globale de qualité aux PVVIH dans toutes les formations sanitaires et en milieu communautaire ;
- l'optimisation du tutorat des structures de prise en charge vers les structures à base communautaire qui offrent le dépistage ;
- l'intégration de la prise en charge par les ARV dans toutes les structures de santé incluant l'accompagnement psychosocial pour une plus grande estime de soi et une réduction de risque de perdus de vue à travers la contribution des accompagnateurs psycho-sociaux et des prestataires de santé ;
- la mise en œuvre effective de la délégation des tâches ;
- l'extension des services conviviaux pour les adolescents à l'ensemble des sites de prise en charge ;
- le renforcement de l'implication des communautés pour l'aide à l'observance, la dispensation communautaire des ARV et la recherche des perdus de vue ;
- l'intégration de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) dans la prise en charge ;
- l'intégration de la prise en charge des enfants et adolescents dans tous les services de santé maternelle, infantile et adulte ;
- le renforcement du suivi et évaluation des activités de prise en charge du VIH ;
- l'intégration de l'offre de services de diagnostic du VIH chez les enfants et de prise en charge pédiatrique du VIH à toutes les portes d'entrée des établissements de santé où des enfants sont accueillis;

- la promotion de l'utilisation continue des services de prise en charge adulte et pédiatrique par les femmes séropositives et leurs enfants, les jeunes, adolescents et adultes sous traitement à travers des solutions innovantes utilisant les TIC ;
- la mise en œuvre des interventions intégrant entre autres les TIC, l'accompagnement psychosocial pour l'amélioration de la rétention en soins dans toutes les FOSA ;
- le renforcement du système de référence entre les FOSA et les communautés vers les FOSA avec la recherche active des patients dépistés VIH+ et non encore enrôlés. Les lier au TARV, des irréguliers et des perdus de vue au traitement, ainsi que la mise en place d'un circuit d'accompagnement des PVVIH dépistées en milieu hospitalier, y compris dans les banques de sang et en milieu communautaire. Cela implique les pairs navigateurs, les accompagnateurs psycho-sociaux et ASC issus des associations;
- le renforcement des concertations au niveau des districts avec les communautaires et les prestataires de santé sur la problématique du VIH pédiatrique ;
- le renforcement des interventions communautaires de sensibilisation orientées sur le couple mère enfants et adolescents, et la recherche active des cas de VIH pédiatrique dans la communauté (PSN, 2018-2022).

Toutefois, malgré les directives ci-dessus, comment comprendre le caractère inhospitalier des structures hospitalières en charge de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en général et des TS séropositives en particulier ?

En tout état de cause, la réponse à la préoccupation susmentionnée trouve, en partie, des éléments de réponse dans l'annonce d'une grève par le personnel des hôpitaux publics le 16 août 2022. En effet, selon leurs syndicats, la contractualisation de 27.000 temporaires (soit 60 % des effectifs des hôpitaux publics)⁴⁶ qui travaillent dans les FOSA sont sans salaires, ni contrats et affiliations à la CNPS. Ce qui constitue un motif de revendications tout à fait légitimes surtout au regard de l'augmentation du niveau de vie suite à la flambée des prix des denrées de première nécessité constatée au Cameroun au cours de cette année. Aussi, apparaît-il opportun de se poser la question de savoir comment garantir un accueil chaleureux à une cible qui a besoin des soins de santé spécifiques lorsque le traitant ne bénéficie pas de conditions de travail pouvant conduire à son épanouissement personnel ? De plus, faut-il signaler que ces revendications ne sont pas l'apanage de ces personnels des FOSA car, même ceux évoluant en

⁴⁶ Cet avis a été signé par Sylvain NGA ONANA et BALLA BALLA, respectivement présidents de Cap/Santé (syndicat national des personnels des établissements des entreprises du secteur de la santé du Cameroun) et du Synpems (syndicat national des personnels médico-sanitaires du Cameroun), In Ecomatin, 05/08/2022.

communauté ont clairement formulé une doléance en l’endroit des pouvoirs publics quant à leur soutien financier. En effet, à la question de savoir quels sont les points à améliorer dans le cadre de la PEC des TS, tous les personnels d’HF ont affirmé avoir besoin d’un appui financier. L’un de ces personnels l’a affirmé en ces termes :

Par rapport à ce qu’il faut améliorer dans la prise en charge des TS séropositives, il y a la multiplication des activités génératrices de revenus. Mais il faut aussi voir en direction même des personnels impliqués dans cette prise en charge. Si on peut améliorer leur traitement sur le plan salarial, logistique car, cela constituera une motivation supplémentaire. Aussi, dans le travail communautaire il faut beaucoup de patience⁴⁷.

En somme, la place du Ministère de la Santé Publique est prépondérante dans la riposte contre le VIH au Cameroun. Ses actions balayent tous les grands axes d’interventions de cette riposte. Ce Ministère assure tout d’abord, le leadership du Secteur Santé (prévention-PTME, dépistage et PECG) et, ensuite, en tant que Président du CNLS, est le garant de la coordination des interventions de lutte contre le VIH au Cameroun. Ainsi, après avoir procédé à l’analyse des dispositifs institutionnels en matière de prise en charge des TSS au Cameroun, autant dire, le rôle du Ministère de la santé publique et de ses structures opérationnelles, il sera question dans le chapitre suivant, de poser un regard sur la façon dont cette prise en charge est organisée dans le secteur privé à but non lucratif.

⁴⁷ Entretien avec MOUDJOUEM Rosalie, DIC Manager à HF Yaoundé, le 01/02/2022.

CHAPITRE V

HORIZONS FEMMES, LE PROJET « CHAMP » ET LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN

Comme toute structure, l'Association HF a une histoire : celle de sa création. Ainsi, avant de présenter ses sites d'intervention, sa mission, sa vision ainsi que ses objectifs et son fonctionnement, il importe de commencer par présenter son contexte, autant dire, son certificat de naissance.

I. GENERALITES SUR L'ASSOCIATION HORIZONS FEMMES

Cette section sera consacrée à la présentation générique de l'association HF. Pour ce faire, plusieurs points seront abordés. Il s'agit de la présentation de l'association HF, ses domaines d'intervention, son organisation et son fonctionnement, son expertise et ses réalisations.

1. présentation de l'association HF

Horizons Femmes est une Association à but non lucratif créée depuis 1994 et légalisée d'après la déclaration d'association – N° 00004/RDA/J06/BAPP du 08 Janvier 2003, à la Préfecture du Mfoundi à Yaoundé, tel que le confirme son récépissé. L'Association est régie par la loi n°90/053 portant liberté d'association au Cameroun. Le siège social d'HF se trouve à Yaoundé au lieu-dit, Melen-mini ferme. L'Association a décidé d'étendre ses actions en créant des antennes dans le Littoral à Douala, dans l'Ouest notamment, à Bafoussam en Janvier 2011 et récemment dans le Sud à Ebolowa. La création de l'Association HF s'est faite à la suite d'une observation minutieuse du fonctionnement inégalitaire de la société camerounaise. Cette observation a permis d'identifier 03 tendances lourdes :

La première portait sur la forte prégnance du patriarcat duquel découle une marginalisation sociojuridique et économique de la femme. La deuxième portait sur la faiblesse des dynamiques sociales axées sur la résolution des discriminations fondées sur le genre et plus particulièrement, celles qui affectent la femme. La troisième s'analyse comme une conséquence des deux premières, en ce qu'elle établit le lien entre les discriminations sociales faites aux femmes et la perpétuation de la pauvreté et du sous-développement au Cameroun. Frappé par ces premiers constats, le groupe va davantage pousser son analyse en scrutant d'autres sous-groupes sociaux. Ce lui permettra de se rendre à l'évidence que, les injustices qui frappent les

femmes sont symptomatiques d'une socio-culture locale qui contribue à secréter un ordre politique et social non respectueux des droits et libertés fondamentaux de l'Homme. À la suite de ces constats, ce groupe de femmes dynamiques et déterminées, mené par Madame Denise NGATCHOU, a fait le vœu de prendre des initiatives d'ajustement devant aboutir à terme, à une société camerounaise égalitaire et développée à travers une modification des schèmes socio-culturels, économiques et politiques qui maintiennent la femme et les autres sous-groupes vulnérables, dans une position d'infériorité.

2. Domaines d'intervention

L'Association HF s'est focalisée sur trois principaux axes stratégiques à savoir : la santé communautaire, le droit et la gouvernance démocratique et la promotion de l'économie sociale et solidaire.

➤ La santé communautaire

Elle concerne la promotion de la santé et du bien-être de la femme par l'information, l'éducation et la communication dans les domaines les plus affectés par les maladies endémiques et épidémiques telles que, le VIH/SIDA, les IST, les IO, le Paludisme et les autres pathologies de forte prévalence chez la femme.

➤ Le droit et la gouvernance démocratique

Cet axe concerne la défense et la promotion des droits fondamentaux de l'enfant, des droits civils et politiques de la femme, des droits socio-économiques, de l'éducation à la citoyenneté, la lutte contre la corruption et la promotion de l'Etat de droit en Afrique.

➤ La promotion de l'économie sociale et solidaire

Il s'agit ici de l'éveil socio-économique de la femme et des autres groupes économiquement défavorisés par la formation à l'esprit d'entreprise, à la gestion de la petite entreprise et à la mise en place de projets générateurs de revenus dont les objectifs sont les suivants :

- promouvoir l'amélioration de la santé et du cadre de vie des personnes infectées par les pathologies les plus récurrentes ;
- soutenir l'amélioration de la situation politique, socio-économique et culturelle des femmes en général et des femmes défavorisées en particulier ;
- promouvoir l'insertion socio-professionnelle des femmes défavorisées.

3. Organisation et fonctionnement

Selon les rapports annuels d'activité, (HF, 2011), l'Association HF est constituée de trois organes de décision opérant à des niveaux hiérarchiques différents. À cet effet, on compte l'Assemblée Générale (a), le Conseil d'Administration (b) et le Bureau Exécutif (c).

- a) **L'Assemblée Générale** comprend tous les membres régulièrement inscrits. Elle est composée d'hommes et de femmes, issus de toutes les catégories socio-économiques y compris les Travailleuses de Sexe et uniquement guidés par leur volonté de combattre les inégalités sociales. Elle a une voie prépondérante quant à toutes les décisions concourant à la bonne marche de l'Association. De plus, du fait du caractère biennuel de ses réunions et compte tenu du souci de suivre de près le fonctionnement des activités de l'Association, l'Assemblée Générale a délégué le pouvoir au Conseil d'Administration ;
- b) **Le Conseil d'Administration** est élu par et au sein de l'Assemblée Générale. Le nombre de ses membres est fixé à 08. Le Conseil d'Administration est chargé du suivi de la gestion programmatique, administrative et financière de l'Association. A ce titre, il définit et oriente la politique générale de l'Association ; apprécie les rapports narratifs et financiers élaborés par le bureau exécutif ; suit et évalue les missions et tâches dévolues au bureau exécutif ;
- c) **Le bureau exécutif** assure la mise en œuvre de la politique générale et des grandes orientations de l'association telles qu'édictées par le Conseil d'Administration. Il est coiffé par la Présidente et compte outre cette dernière, la Direction des Programmes, les chefs des départements techniques, le responsable du centre de formation, les chefs d'antennes régionales ainsi que les autres personnels des projets et assimilés.

Par ailleurs, en dehors des trois organes sus cités, l'Association a également d'autres services et responsables. Il s'agit notamment du :

➤ **Personnel cadre**

- Le service du responsable des affaires administratives et financières (RAF) ; il a pour rôle de structurer l'organisation administrative et financière et de tenir les comptes de l'Association.
- Le service de la coordination des programmes ; son rôle est de coordonner tous les projets qui sont exécutés au sein de l'Association.

- Le service du suivi-évaluation ; le rôle de la suivi-évaluatrice est de suivre et d'évaluer la qualité des services offerts par l'Association y compris les activités menées dans le cadre des projets qui sont exécutés au sein de l'Association ainsi que la qualité des données qui sont collectées à cet effet.
- Les chefs d'antenne ; leur rôle est de veiller à l'exécution des différentes activités prévues par le sièges dans leurs antennes respectifs.

➤ **Personnel opérationnel**

- La secrétaire ; son rôle est d'accueillir les usagers et de les renseigner sur tout ce qui concerne l'Association.

➤ **Population cibles**

Les populations que cible HF sont prioritairement les couches vulnérables et marginalisées, à savoir :

- les filles mères ;
- les filles libres « les Travailleuses de Sexe » ;
- les femmes et hommes réfugiés ;
- les femmes et les hommes détenus ;
- les personnes vivant et affectées par les maladies stigmatisantes (VIH, SIDA, Hépatite et Tuberculose) ;
- les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV) ;
- les personnes âgées ;
- les Associations à base communautaire de femmes ;
- les mineurs en conflits avec la loi etc.

➤ **Partenaires**

L'Association HF possède plusieurs partenaires. Il s'agit notamment des partenaires nationaux et internationaux, des ambassades, des réseaux scientifiques et opérationnels et des programmes de développement internationaux.

❖ **les partenaires nationaux**

- Le Ministère de la Promotion de la Femme et de la Famille (MINPROFF) ;
- Le Ministère de la Santé Publique (MINSANTE) ;
- Le Ministère des Affaires Sociales (MINAS) ;
- Le Ministère des Enseignements Secondaires (MINESEC) ;
- Le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (MINTSS) ;

- Le Ministère de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (MINFOP) ;
- Le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) ;
- La Commission Nationale de Droits de l'Homme et des Libertés (CNDHL) ;
- La Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW) ;
- La Ligue des Droits et des Libertés (LDL) ;
- La Cameroon Radio and Television (CRTV) ;
- Nouveaux Droits de l'Homme (NDH)
- Forum Camerounais de Psychologie (FOCP) ;
- Association des Femmes Actives et Solidaires (AFASO).
- Réseau Camerounais des Organisations des Droits de l'Homme (RECODH) ;
- Canal 2 International (chaîne de télévision) ;
- Association Camerounaise pour le Marketing Social (ACMS) ;
- Association de Lutte contre les Violences faites aux Femmes (ALVF) ;
- FISS-MST SIDA ;
- GOODWILL-CAMEROON ;
- Réseau Electoral et de Gouvernance Démocratique du Cameroun (RELEC) ;
- Réseau National des Habitants du Cameroun (RNHC).

❖ **Partenaires internationaux**

- PEPFAR ; President Emergency for the Fight against Aids and Reliefs;
- USAID; United State of American International Development;
- Le Fond de Développement des Nations Unies pour la Femme (UNWOMEN) ;
- Care International au Cameroun ;
- Fondation de France ;
- Union Européenne (U.E) ;
- PASC (Programme d'Appui à la Société Civile) ;
- Haut-Commissariat de la Grande-Bretagne au Cameroun ;
- African's Women Development Fund (AWDF) ;
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) ;
- Centre sous régional des Nations Unies pour les Droits de l'Homme et la Démocratie (CNUDHD) ;
- Open Society Institute (OSI).

Dans la section suivante, il sera question de présenter les différentes réalisations accomplies par HF depuis toutes ses années d'activité. Ces réalisations seront présentées en fonction des axes stratégiques d'intervention sus évoqués.

4. Expertise et réalisation

L'association HF possède une véritable expérience en matière d'encadrement des personnes vulnérables. Cela s'observe à travers son expertise et ses multiples réalisations.

a. Expertise

Durant ces dernières années, l'Association HF a mené plusieurs activités qui lui ont permis d'acquérir de l'expérience. Il s'agit des différentes études menées, des activités en lien avec les événements à caractère mondial et la participation à des ateliers internationaux et nationaux.

➤ **Les différentes études menées**

- L'étude menée sur la GHM (Gestion de l'Hygiène Menstruelle), appartient à ONU FEMME AFRIQUE (Cameroun, Sénégal et le Niger) ; c'est une étude qui a été menée pour voir l'impact de cette activité en milieu scolaire ;
- L'étude de base sur le secteur informel féminin et l'état de collaboration entre les femmes et les administrations publiques, initiés par le PASC. L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux et une évaluation des rapports entre les actrices du secteur informel (HF, 2010) ;
- L'étude sur les travailleuses domestiques au Cameroun : cette étude s'inscrivait dans le cadre du projet « promouvoir la protection des travailleuses domestiques au Cameroun (HF, 2010) » Elle avait été menée avec le partenariat de l'Organisation Internationale pour les Migrations. L'objectif de ce projet était d'analyser la problématique du travail domestique dans le but de formuler des recommandations en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour une meilleure protection des travailleuses domestiques.

➤ **La participation aux événements à caractère mondial**

- La Journée Internationale de la Femme : étant donné que l'Association œuvre pour l'amélioration des conditions de vie des femmes et des filles, elle a été interpellée et à cet effet, les activités suivantes ont été réalisées pour l'occasion. Il s'agissait notamment de la journée gastronomique et de la participation au défilé ;
- La mobilisation d'HF contre les Hépatites : une causerie éducative a été organisée sur la connaissance générale de l'Hépatite au Life Center, avec le concours de la Fédération

Nationale des Réseaux d'Associations Féminines Chrétiennes (FENARAFEC). Au sorti de cette causerie, les participants ont davantage été édifiés sur les types d'Hépatites, leur mode de transmission et l'évolution de la maladie. Ainsi, à la suite de cet échange, un dépistage de l'Hépatite B et C a été organisé au Life Center.

- La lutte contre le cancer du sein : pour participer à la promotion de la santé du sein et suivre le mouvement des communautés internationales dans la sensibilisation sur la gravité du Cancer du sein chez les femmes du monde, HF a mené dans la salle de conférence, une causerie éducative à laquelle plusieurs femmes et hommes y ont pris part. Il était en fait question d'agir sur un sujet qui a longtemps été tabou et dont les conséquences se font encore ressentir aujourd'hui. Ainsi, le constat qui en découlait est que les femmes étaient encore sous informées sur ce sujet et notamment en Afrique.
 - La journée mondiale du SIDA : à l'occasion de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le VIH/SIDA, HF a mené une série d'activités avec une approche centrée sur les bénéficiaires, à savoir : la capacitation desdites bénéficiaires sur la confection des produits pâtisseries, séances de make-up (manucure, pédicure, pose de cils et coiffure) et la causerie éducative sur le thème « prévention et protection du VIH » ;
 - La célébration des 16 jours d'activisme de lutte contre les violences faites aux femmes ; à l'occasion de cette célébration, l'Association HF a réalisé deux activités à savoir : une causerie éducative sur les instruments juridiques de protection des Droits de l'Homme dans le monde. Elle s'est tenue le 10 Décembre 2015, date marquant la célébration de la journée internationale des Droits de l'Homme. L'autre activité était basée sur l'animation d'un Laboratoire de gestion de l'hygiène menstruelle dans le quartier femme de la prison centrale de Yaoundé ;
 - Une foire économique et promotionnelle des femmes africaines de la Diaspora, en partenariat avec HF et d'autres Associations, l'Association PRODAHFE a réalisé du 1^{er} au 3 Décembre 2015 à la Chambre d'Agriculture, la deuxième édition de la foire économique et promotionnelle des femmes africaines de la Diaspora. Cette initiative est née du désir des femmes à promouvoir l'entrepreneuriat féminin ;
 - La célébration de l'arbre de Noël : en effet, devenue une tradition à HF, la célébration de l'arbre de Noël a lieu chaque année en faveur des enfants défavorisés.
- **La participation à des ateliers internationaux**
- La participation à l'atelier de formation sous le thème de Gestion de l'Hygiène Menstruelle (GHM), tenu à Niamey au Niger, du 12 au 17 Juin 2015, organisé par

WSSCC et ONU Femmes dans le cadre du programme conjoint Genre, Hygiène et Assainissement mise en œuvre au Cameroun, au Niger et au Sénégal ;

- La participation à l'atelier de prévention combinée et de prise en charge globale du VIH/SIDA/IST des Travailleuses de Sexe en Afrique subsaharienne en Côte d'Ivoire, organisé par le Réseau Africain de Formation sur le VIH, du 13 au 17 Juillet 2015.
- La participation à la deuxième réunion régionale pour les populations clés, tenue du 27 au 29 Octobre 2015, à Lomé au Togo sous le thème : « Renforcer les interventions pour les populations clés : capitalisons et passons à l'échelle ». Cette réunion a été organisée par FHI360 ;
- Participation à l'atelier régional de formation sur l'implémentation des programmes VIH chez les Travailleuses de Sexe. Il s'est tenu du 07 au 14 Novembre 2015 à Sali, au Sénégal et organisé par ONUSIDA.

➤ **Participation aux ateliers nationaux**

- La participation à la formation sur le « GENDER RESPONSIVE BUDGETING » organisé par MSORAD les 16 et 17 Février 2015 à Yaoundé ;
- Participation à l'atelier de formation des enquêteurs et des mobilisateurs, pour la cartographie programmatique des hot spots, le 2 Août 2015 à Yaoundé par la marche en partenariat avec World Group Bank ; pour ne citer que ceux-ci.

En somme, cette partie avait pour but la présentation générique de l'association Horizons Femmes. Ainsi, après avoir mis en exergues les éléments liés à sa création, ses domaines d'intervention, sa mission, ses objectifs, son organisation, son fonctionnement ainsi que son expertise et ses réalisations, il convient à présent, d'en faire de même avec le projet « CHAMP ».

II. PROJET « CHAMP » : PREVENTION, DEPISTAGE, SOINS ET TRAITEMENT, SUIVI, SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT DES TS

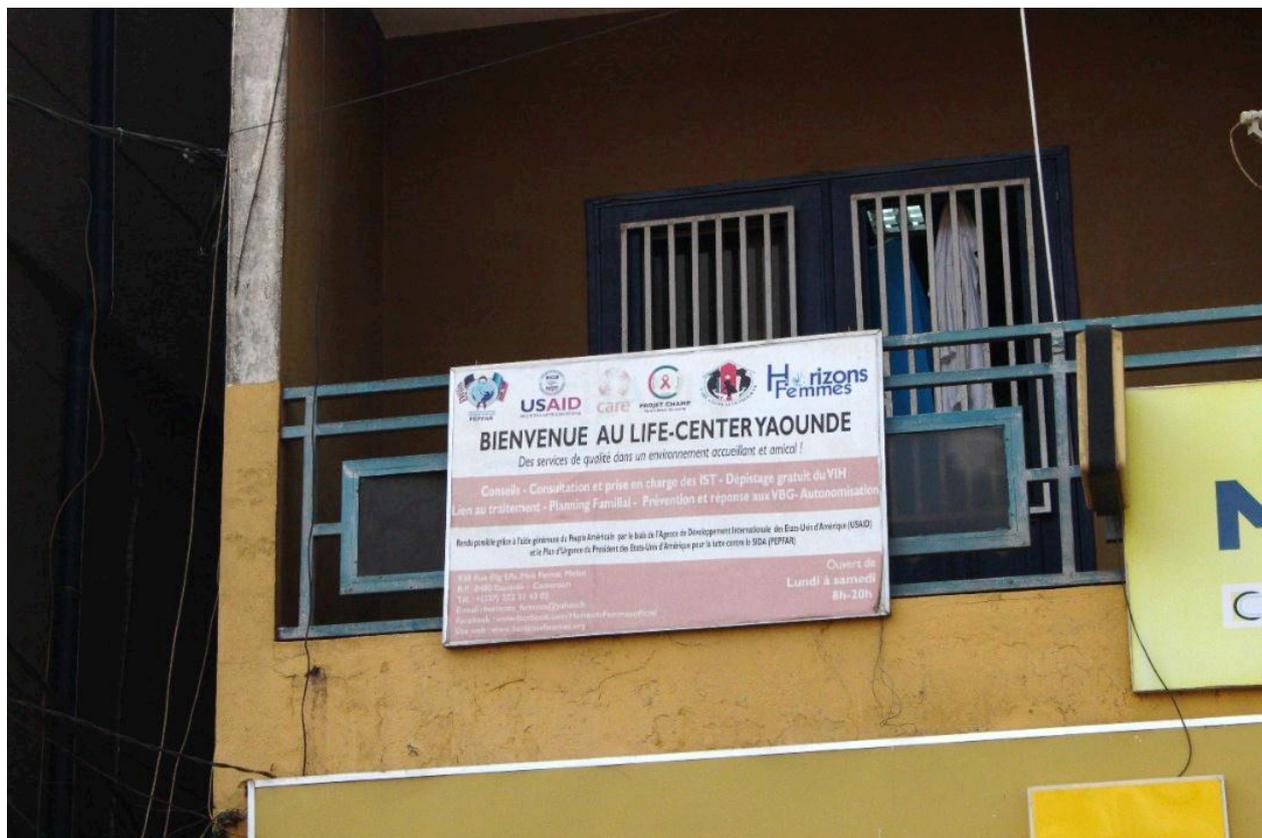
Selon la DIC Manager,

Le projet « CHAMP », Continuum of prevention, Care and Treatment of HIV/AIDS with Most at risk Populations est un projet dont le titre est en anglais et signifie : continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA en direction des populations clés. Mais ici à HF, nous travaillons plus spécifiquement avec les Travailleuses de Sexe. L'objectif de ce projet est de réduire la morbidité et la mortalité associée au VIH et aux infections sexuellement transmissibles en direction de cette cible. Ce projet est mis en œuvre depuis 2015 et est en cours de mise en œuvre et tend vers la septième année de mise en œuvre. Il est financé par

USAID, coordonné au Cameroun par Care international et mis en œuvre par plusieurs partenaires parmi lesquels, Horizons Femmes. Le projet « CHAMP » intervient dans deux villes du Cameroun à savoir : Yaoundé et Douala⁴⁸.

Voir photo suivante :

Photo 2: siège du projet « CHAMP »-Yaoundé



Source : enquête de terrain

1. Sites d'intervention

Selon les rapports d'activités de HF (2019), le projet « CHAMP » intervient dans plusieurs sites.

À Yaoundé, le projet « CHAMP » intervient dans plusieurs Formations Sanitaires.

Pour l'année 2019 et 2022, 4 districts de santé sont concernés, parmi lesquels:

- Djoungolo, Biyem-Assi, Cité verte et Efoulan;

⁴⁸ Entretien avec MOUDJOUEM Pasma Rosalie, Drop In Center (DIC) Manager Horizons Femmes dans le cadre du projet « CHAMP », le 01/02/2022.

En ce qui concerne le type de hots spots⁴⁹, le projet intervient dans les suivants:

Auberge, couloir, bar-auberge, Kalakuta, Rue, Snack Bar, Boîte de nuit. À cet effet, les activités qui y sont menées sont organisées selon les volets : **prévention, dépistage et suivi, le lien au traitement (soins), soutien et accompagnement.**

a. Volet prévention

Les activités de prévention se déroulent soit en communauté, soit au DIC.

❖ **En Communauté**, il est à noter :

- la communication pour le changement de comportements à travers l'éducation et la mobilisation avancée des pairs;
- la distribution et la démonstration du port correct du condom masculin, féminin et lubrifiant;
- le dépistage volontaire et gratuit du VIH couplé des IST en Collaboration avec CAMNAFAW ;
- l'identification des cas de VBG.

❖ **Au DIC**, il est question de:

- la causerie éducative ;
- la promotion et la distribution du matériel de prévention;
- le dépistage volontaire et gratuit du VIH;
- la consultation et la prise en charge des IST et planning familial en collaboration avec CAMNAFAW pour la PEC syndromique;
- la prise en charge de VBG.

b. Volet dépistage

En ce qui concerne le dépistage, les activités sont organisées de la manière suivante :

❖ **En Outreach (en communauté)**, il est à noter:

- le HTC (dépistage) en stratégie avancée;
- le Micro dépistage.

❖ **Au DIC (Drop In Center)**, il est à noter:

⁴⁹ Expression signifiant coins chauds, ce sont des lieux où les chances de rencontres des TS en activité sont le plus élevées.

- les références pour le dépistage par les PL (pairs leaders) et les PM (pairs mobilisateur);
- le HTC au DIC (existence d'un laboratoire au DIC).
- l'offre de service de proximité (HTC dans les host spot);
- le Screening régulier des TS à risque par les PL;
- le Suivi de la cohorte négative par les cases managers;
- disponibilité du service de dépistage au DIC;
- network mapping;
- organisation des journées de mobilisations, special event, veillée couloir au DIC.

c. Volet lien au traitement (soins)

Le lien au traitement se fait de la manière suivante :

- messages transmis lors du pré et post counseling;
- affiches sur le traitement dans le DIC et dans les hots spots;
- causeries éducatives;
- activités d'aide à l'observance, suivi rapproché des CR;
- partage d'expérience.
- utilisation du registre CNLS de référence et de contre référence;
- ETP et choix de l'UPEC;
- accompagnement actif et mise en contact avec l'agent de liaison de HIV FREE;
- ouverture de dossier;
- consultation médicale FOSA, ETP et dotation ARV à la pharmacie de la FOSA.

d. Volet suivi, soutien et accompagnement

Ce volet est caractérisé par :

- la prise en charge psychosociale : elle est organisée autour des activités telles que : le counseling individuel, le counseling en communauté, les groupes de parole, les visites à domiciles (VAD) et les références. Ces activités sont assurées par les Conseillères Psychosociales (CPS) ;
- les consultations des experts volontaires (médecins, juristes, expert nutritionniste et psychologues) ;
- les appuis médicaux (achat de médicaments, initiation au traitement par ARV et le paiement des examens biologiques).

2. L'organigramme du projet « CHAMP »

L'organigramme du projet « CHAMP » se présente de la manière suivante :

- USAID (United State of American International Devlopement): est chargé du financement du projet ;
- CARE INTERNATIONAL : est chargé de coordonner les activités du projet, au sein des Organisations à Base Communautaire (OBC) ;
- Les Organisations à Base Communautaire (OBC) : dont Horizons Femmes, sont chargées de l'implémentation du «CHAMP ». L'association Horizons Femmes s'occupe d'une partie du projet, notamment celle concernant la prise en charge des TS ; l'autre étant assurée par les autres OBC. Cette prise en charge se fait avec la collaboration du Ministère de la Santé Publique, le Comité National de Lutte contre le Sida, les formations sanitaires de la place et la CAMNAFAW ;
- La Présidente de l'Association Horizons Femmes, citée à titre honorifique car, elle n'occupe aucun poste de responsabilité dans le projet « CHAMP » ;
- Le service du responsable des affaires administratives et financières (RAF) et comptable : son rôle est de structurer l'organisation administrative et financière et tenir les comptes de l'Association et du projet ;
- Le service de suivi-évaluation ; le rôle de ce service est de suivre et d'évaluer la qualité des services offerts par l'Association, y compris les activités menées dans le cadre des projets qui sont exécutés au sein de ladite Association, ainsi que la qualité des données qui sont collectées à cet effet ;
- Les chefs d'antenne ; leur rôle est de veiller à l'exécution des différentes activités prévues par le sièges dans leurs antennes.

Les personnels cités ci-dessus, n'interviennent pas directement dans le cadre de la prise en charge des TS en général et de celles séropositives en particulier. Ce sont des responsables du projet dont le rôle est de veiller à la mise en œuvre effective et efficaces des directives données par les bailleurs de fonds et les autres collaborateurs. Dès lors, ce sont les personnels dont les responsabilités sont déclinées ci-après qui interviennent directement dans la PEC des TS. Il s'agit de :

- La DIC Manager, qui est chargée de veiller à la bonne exécution du projet, en coordonnant toutes les activités liées à la prise en charge des TS. Voici ces propos à cet effet :

Comme je l'ai dit tantôt, moi je suis Drop In Center Manager. En un mot, je suis le chef de projet, je suis dans la supervision et la coordination. Je veille à ce que la prise en charge se fasse selon les normes. Il ne faut pas qu'on brûle les étapes dans cette prise en charge car, si on les brûle, ça peut faucher l'adhérence et la rétention de la bénéficiaire au traitement⁵⁰.

- La réceptionniste :

Je m'appelle MANDANA Madeleine, réceptionniste, je suis à une année d'expérience dans la PEC des TS ici à HF. Quand les TS arrivent à mon niveau, si elles n'ont pas été référées, je me rassure qu'elles font partie de la cible, je leur fait le screening (en leur posant certaines questions). Si elles sont de la cible, je leur propose le dépistage. Après le dépistage, si elle est négative, je lui donne son matériel de prévention. Je lui donne des conseils pour l'amener à changer de comportement. Par exemple, si elle n'utilisait pas de préservatif, qu'elle commence à l'utiliser. Maintenant, pour celles qui sont positives, je les réfère chez les CPS pour leur prise en charge⁵¹ ;

- Les Chargés de la Mobilisation Communautaire (CMC) : leur rôle est de prendre en main la conception, la mise en œuvre, la dynamisation et le suivi-évaluation de la stratégie de mobilisation communautaire du programme, d'organiser les activités de mobilisation communautaire, de renforcer les capacités des pairs leaders et de superviser les activités de terrain des pairs leaders. Pour plus de précisions, voici les propos de l'une d'elles :

Je m'appelle ONDOUA Hortense, je suis Chargé de la Mobilisation Communautaire dans le cadre du projet « CHAMP ». Mais je travaille à HF depuis une dizaine d'années. Je m'occupe de la prévention, de la sensibilisation, de la mobilisation et des références pour le dépistage. Maintenant, la prise en charge est assurée par un autre service. Moi, j'organise les activités de sensibilisation et de mobilisation des PL sur le terrain⁵² ;

- La cellule de la communication et des relations publiques : son rôle est d'assurer la visibilité de l'association.
- Les Conseillères Psycho-sociales : leur rôle est d'assurer le counseling de groupe et individuel, dans le cadre des activités de suivi psycho-sociales du DIC de Yaoundé ou de Douala selon le cas. Une a affirmé :

MABOU Marceline, CPS à HF depuis pratiquement 2010. Ici, la prise en charge qu'on offre aux TS est d'abord fonction de la demande et parfois de la disponibilité des services. Avant, la prise en charge concernait les maladies opportunistes, la gestion des effets secondaires causés par la consommation des ARV. Mais, maintenant, elle se limite à

⁵⁰ MOUDJOUEM Pasma Rosalie, Op. Cit.

⁵¹ Entretien avec MANDANA Madeleine, Réceptionniste à HF Yaoundé, le 01/02/2022.

⁵² Entretien avec ONDOUA Hortense, CMC à HF Yaoundé, le 01/02/2022.

l'accompagnement psychosocial, le counseling, où il faut expliquer à la bénéficiaire comment va se passer sa PEC, ce dont elle va bénéficier et ce qui est attendu d'elle. Après cela, on l'accompagne dans son traitement en lui rappelant les échéances de ses examens, quand faire sa charge virale par exemple (après six mois). On l'entretient aussi sur le fait que malgré la nature de son statut sérologique, elle peut fonder une famille, bref qu'en prenant bien son traitement, elle peut avoir une vie normale et rencontrer un homme qui va l'aimer avec sa maladie. Pour la convaincre, il arrive souvent qu'on la mette en contact avec d'autres TS qui ont réussi à construire une vie de couple malgré leur statut sérologique⁵³ ;

- Les Assistantes Sociales : leur rôle est d'apprécier les cas d'indigence et de gérer le paquet minimum de soutien aux indigents et aux nécessiteux.
- Le service du laboratoire : son rôle est de faire le testing. En voici quelques éclaircis :

Bonjour, moi c'est Aymar d'Aquin KUIDJE, responsable technique des laboratoires HF depuis six ans. Ici, il s'agit de l'offre des soins. Quand la bénéficiaire arrive, elle présente ses besoins à la réceptionniste. C'est elle qui l'oriente vers les CPS pour la prise en charge psychosociale puis, elle est référée ici pour l'offre médicale. Une fois au laboratoire, si c'est pour la consultation ou pour les examens, on les fait. Après ça, il y a deux volets, si c'est pour le dépistage du VIH ou pour des IST, on le fait mais si c'est pour le bilan de suivi des TS déjà sous traitement comme le prélèvement de la charge virale, on prélève l'échantillon, puis elle rentre⁵⁴ ;

- L'infirmier : l'infirmière est chargée de la consultation. Elle a affirmé :

Alvine SAFEUDJIEU, infirmière à HF depuis dix ans. La prise en charge est presque globale. Quelle que soit la pathologie que la TS présente, on essaye toujours de trouver une solution. Soit on fait la PEC générale soit on réfère. Comme offre de service au poste d'infirmière, il y a d'abord la prise en charge syndromique des IST. Il y a également des kits, en fonction des symptômes que la bénéficiaire présente, on met gratuitement un kit à sa disposition. En dehors de cela, il y a également la Prep qui est une prophylaxie préexposition que nous offrons aux TS négatives parce que ce n'est pas pour les TS séropositives. Il y a un SOP pour cela permettant d'évaluer les risques d'exposition au VIH. Si c'est le cas, on fait la recherche des signes cliniques d'infection à VIH. Si elle est éligible, c'est-à-dire si les tests du VIH, de la syphilis et des hépatites sont négatifs, la bénéficiaire est mise sous Prep avec son accord et c'est gratuit⁵⁵ ;

- Le point focal CBC : il est chargé de faire l'étude longitudinale pour Métabiota.

➤ **Personnel d'appui.**

- Le poste d'agent de liaison : son rôle est de veiller à la transmission des courriers sortant du DIC.

⁵³ Entretien avec MABOU Marceline Op. Cit.

⁵⁴ Entretien avec Aymar d'Aquin KUIDJE Op. Cit.

⁵⁵ Entretien avec Alvine SAFEUDJIEU, infirmière à HF Yaoundé, le 01/02/2022.

- Le poste de technicien de surface ; son rôle est de participer aux travaux d'aménagement et d'entretien du DIC.
- Le poste d'agent de sécurité ; son rôle est d'assurer la sécurité du personnel, des clients et des biens au sein du DIC.

En dehors du personnel permanent de la structure sus cité, il a été noté également la présence de volontaires tels que : les Experts juriste, les experts nutritionnistes et les médecins.

- L'Expert juriste : son rôle est de prodiguer des conseils aux cibles sur la conduite à tenir en cas de violation de leurs droits à l'instar des VBG ou Violences Basées sur le Genre.
- L'Expert nutritionniste ; son rôle est de renseigner les cibles sur l'importance d'une bonne nutrition et sur les apports nutritifs des différents aliments, afin de savoir lesquels capitaliser pour l'amélioration de leur santé.
- Le Médecin : son rôle est de faire des consultations aux cibles dans le cadre des IST dans des cas complexes. Voici ces propos à ce sujet: « *Dr OMGBA, médecin, ça fait douze ans que je suis dans la PEC des TS. En dehors des consultations des cas qui me sont référés par HF, je m'occupe également de la supervision des activité concernant les KP, en collaboration avec HF bien sûr⁵⁶* ».

Par ailleurs, en plus de ces volontaires, l'Association recrute ponctuellement pour des besoins de sensibilisation et de communication sur le changement de comportements, des pairs leaders (PL) dont les activités sont supervisées par les Chargés de Mobilisation Communautaire. Elle recrute aussi des Conseillers Relais (CR) dans le but d'assurer le lien entre le DIC et les hôpitaux, d'accompagner les patients, de se rassurer qu'ils sont observants ou qu'ils respectent leurs rendez-vous et les doses de médicament à prendre. Les CR effectuent également des visites à domicile, afin de déterminer si le cadre de vie des TS est acceptable et d'en rendre compte à leur hiérarchie. À tous ces personnels, s'ajoutent les stagiaires dont nous faisons partie en Master. Ainsi, tous les personnels travaillent dans un seul but à savoir, atteindre les objectifs de l'Association à travers chaque projet. Aussi, faut-il ajouter que l'année est subdivisée en quatre trimestres qui structurent l'organisation du travail au sein de la structure ; on parlera à cet effet, de l'année 1, 2 etc., pour désigner le déroulement des activités en trimestre 1, 2 etc.

⁵⁶ Entretien avec le Dr. OMGBA Op. Cit.

Voir photo suivante :

Photo 3: Équipe « CHAMP » 2022



Source : enquête de terrain.

3. La prise en charge dans le projet « CHAMP »

Cette section part d'une simple interrogation toutefois, nécessaire à la compréhension de l'objet de cette recherche. Ainsi, comment la prise en charge des TS est-elle organisée dans le « CHAMP » ?

a. De l'organisation de la PEC des TS

Dans le cadre du projet « CHAMP », la prise en charge des TS est organisée en plusieurs étapes et à plusieurs niveaux. En effet, en s'appuyant sur les propos des informateurs sus cités (personnel de PEC du projet), voici, ainsi résumées les différentes étapes de cette prise en charge :

- Au niveau de la réception : après avoir été référée par un pair leader ou par un pair mobilisateur, c'est ici que débute réellement cette prise en charge. Une fois que la TS y est, voici les étapes à suivre :

- 1- enregistrement et inscription de la bénéficiaire (TS). Cette étape consiste en la création d'un code unique d'identification appelé « CUI », permettant de garder la confidentialité sur l'identité de la bénéficiaire et sur son statut sérologique lors de l'annonce des résultats.
- 2- Après avoir procédé à la création du code unique d'identification de la bénéficiaire, elle est sensibilisée sur le port correct des préservatifs féminin et masculin. Une fois cela fait, elle est référée au pré-test autant dire, au pré-counseling chez une conseillère psychosociale.
 - Au niveau des conseillères psychosociales : voici les étapes à suivre :
- 3- dès son arrivée chez la conseillère psychosociale, celle-ci procède à l'identification des besoins de la TS. Il s'agit de savoir si elle est là pour les examens complémentaires ou pour le dépistage, auquel cas, on lui fait un pré-counseling. Mais si c'est pour un tout autre service au DIC, on l'oriente et, elle est donc prise en charge selon ses besoins.
- 4- Passée cette étape, la TS est référée chez un partenaire (FOSA) ou au laboratoire en fonction de ce dont elle a besoin.
 - Au niveau du laboratoire : il faut dire que même à ce niveau, la prise en charge est faite en fonction des besoins de la TS.
- 5- C'est ici qu'est posé le diagnostic que ce soit sur le VIH que sur les maladies opportunistes. Les cas les plus complexes sont référés chez les médecins, qui consultent deux fois par semaines au DIC et dans les FOSA (hôpital de district de la Cité-verte, l'hôpital de district de Biyem-assi, la Fondation Chantal BIYA et le centre Jamot).
- 6- Après avoir posé le diagnostic, on passe à la prise en charge syndromique des IST telles que la syphilis et même de certaines vaginoses.
 - Au niveau du médecin : les étapes à suivre dépendent également des besoins de la TS.
- 7- Le médecin consulte, fait des ordonnances aux TS, les envoie faire des examens si besoin ;
- 8- Ensuite, il les réfère dans les FOSA ou chez la conseillère relais, pour le suivi et l'accompagnement.
 - Au niveau des Conseillers Relais, voici les étapes à suivre :
- 9- les Conseillers Relais font le counseling et accompagnent activement les TS dans les FOSA à travers le lien aux soins (handshake) ;
- 10- ils font les visites à domiciles (VAD), pendant lesquelles, ils font le suivi de la TS pour la rétention et l'observance au traitement. Cela s'effectue dès le septième jour (jour 7),

afin d'évaluer la gestion des effets secondaires jusqu'à la fin du premier mois (mois 1). À partir du deuxième mois (mois 2), le suivi est fait au téléphone. En effet, les CR ont la responsabilité de rappeler les Rendez-Vous aux TS. Après le troisième mois (mois 3) et le sixième mois (mois 6), les CR rappellent les TS pour faire un bilan de suivi. Les TS qui n'ont pas été observantes sont catégorisées de la manière suivante : Celles qui n'ont pas respecté leurs rendez-vous depuis 6 mois, sont des **abandonnées**, depuis 3 mois, sont des **perdues de vue** et celles qui ne les ont pas respectées depuis moins de 3 mois, sont des **absentes**.

Par ailleurs, une fois cette prise en charge faite, comment procéder à son évaluation ?

b. Outils d'évaluation SIMS dans le cadre du « CHAMP » (sim's tool evaluation)

L'outil d'évaluation SIMS est un ensemble de questionnaires permettant d'évaluer les différents services offerts par l'association Horizons Femmes, dans le cadre du projet « CHAMP ». Voir cet outil en annexes.

Voici les membres de l'équipe du « CHAMP » en pleine réunion d'évaluation SIM'S.

Photo 4: Evaluation SIM'S 2022



Source : enquête de terrain.

En somme, en ce qui concerne la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Cameroun, il ressort que malgré les initiatives et les actions menées par les pouvoirs publics et les expériences associatives pour améliorer cette prise en charge, plusieurs éléments continuent d'entraver son succès. Avant d'en présenter la teneur, il convient tout d'abord de relever les atouts que revêtent les initiatives prises par le Minsanté et HF dans le cadre de la prise en charge des TS séropositives.

CHAPITRE VI

DU POTENTIEL AUX INSUFFISANCES CONSTATÉES DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES TS SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN

Les deux chapitres précédents avaient pour but de renseigner sur les instances publiques et privées responsables de la prise en charge des TS en général et de celles séropositives en particulier, tout en montrant comment cette prise en charge est organisée. Le présent chapitre quant à lui envisage mettre en exergues les atouts de la collaboration publique/privée autant dire, Minsanté/HF voire FOSA/CHAMP dans le cadre de la prise en charge des TS séropositives au Cameroun, avant d'en ressortir les insuffisances constatées.

I. DU POTENTIEL DE LA COOPÉRATION HORIZONS FEMMES/CHAMP ET MINSANTE/FOSA

En guise de rappel, le projet “Continuum of Prevention, Care and Treatment with Most at-risk Populations (CHAMP)”, est financé par USAID, implémenté par Care International au Cameroun en collaboration avec Johns Hopkins University (JHU), Global Viral (GV), Moto Action (MA), Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW), Society for Women and Aids in Africa (SWAA)-Littoral et six Organisations à Base Communautaires (OBC) Alternative Cameroon, Association d'Assistance pour le Développement (ASAD), Cameroon Medical Women's Association (CMWA), Humanity First Cameroun et Horizons Femmes, pour une durée de 5 ans renouvelables. Rendu à sa septième année d'exécution, l'association s'est donnée pour objectif de garder le même engouement, la même rigueur que lors des années précédentes en matière de suivi-évaluation des activités. Ainsi, durant la présente enquête au sein de l'association Horizons Femmes, ont été relevés un certain nombre d'atouts ici résumés:

- le projet dispose d'un système de collecte des données sophistiqué ; en effet, dans le cadre du projet « CHAMP », les données sont collectées à travers des smartphones et acheminées dans une base de données numériques appelée : « NSAMBA », dans des tablettes en attendant d'être analysées.

NB : chaque pair leader dispose de son propre smart phone, de même que chaque case manager. La responsable du suivi-évaluation dispose également d'une tablette ;

- le projet organise régulièrement des ateliers de recyclage pour tout le staff, afin de renforcer leurs capacités ;
- le projet est doté d'un outil d'évaluation strict et performant appelé : SIM'S EVALUATION (voir au chapitre V) ;
- le projet a mis sur pieds des SOP (Standard Operating Procedure) pour chaque staff et ce, même dans les antennes. En fait, le SOP est un guide de travail qui édicte aux différents membres du projet, la conduite à tenir. C'est donc sur ce document que s'appuie le « sim's evaluation » ;
- le projet dispose des services de laboratoire quotidiennement supervisés par le GHSS (Global Health Solutions Services) qui est un démembrement du CDC (Centre of Diseases Control) ;
- le projet collabore avec plusieurs acteurs notamment : publics et privés. Parmi les acteurs publics, il y a le Ministère de la santé publique à travers le Comité National de Lutte contre le Sida, le Groupe Technique Régional et les hôpitaux de district tels que : l'hôpital de district de Biyem-assi, et l'hôpital de district la Cité verte etc. Parmi les acteurs du secteur privé, il y a Johns Hopkins University (JHU), Global Viral (GV), Moto Action (MA), Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW), Society for Women and Aids in Africa (SWAA)-Littoral et six Organisations à Base Communautaires (OBC) : Alternative Cameroon, Association d'Assistance pour le Développement (ASAD), Cameroon Medical Women's Association (CMWA), Humanity First Cameroun et Horizons Femmes ;
- le projet dispose de guides qui sont des outils de mise en œuvre s'adressant principalement aux gestionnaires et aux responsables de la mise en œuvre des programmes de lutte contre le VIH, tant au niveau des établissements que des communautés. Ces guides peuvent également être utiles aux membres des groupes de travail techniques, aux comités nationaux de directives sur le VIH et aux autres parties prenantes contribuant à l'élaboration des stratégies d'adhésion à long terme pour parvenir à la suppression de la charge virale. C'est notamment le cas du guide élaboré par PEPFAR. Ainsi, partant du principe que le Plan d'urgence du président américain pour la lutte contre le sida (PEPFAR), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'ONUSIDA, la Société internationale de lutte contre le sida et d'autres parties prenantes

aient défini un certain nombre de stratégies visant à renforcer la rétention des traitements antirétroviraux (TARV), il subsiste une lacune dans les orientations spécifiques à la programmation des populations clés. Ce guide fournit ainsi un aperçu des politiques et des pratiques au niveau des structures, des réseaux et des sites qui, combinées, peuvent optimiser le contrôle de l'épidémie pour les populations clés. Il comprend des recommandations sur la fourniture de services dans toute la cascade de traitement qui peuvent accélérer les liens avec le traitement, améliorer la prestation de services diversifiées axées sur les pairs et la communauté, en partenariat avec les établissements, et améliorer la supervision, le suivi et le réengagement des personnes perdues de vue pour parvenir à la suppression virale. Le guide comprend également un certain nombre de liens vers des documents d'orientation, des outils et des exemples pour soutenir la conception, l'adaptation, la mise en œuvre et le suivi des programmes.

De ce qui précède, il ressort que l'implication du Ministère de la Santé Publique n'est pas des moindres. L'on peut donc affirmer qu'il existe une véritable action synergique entre les institutions de prise en charge des Travailleuses de Sexe séropositives au Cameroun. Cela étant dit, qu'en est-il des insuffisances constatées dans cette prise en charge ? Après avoir procédé à l'analyse des prestations sanitaires offertes aux Travailleuses de Sexe séropositives par les institutions de prise en charge au Cameroun (Minsanté et Horizons Femmes), il convient, à juste titre, de relever les insuffisances constatées dans leur offre de soins. Pour ce faire, le point de départ sera la disponibilité et de la durabilité des prestations et pour finir, la qualité des soins et services offerts en milieu hospitalier.

II. DES INSUFFISANCES CONSTATÉES DANS LE CADRE DE LA PEC DES TS SÉROPOSITIVES

Cette partie met en exergues le caractère insuffisant des initiatives prises par les institutions publiques et privées en matière de prise en charge des TS séropositives au Cameroun. En effet, étant donné que l'œuvre humaine reste perfectible, il a été relevé quelques aspects du projet « CHAMP » et de la coopération des FOSA nécessitant des réaménagements. À cet effet, les TS ont soulevé quelques éléments dont le réaménagement pourra permettre de mieux capitaliser leur prise en charge dans le cadre de ce projet, de même qu'au niveau des FOSA. Aussi, la posture de chercheur fondamental interdisant de faire des propositions de solution, seules les remarques faites par les TS et le personnel de prise en charge ont-elles été retenues.

1. Sur plan de la disponibilité et de la durabilité des prestations sanitaires

En guise de rappel, le projet « CHAMP » a été implémenté dans le but de réduire la mortalité et la morbidité relative au VIH/SIDA et aux infections y afférentes (infections opportunistes) au sein des populations à haut risque ou populations clés, notamment la population des Travailleuses de Sexe ; tout en favorisant le développement socio-économique du Cameroun. Ainsi, étant donné qu'en santé communautaire il importe d'impliquer les populations dans les actions menées par les projets de développement autant dire, prendre en compte leurs avis, dans le cadre de cette recherche, les TS ont été interrogées à ce sujet. En réalité, le but de cette manœuvre était de recueillir leurs propres impressions sur ce qui freinent encore leur accessibilité aux soins sanitaires. De plus, qui de mieux qu'une TS pour savoir de quoi elle a réellement besoin.

De la sorte, durant les enquêtes de terrain, dans le cadre du projet « CHAMP », les TS ont fait mention des éléments ci-après :

- ✚ la suspension de la gratuité des examens : en effet, les entretiens menés avec les TS ont permis de comprendre les raisons pour lesquelles elles sollicitent plus d'examens gratuits. La principale raison est que, vu qu'elles rencontrent de nombreuses difficultés financières, le fait pour le projet d'assurer la gratuité de leurs examens, pallie ce problème d'insuffisance de moyens financiers. De plus, sur les 100 interrogées, 97 ont affirmé que la principale raison pour laquelle elles se rendent à Horizons Femmes, c'est la gratuité des examens. Une TS l'a dit en ces termes :

Ce qui me faisait venir ici tout le temps, c'est parce qu'on nous faisait les examens gratuitement. Moi j'ai des soucis d'argent, donc ce serait vraiment bien qu'on m'aide de ce côté-là. Donc ce que moi je demande à Horizons Femmes, c'est de recommencer à nous faire les examens gratuitement. Ça nous aidait beaucoup⁵⁷.

Une autre a fait plus de précisions, elle a ainsi déclaré :

Le seul reproche que moi je peux faire c'est que, les examens ne sont pas réguliers. Parfois, quand on vient par exemple faire la syphilis, un temps on nous dit qu'on ne fait plus alors qu'avant c'était là. Donc, je pense qu'il faut veiller à la régularité des examens, car c'est l'une des choses qui nous fait venir ici⁵⁸.

Les infirmières ont corroboré les dires de ces TS. Voici leurs déclarations :

⁵⁷ Entretien avec Marie-Paule, TS séropositives, à HF Yaoundé le 05/05/2022.

⁵⁸ Entretien avec Huguette, TS séropositives, à HF Yaoundé le 05/05/2022.

Le problème avec la prise en charge des TS c'est que les services sont limités au VIH et à quelques infections. Comme elles sont pour la plus part démunies, je pense qu'il faut élargir les services en proposant par exemple les examens gratuits⁵⁹.

Ce qu'il faut savoir c'est que quand on parle de la gratuité du traitement contre le VIH, cette gratuité n'est pas totale. La gratuité c'est seulement au niveau des ARVs et des reçus. Le reçu coûte 1000 Francs. Il faut qu'elle soit vraiment totale en terme d'examens tout comme c'est le cas chez les femmes enceintes. Donc il faut vraiment élargir la gratuité au niveau des examens. Ça aiderait beaucoup cette cible-là car, beaucoup parmi elles sont des démunies⁶⁰.

De ces affirmations, il ressort clairement que la gratuité des examens est une prestation essentielle dont l'absence constitue une entrave à leur accès aux soins de santé. Or, en dehors des affirmations faites par les TS, il a été déploré sur le terrain, le caractère intermittent des examens. En effet, il a été directement observé à HF que les semaines pendant lesquelles les examens n'étaient pas faits, le taux de fréquentation du DIC était relativement faible. Par contre, aussitôt qu'on reprenait avec les examens, immédiatement, le taux de fréquentation explosait. Au regard de ce qui précède, force est de constater que la gratuité des examens constitue un facteur déterminant dans l'accessibilité aux soins de santé des TS séropositives. De plus, comment réduire la mortalité et la morbidité relative au VIH/SIDA et aux infections y afférentes si la cible concernée ne fréquente pas à suffisance le lieu de prise en charge ? En d'autres termes, comment retenir les patients au traitement s'il est difficile de les faire y adhérer ? D'où la persistance du problème d'observance thérapeutique et de perdus de vue qui resurgit conduisant à juste titre à questionner les déterminants de l'accessibilité aux soins de santé chez ces cibles.

Par ailleurs, en dehors de la gratuité des examens, les TS ont également relevé quelques insuffisances liées au volet prévention :

- ✚ le volet prévention ; en effet, le constat ici fait est que la disponibilité totale du matériel de prévention est sujette à caution. Il s'agit en fait de la distribution des préservatifs masculins, féminins et des lubrifiants. À cet égard, étant donné que la première étape de la prévention consiste à sensibiliser les TS sur l'importance de l'usage et du port correct des préservatifs, il apparaît imprudent qu'à un moment, ce matériel connaisse des ruptures de stocks. Aussi, en ce qui concerne le matériel de prévention qui est pourtant, l'outil de lutte par excellence contre la propagation de l'infection à VIH, pendant les entretiens, sur les 100 TS interrogées, toutes ont affirmé qu'il était indispensable qu'il y

⁵⁹ Entretien avec ANONYMAT 3, infirmière à l'hôpital de Biyem-assi, 31/03/2022.

⁶⁰ Entretien avec ANONYMAT 4, TS séropositives, infirmière à l'hôpital de Biyem-assi, 31/03/2022.

ait du matériel de prévention à leur disposition au regard de sa nécessité dans l'activité qu'elles mènent. Ainsi, l'une d'elle a déclaré ce qu'il suit :

Je propose qu'on mette un accent particulier sur la disponibilité régulière du matériel de prévention parce que parfois, quand je viens ici, on me dit qu'il y a rupture de stocks. Or c'est un élément essentiel dans la prévention et dans lutte contre le VIH/SIDA comme eux-mêmes le disent souvent⁶¹.

Je trouve que les préservatifs qu'on nous donne ici à HF ne sont plus beaucoup comme avant. Si on peut vraiment revoir la quantité, ça va beaucoup nous aider⁶².

- ✚ Outre le matériel de prévention, les TS ont également déploré le problème de confidentialité. Cette dernière n'est pas toujours prise en compte dans leur prise en charge. Une TS a affirmé :

Parfois quand on va à l'hôpital, ce sont les infirmières même qui disent qu'on peut se confier à elles. Mais dès que tu tournes le dos, elles se moquent de toi bien même avec leurs collègues⁶³.

- ✚ l'accueil dans les FOSA reste encore sujet à caution. Voici les propos de deux TS :

Moi j'avais dit que je n'irai plus jamais à l'hôpital d'Efoulan pour prendre mon traitement. Non seulement les infirmières ne me géraient pas mais elles toisent les gens. Si tu poses même encore une petite question, c'est la guerre seulement. Je viens seulement ici à HF⁶⁴.

Les infirmières sont très méchantes. Vraiment, s'il n'y avait pas HF moi je serais même déjà morte parce que partir prendre les médicaments à l'hôpital était devenu un calvaire dès que je pense seulement au traitement que les infirmières vont me faire subir⁶⁵.

Au regard de l'analyse précédente, force est de constater que les TS voudraient voir améliorés quatre principaux éléments à savoir : la gratuité des examens, la disponibilité du matériel de prévention, la confidentialité ainsi que la qualité de l'accueil en milieu hospitalier.

c. De l'approche biomédicale vers l'approche interdisciplinaire : quel potentiel pour la PEC des TS ?

Dans le cadre de cette recherche, il a été constaté que l'Association HF privilégiait l'aspect biomédical au détriment de l'aspect socio-anthropologique pourtant, indispensable pour une prise en charge des bénéficiaires plus efficiente. En effet, outre la coopération FOSA/HF, peut-il également être capitalisée une coopération entre des experts issus de champs d'investigations

⁶¹ Entretien avec Sandrine, TS séropositives, à HF Yaoundé le 05/05/2022.

⁶² Entretien avec Aline, TS séropositives, à HF Yaoundé le 05/05/2022.

⁶³ Entretien avec Olga, TS séropositives, à HF Yaoundé le 05/05/2022.

⁶⁴ Entretien avec Anne-Marie, TS séropositives, à HF Yaoundé le 05/05/2022.

⁶⁵ Entretien avec Nadia, TS séropositives, à HF Yaoundé le 05/05/2022.

différents. En réalité, même en santé publique, l'approche biomédicale est qualifiée de limitée, car certains problèmes de santé sont la résultante des interactions et comportements sociaux et de la sorte, méritent une action collective, autant dire, la collaboration entre plusieurs acteurs (privés et publics), mais aussi, entre plusieurs experts de la santé. Il s'agit par exemple de ceux des sciences sociales à l'instar des sociologues, anthropologues, géographes, économistes de la santé et même des épidémiologistes. Aussi, la santé est-elle un concept « parapluie » et de ce fait, l'analyse des problèmes qui en découlent nécessite d'y intégrer plusieurs paramètres, pour une saisie plus globalisante des problématiques y afférentes. Par conséquent :

le sociologue sera là pour expliquer et comprendre les causes fondamentales d'un fait et leurs mécanisme de fonctionnement ainsi que leurs conséquences sur la société toute entière ou sur un groupe social donné. À titre illustratif, dans le cadre du projet « CHAMP », le sociologue peut faire une évaluation externe de la prise en charge des TS. Il s'agira en fait pour ce dernier, d'étudier par exemple les perceptions des TS, afin de déterminer les raisons de leur réticence face au traitement ou même les facteurs de refus de se faire lier, palliant de ce fait, au moins partiellement le problème de perdus de vue ;

l'anthropologue, quant à lui, à travers l'étude de la culture des TS, pourra montrer comment les croyances des TS peuvent avoir une influence sur leur prise en charge dans le cadre du projet « CHAMP » et ce, étant donné que malgré les progrès accomplis dans le cadre des représentations sociales sur le VIH/SIDA, plusieurs théories et notamment relevant du mystiques, continuent d'alimenter l'origine de cette pandémie ;

l'épidémiologiste sera là pour décrire la distribution et les facteurs de risques liés à la pandémie. Il s'agira en fait de :

- décrire l'état de santé de la population générale, à travers l'épidémiologie descriptive ;
- analyser les déterminants des problèmes de santé, à travers l'épidémiologie analytique ;
- proposer les interventions les plus efficaces, pour la résolution des problèmes de santé, à travers l'épidémiologie évaluative.

Ainsi, dans le cadre du projet « CHAMP », l'épidémiologiste pourra en dehors des tâches sus citées, enregistrer les données épidémiologiques des TS en général, afin d'aboutir à une estimation précise de leur pourcentage et de celui des TS séropositives en particulier. En

plus, cela permettra également d'avoir une estimation statistique sur leur taux de prévalence et ce, afin de mieux cibler les actions ainsi que les interventions à capitaliser à leur sujet, dans la lutte contre le VIH/SIDA.

3. De la gestion durable des perdues de vue

Outre les insuffisances relevées par les TS elles-mêmes, se trouvent celles du personnel de prise en charge. En effet, parmi les aspects qui nécessitent plus d'attention, se trouve la gestion durable du perdues de vue. Dès lors, de manière laconique, perdre quelqu'un ou une chose de vue peut vouloir dire perdre sa trace, ne plus avoir de ses nouvelles ou n'avoir aucune idée de l'endroit où se trouve la personne ou la chose en question. Toutefois, cette expression peut également signifier : cesser de fréquenter ou de suivre quelqu'un. Ceci étant, si de manière générale, perdre quelqu'un de vue peut paraître plus ou moins grave et ce, en raison de la nature des rapports entretenue avec la personne, force est de constater que pour ce qui est des perdues de vue séropositives, « les perdre de vue » autant dire, « cesser de les suivre » représente une menace pour la société toute entière. Aussi, faut-il ajouter que la menace est d'autant plus « grave » au regard de leur activité, qui les met permanemment en interaction avec toutes les couches sociales. Ainsi, selon le SOP mis en œuvre par le PEPFAR (2020), certaines TS ont besoin d'un suivi plus intensif et d'un soutien à l'adhésion spécifique. Dans le modèle géré par les professionnels de santé, les clients reçoivent le renouvellement de leur TARV dans un groupe géré par un membre du personnel de santé. Les groupes se réunissent généralement dans un établissement de soins de santé et le soutien à l'observance est assuré par un conseiller ou un membre du personnel de santé, formé à cet effet. Ces groupes peuvent être segmentés en fonction du temps écoulé depuis le début du traitement, par exemple, et peuvent être appropriés pour les personnes qui viennent de suivre un traitement.

De même, les personnes dont la maladie est avancée et qui ont besoin d'un suivi clinique plus fréquent peuvent bénéficier de ce service. Les cliniques de traitement de la virémie pour les personnes qui ne parviennent pas à obtenir une suppression virologique peuvent être un type de groupe géré par les professionnels de la santé. Organisée au moins un jour par mois dans un établissement existant, la clinique de virémie utilise un modèle d'équipe multidisciplinaire et se concentre sur une meilleure gestion des cas et une approche centrée sur le client. Le modèle identifie les obstacles à l'observance du traitement propre à chaque client et adapte les interventions aux besoins individuels. Les clients sont habilités à prendre des décisions conjointes avec leurs prestataires pour améliorer l'observance thérapeutique. Entre les visites en clinique, les pairs navigateurs peuvent assurer de multiples fonctions de soutien, comme la

gestion des cas, les visites à domicile pour améliorer le soutien, l'identification d'autres facteurs qui pourraient contribuer à la non-observance thérapeutique et la gestion des rendez-vous manqués. Les groupes gérés par des professionnels de la santé sont relativement faciles à mettre en place dans les sites existants sans nécessiter de ressources supplémentaires. Ils nécessitent toutefois une orientation et un engagement du personnel. Ils bénéficieront également de l'adhésion de la communauté des populations clés dès le début et devraient être adaptés au contexte local, avec des efforts coordonnés pour suivre les résultats sur tous les sites. La plateforme de solutions du PEPFAR fournit de plus amples informations. Prévenir et gérer les pertes de vue les 30 premiers jours de l'initiation au TARV sont critiques. De plus en plus d'évidences suggèrent que les personnes qui manquent leurs rendez-vous à un stade précoce sont plus susceptibles d'avoir des comportements de santé qui entraînent une augmentation de la mortalité. Par conséquent, l'identification des personnes qui risquent de manquer leurs rendez-vous et être déclarées perdues de vue (c'est-à-dire avant même que le rendez-vous ne soit manqué) et la fourniture de services adaptés à leurs besoins sont essentielles pour lutter contre l'épidémie.

Les programmes peuvent optimiser les liens avec les clients et leur fidélisation en évaluant les facteurs de risque individuels liés à la non-observance des rendez-vous, en élaborant des plans personnalisés pour surmonter les obstacles potentiels et en fournissant une orientation et un soutien actifs par le biais d'un système de navigation par les pairs ou d'une gestion de cas et de rappels de rendez-vous pour s'assurer que les clients commencent et poursuivent leur traitement. Certains outils pratiques de prévention de la non-observance sont présentés ci-dessous. Les efforts visant à prévenir les rendez-vous manqués et la non-observance doivent s'accompagner d'approches systématiques pour identifier et localiser les PVVIH qui ne parviennent pas à établir un lien avec les soins et à initier un traitement antirétroviral, ou qui ne parviennent pas à être maintenues dans les soins/sous traitement. Les programmes doivent intégrer des systèmes de suivi et d'analyse qualitatifs et quantitatifs pour les aider à déterminer les raisons pour lesquelles les clients ont manqué des rendez-vous et/ou sont en situation de non-observance, en utilisant une approche d'apprentissage automatique et/ou de profilage de cas. Les résultats peuvent ensuite être utilisés pour développer des stratégies appropriées afin de prévenir la non-observance et de renvoyer les individus en traitement. Les pairs navigateurs (dont il est question en détail ci-dessous) peuvent jouer un rôle essentiel dans la recherche de personnes en situation de non-observance, car ils sont susceptibles de comprendre les besoins, les comportements et la mobilité des membres des

populations clés. Le PEPAR a inclus un outil de suivi des clients perdus de vue (Loss-to-Follow-Up Tool) dans sa plate-forme de solutions qui décrit les procédures de suivi et de localisation des membres des populations clés qui n'ont pas réussi à se relier au traitement, de ceux qui ont manqué des rendez-vous, ou de ceux qui sont en situation de non-observance.

Pour plus amples informations, voir l'outil ci-dessous.

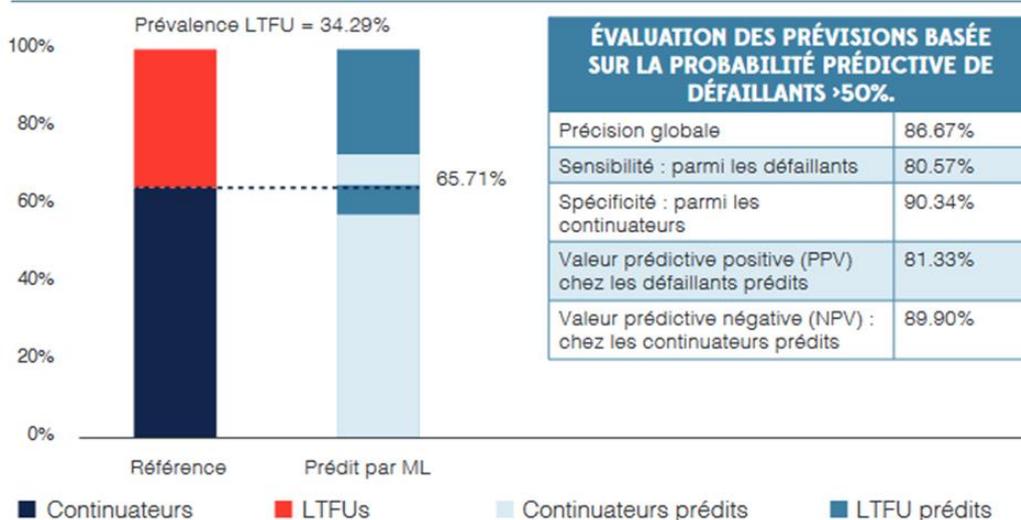
OUTIL PRATIQUE POUR SOUTENIR L'OBSERVANCE
L'outil de counseling sur l'observance et la rétention, développé par EpiC avec le soutien du PEPAR et de l'USAID, est une aide à l'emploi que les conseillers, les navigateurs et les prestataires peuvent utiliser pour les guider dans la fourniture de conseils sur l'observance aux clients nouvellement diagnostiqués, aux clients qui éprouvent des difficultés à rester fidèles et aux clients pour lesquels le traitement échoue. L'outil encourage les nouveaux clients à identifier les obstacles potentiels à l'observance auxquels ils peuvent être confrontés et à élaborer un plan de soutien pour y faire face si/quand ils se présentent.

a. Apprentissage automatique pour prévoir et prévenir la perte de suivi

Des modèles d'apprentissage automatique ont été utilisés dans des pays comme le Nigeria et la Thaïlande pour tester s'il est possible de prédire la probabilité qu'un individu soit défaillant lors de l'inscription au traitement. Dans ces divers contextes, les modèles d'apprentissage automatique ont atteint une forte validité prédictive (>80 %), indiquant la possibilité de renforcer les services au moment de l'inscription pour les personnes ayant une forte probabilité de ne pas adhérer au traitement. Le modèle d'apprentissage automatique a donné de bons résultats même lorsque les données sur les clients étaient lacunaires. Voir les figures ci-après :

Figure 10: Identification des patients perdus de vue

Identifier les patients qui n'ont pas été suivis dans les 12 mois



Identifier les défaillants qui ont été perdus pour suivi/Interrompu le TARV dans les 12 premiers mois

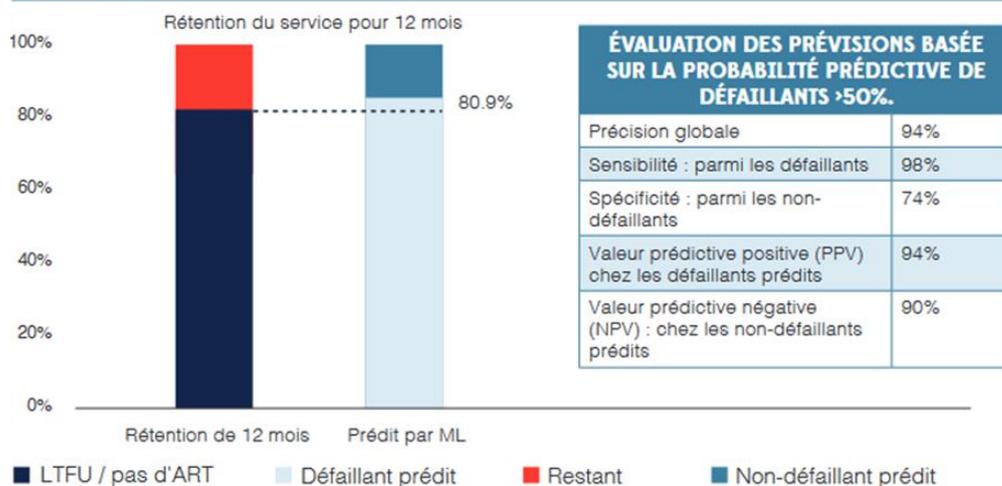
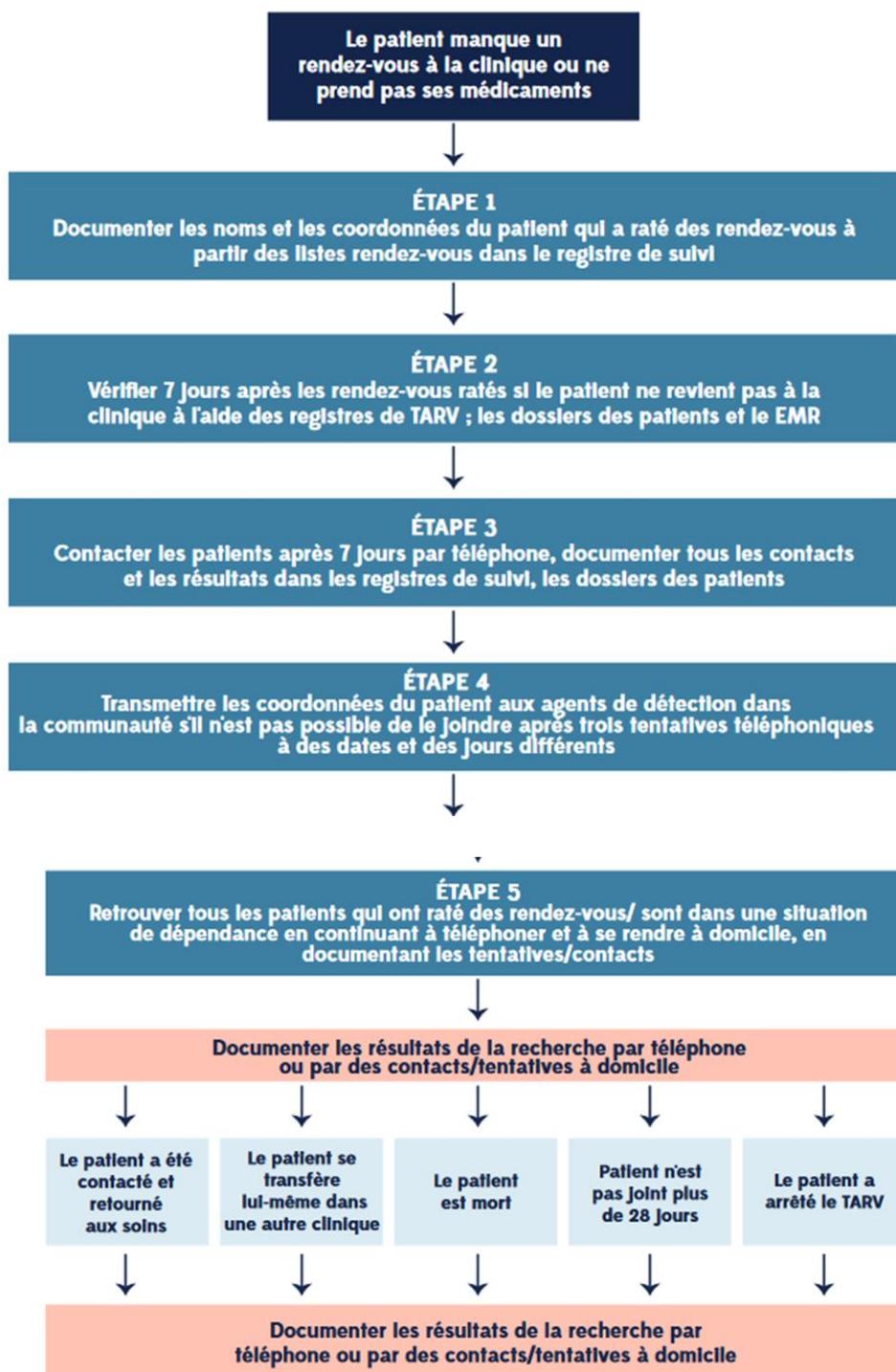


Figure 11: Exemple d'algorithme pour le suivi des patients sous TARV qui ont manqué des rendez-vous.



Source : PEPFAR COP20 Guidance

b. Stratégies de repérage et de suivi - visites à domicile

Un registre de suivi ou un registre des rendez-vous manqués doit être mis en place dans tous les établissements où le TARV est initié et/ou fourni. Ce registre « devrait » contenir les informations nécessaires pour suivre les clients/patients, les méthodes utilisées pour tenter de les contacter et les résultats de chaque tentative de contact. La structure doit permettre une tabulation facile des résultats afin de faciliter le suivi et le rapport. Les registres de suivi ou les registres de rendez-vous manqués doivent comprendre des colonnes pour les informations de contact, les dates de rendez-vous manqués, les méthodes de tentative de contact, les dates des activités de contact et les événements qui en résultent pour les résultats d'intérêt : décès (confirmé), transfert de patient précédemment non documenté (confirmé), patient retrouvé (impossible à localiser), n'a pas tenté de retrouver le patient. Les résultats de la recherche peuvent être résumés pour la période de référence spécifique sur des fiches de comptage qui comprennent des désagréments par âge et par sexe. Voir le SOP à l'annexe.

En outre, en ce qui concerne, le problème de perdus de vue auquel le projet « CHAMP » fait face, le personnel de prise en charge estime qu'est nécessaire :

La dotation d'une unité mobile à Horizons Femmes est importante car cela permettra de mieux organiser les dépistages en stratégie avancée, notamment pouvoir complètement isoler la TS, ceci pour garantir la confidentialité du dépistage, un environnement paisible et de ce fait, avoir plus d'espace et de temps pour la convaincre de se faire lier au traitement.⁶⁶

Il s'agit en fait de descendre sur le terrain avec non seulement tout l'équipement nécessaire, mais aussi avec toutes les ressources humaines intervenant dans la prise en charge, y compris les médecins, afin de veiller à ce que toutes les TS positives soient liées au traitement, immédiatement sur le terrain. Cette stratégie permettra de pallier le problème de réticence, de fausses adresses auxquelles font face les personnels de prise en charge. D'un autre côté, les perdues de vue ne seront plus aussi nombreuses comme ce fut le cas l'an dernier avec 600 perdues de vue dans la nature. Toutefois, même s'il est vrai qu'une telle stratégie nécessitera une plus grande mobilisation de ressources financières, matérielles et humaines, c'est le prix à payer pour empêcher ces « distributeurs automatiques » de VIH et des infections y afférentes, de porter atteinte à la santé de la population toute entière.

⁶⁶ Entretien avec AYMAR D'AQUIN KUIDJEU, Op. Cit.

4. De la diversification du champ d'action du projet « CHAMP »

Les résultats des enquêtes menées ont révélé que certaines lacunes observées dans le cadre de la prise en charge des TSS étaient liées au fait que les activités organisées par le projet se limitaient au VIH. D'où l'urgence d'élargir le champ d'action du projet. Par exemple :

➤ **Sur le plan économique**

Pour ce qui est des TS séropositives, l'analyse a permis de se rendre compte du fait que, la plupart de ces TS recourent à l'automédication parce qu'elles rencontrent des difficultés financières. Ainsi, la DIC Manager (Op. Cit.) du projet « CHAMP » pense que :

La mise sur pieds des activités génératrices de revenus (AGR) telles que : la coiffure et la couture vu leur niveau d'instruction, permettra aux TS de pallier à leur problème d'insuffisance de moyens financiers.

En fait, le fait de mettre sur pieds des AGR ne consiste pas en une stratégie visant à faire sortir les TS de la rue, mais il s'agit d'un moyen de soutenir ces TS, tout en leur permettant de pouvoir elles-mêmes prendre en charge un certain nombre de prestations qu'elles réclament au projet à l'instar de la prise en charge nutritionnel de leurs enfants, de leur frais de déplacement et même de pouvoir le faire après le projet.

➤ **Sur le plan géographique**

À ce niveau, il est question pour l'Association Horizons Femmes de faire plus de sensibilisation à travers le projet « CHAMP ». En effet, selon une infirmière : « *il faut étendre le champ d'action vers d'autres villes du Cameroun, afin qu'elles aussi bénéficient des avantages de ce projet même dans les périphéries si possible*⁶⁷ ». En réalité, Yaoundé et Douala sont certes les principales métropoles du Cameroun, mais ne sont, en aucun cas, les seuls pôles qui méritent une attention particulière. Il y a également les villes telles que : Bertoua, Sangmélina qui demandent de l'attention et ce, compte tenu du taux de séroprévalence élevé que connaissent leurs régions respectives. À cela s'ajoutent les villages. Aussi, en ce qui concerne la cible de leur prise en charge, les TS enceintes sont-elles également concernées, car l'un des moyens de retenir l'épidémie, est sa neutralisation à la base, c'est-à-dire de mettre les TS enceintes en relation avec les services de la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Cela permettra, de réduire au maximum les naissances d'enfants séropositifs et par la même occasion, de réduire la mortalité et la morbidité liées à cette pandémie.

⁶⁷ Entretien avec ANONYMAT 5, infirmière à la Cité Verte, Yaoundé le 06/05/2022.

Ajouter à tout ce qui a déjà été dit, il faut dire que la prise en charge des TS pour être capitalisée peut également s'appesantir sur les éléments suivants :

- 1- s'interroger sur le parcours thérapeutique de la TS: depuis combien de temps la personne est-elle malade? Quels ont été ses recours antérieurs ainsi que leurs déterminants, (automédication, médecine traditionnelle, autre praticien) avant de venir?
- 2- ses attentes: quelles sont les attentes du patient vis-à-vis du soignant (guérison instantanée)?
- 3- les antécédents: la personne a-t-elle déjà été dans un ou plusieurs centres de soin depuis qu'elle est arrivée chez vous? Quelle fut son expérience (rejet, déception, satisfaction)? Quelles conséquences cette expérience passée a eu sur son comportement?
- 4- la place et la perception du personnel soignant: Une personne jeune est-t-elle crédible comme soignant?
- 5- l'accompagnement: est-ce que l'on vient seul ou accompagné en consultation? Quel est le rôle de l'accompagnant (soutien, surveillance, interprète)? Qui est-il? Est-il possible de s'entretenir seul avec le patient ou l'accompagnant doit-il toujours être présent, quoi qu'il arrive?
- 6- l'aspect financier: le patient peut-il se payer les médicaments et les examens qui lui sont prescrits? Peut-il dans la pratique se les faire rembourser?
- 7- l'alphabétisation: le patient est-il capable de lire une prescription médicale et donc de respecter les dosages prescrits?
- 8- le suivi: est-ce que les conditions de vie et sa confiance dans le service de santé permettent de penser que le patient reviendra et qu'il est possible de le suivre sur le long terme ou est-ce que les chances que le patient revienne sont très faibles?

Outre les éléments sus mentionnés, il existe également certains qui ne sont certes pas liées directement à la PEC des TSS, mais qui ont tout aussi une place capitale dans l'optimisation de cette PEC. Il s'agit de :

➤ **la coordination des actions entre périphérique et centre**

Les actions en direction des Travailleuses de Sexe en général et de celles séropositives, en particuliers, sont davantage centrées sur celles qui évoluent en ville et ce, au détriment de celles en périphérie. D'où le problème de l'insuffisance des dispositifs de coordination. En effet, dans le cadre du projet « CHAMP » par exemple, les actions menées en faveur des TS concernent davantage celles vivant dans les chefs lieu de quelques régions. Il s'agit de Yaoundé pour la région du Centre, de Douala pour la région du Littoral, de Bafoussam pour la région de

l'Ouest et en fin d'Ebolowa pour la région du Sud. Or, en travaillant essentiellement avec les TS qui évoluent en métropole, il est difficile de savoir ce qu'il en est de celles vivant en périphérie. Aussi, au regard du caractère enclavé de ces zones reculées et des difficultés liées à l'accessibilité géographique des quelques lieux de prise en charge qui y existent, est-il difficile d'optimiser l'accès de ces TS à des soins de meilleure qualité. De même, en lésant les localités situées dans l'arrière-pays, l'on court le risque de renseigner les populations sur des données épidémiologiques biaisées. Les initiatives en matière de prise en charge des TS séropositives « devraient » à juste titre s'étendre également aux zones excentrées. Le Dr. OMGBA (Op. Cit.) a affirmé à cet effet que :

Une fois dans le cadre des descentes de terrain pour la coordination des activités en lien avec la PEC des TS, j'ai pu toucher certaines TS vivant dans les périphéries de Douala, de Bafoussam et même de l'Est vers Bertoua. Et je me suis rendue compte que la principale difficulté rencontrée en périphérie c'est la promiscuité avec les familles. La plupart des TS vivent encore en famille où elles imposent cette activité à leurs familles et à leurs enfants. Alors que celles de la ville le font dans les coins chauds. Donc il faudrait plus de sensibilisation de ce côté-là. Ça permettra de limiter les comportements à haut risque en périphérie.

➤ **la capitalisation d'une approche communicationnelle plus durable**

La situation des Travailleuses de Sexe concerne plusieurs secteurs ministériels au Cameroun. À cet effet, le chapitre quatre s'est attelé à renseigner sur le rôle à jouer et la contribution à apporter par chacun de ces ministères dans le cadre de la capitalisation de la prise en charge de cette cible. En réalité, malgré la définition d'un cadre de travail à ce sujet, l'on constate et pour le regretter, une insuffisance dans l'action médiatique en direction de cette cible. En tout état de cause, au regard de leur situation épidémiologique qui est des plus inquiétante, l'on s' « attendrait » à ce qu'il y ait plus de tapage médiatique au sujet de l'activité qu'est le « Travail de Sexe » comme cela se fait avec d'autres problèmes de santé publique. L'analyse de l'insuffisance de l'approche communicationnelle au sujet de ce secteur d'activité tient du fait que contrairement à ce que l'on « pourrait » penser à savoir « à quoi bon », il faut rappeler que l'activité que ces cibles mènent les met directement en contact avec toutes les autres couches sociales. De plus, est-il encore nécessaire de rappeler que les clients des TS positives ou non sont des individus issues de toutes les catégories et couches sociales ? Aussi, elles n'ont pas un signe particulier qui les « distinguerait » des autres femmes. Et, étant donné que le phénomène de prostitution revêt plusieurs facettes, autant dire que la prostituée n'est plus seulement cette femme que l'on peut retrouver postée en bordure de route, c'est également ce groupe de filles assises dans un « lounge » chic *a priori* à discuter de tout et de rien, mais qui,

en réalité, sont en pleine prospection dans le but de cibler de potentiels clients. Ainsi, vulgariser ces pratiques permettrait sans nul doute, de renseigner le corps social sur les aspects insoupçonnables et alarmants de ce phénomène. Aymar D'Aquin KUIDJE (Op. Cit.) a affirmé:

Nous avons besoin que les médias apportent également leur contribution dans ce combat, comme ça a été le cas avec le CORONA. Il faut sensibiliser la société sur l'importance de la prise en charge des TS en général. Cela facilitera leur PEC au sein des FOSA et pourra réduire la stigmatisation dont elles sont victimes et même les violences policières.

➤ **l'actualisation des données épidémiologiques des TS séropositives**

Les rapports d'activités des associations de santé communautaire témoignent de la complexité des situations locales et de la vulnérabilité des personnes TS. Malgré le caractère alarmant de ce phénomène, l'Etat n'a toujours pas mis en œuvre suffisamment de mesures pour procéder à une évaluation de la situation sanitaire et sociale des personnes TS.

Il s'agit par exemple de publier chaque année, un rapport faisant état de l'évolution de la situation démographique, épidémiologique, sanitaire et sociale des populations clés et notamment des Travailleuses de Sexe séropositives ainsi que des moyens dont disposent les organismes qui leur viennent en aide. Cela permettra de mieux cibler les initiatives à capitaliser dans le cadre de leur PEC. Le rapport en question pourra mettre en exergues la vulnérabilité de ces cibles de même que les problèmes de santé qui en découlent, tout en relevant les conséquences que cela pourraient avoir sur l'état de santé de la population toute entière.

S'agissant plus spécifiquement de la santé, le rapport pourra présenter plus de données actualisées. En fait, le constat ici fait est que les données publiées au Cameroun concernant la santé des Travailleuses de Sexe sont rares, limitées à la prostitution de rue et, le plus souvent, incapables de rendre compte de la multiplicité des réalités de ce phénomène. Pour ce qui est du VIH/SIDA, les rapports qui ont été scrutés dans la présente recherche notamment ceux du CNLS, indiquent qu'il « n'existe pas à ce jour de données récentes publiées concernant le taux d'infection par le VIH chez les Travailleuses de Sexe au Cameroun. Même dans le plan national de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS) le plus récent, il n'y existe pas de données récentes renseignant sur la situation épidémiologique du VIH/SIDA chez ces cibles. Les rapports de l'ONU/SIDA ne dérogent pas à la règle. En fait, les rapports produits par ces instances de santé ont de réels soucis d'actualisation.

➤ **L'adéquation entre les politiques de santé et les besoins réels des TS séropositives**

Dans le cadre de ses plans nationaux, le ministère de la santé a adopté des objectifs d'action en faveur des personnes en situation de travail de sexe. Ainsi, le PNLS 2015-2018 prône le

renforcement de l'action communautaire des personnes prostituées, le développement de nouveaux outils d'intervention, l'organisation de rencontres nationales, la mise en œuvre d'une concertation interministérielle, le développement de partenariats de proximité, notamment avec la lutte contre les violences faites aux femmes ou violences basées sur le genre, la mise en œuvre de formations et la conduite d'actions de prévention en direction des plus jeunes. Si les programmes de santé communautaire ont pu bénéficier du soutien du ministère de la santé, les principales dispositions relatives à l'action publique en faveur des personnes restent sujettes à caution.

Le programme national de lutte contre le VIH/sida et les IST 2015-2018 recommande la poursuite et l'adaptation des programmes communautaires aux nouveaux enjeux : vulnérabilité et précarité des personnes, banalisation du VIH et montée d'un contexte répressif. À ces fins, le texte préconise également l'intégration d'un volet santé dans les actions en direction des personnes prostituées et le développement de l'observation de l'état de santé. Ces préconisations non détaillées s'inscrivent dans une section consacrée à la prévention en direction de groupes de populations placés dans des situations de vulnérabilités spécifiques : les personnes prostituées, les usagers de drogues, les personnes détenues et les personnes transsexuelles. Malheureusement, tout comme les résultats de cette recherche l'ont montré, le PNLIS 2015-2018 a également mis en exergues le fait que l'insuffisance de rapports d'évaluation, rend difficile la mise en œuvre d'actions de prévention et l'accessibilité à des outils de prévention.

Le programme préconise également des actions de proximité susceptibles de mettre en confiance et de faciliter l'accès aux soins des personnes prostituées. Les différents programmes nationaux présentent des objectifs raisonnés en faveur des personnes prostituées. Toutefois, ces plans demeurent relativement généraux et insuffisamment suivis et évalués. Ils apparaissent, en outre, difficilement applicables sans un réexamen préalable de politiques sectorielles qui poursuivent des objectifs contraires, en particulier les politiques pénales. Les réformes des seules politiques de prévention et d'accès aux soins, sans examen des autres politiques publiques, ne peuvent avoir qu'un impact limité.

Au plan régional, les programmes régionaux d'accès à la santé et aux soins doivent pouvoir programmer des actions en faveur des personnes prostituées. En France par exemple, la loi relative à la lutte contre l'exclusion du 29 juillet 1998⁶⁸ a été instaurée. Les programmes

⁶⁸Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions. Voir également circulaire DGS/SP2/99/110 du 23 février 1999 relative à la mise en place de programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes en situation de précarité.

issus de cette loi constituent un outil de concertation et de coordination susceptible d'associer de nombreux partenaires : collectivités locales et services de l'Etat, associations, organismes d'assurance maladie, hôpitaux, mutuelles, organismes professionnels. Selon une synthèse des évaluations, lesdits programmes constituent un dispositif susceptible de motiver une réelle transversalité et de garantir un décloisonnement entre, d'une part, les secteurs de la santé et du social et, d'autre part, les services déconcentrés de l'Etat, les collectivités territoriales et les associations.

➤ **L'implication de l'action gouvernementale**

Dans le cadre de la prise en charge des populations clés en général et des Travailleuses de Sexe en particulier, l'Etat semble s'être désengagé de l'action directe en faveur de cette cible et, en contrepartie, il apporte son concours financier au secteur privé non lucratif, sous forme de subventions globales. Dès lors, le secteur associatif a développé une compétence spécifique pour répondre aux besoins des populations et pour faciliter l'accueil, l'accompagnement, l'hébergement et l'insertion des personnes prostituées. Les associations issues du secteur social sont historiquement bien implantées et sont particulièrement impliquées dans les questions d'accompagnement. Ainsi, avec le développement de l'épidémie d'infection à VIH/SIDA, de nouvelles associations ont fait de ce secteur, leur cheval de bataille, afin de promouvoir spécifiquement l'accès à la prévention, aux soins et aux droits dans un contexte marqué par la montée de l'épidémie et la progression des stigmates associés. Progressivement implantées dans les principales métropoles du pays, créées à l'initiative des personnes prostituées ou associées à ces dernières, les associations de santé élargissent progressivement leurs champs d'intervention aux questions sociales et d'accès aux droits. *A contrario*, les associations de tradition sociale n'adoptent pas toutes une approche similaire, c'est-à-dire une approche globale fondée sur des compétences multiples, ni ne promeuvent la participation directe des membres de la communauté des personnes prostituées et ne modifient que partiellement leur périmètre d'intervention. L'action publique ne corrige pas ce défaut d'intervention mais l'accroît en accordant l'essentiel de ses dotations et subventions à des programmes fondés, non sur l'approche globale au bénéfice des personnes prostituées, mais sur l'accueil sécurisant en faveur d'un nombre limité de victimes du proxénétisme et de la traite des êtres humains.

L'essentiel de l'intervention sociale à destination des personnes en situation de prostitution est conduite par des organismes non gouvernementaux et associations qui ont pour

mission l'accueil, l'accompagnement et la réinsertion des personnes prostituées. C'est dans ce contexte que se situe l'Association HF.

Avec l'apparition de l'infection à VIH/SIDA, des associations de santé se développent au fur et à mesure. La perspective d'un retour de la réglementation sanitaire de la prostitution sous un mode contraignant a été un temps envisagée, en dépit des premières données épidémiologiques qui désamorcent le lien entre transmission du VIH et prostitution. Mais les pouvoirs publics ont opté pour une solution alternative : la promotion des associations de santé communautaire naissantes.

➤ **La diversification des actions communautaires**

Les associations de santé communautaire ont diversifié leurs missions, quelques années après leur création, pour mettre en œuvre une approche globale qui associe une intervention à caractère sanitaire, à une intervention sociale.

Les associations de tradition sociale se sont diversement engagées dans une action en faveur de l'accès à la prévention et aux soins. L'approche globale demeure pleinement justifiée au regard de la précarisation accrue des personnes prostituées sur les plans sanitaire (expositions aux IST/VIH, troubles psychologiques...), économique et social (absence de logement fixe, de protection sociale, situation irrégulière). Elle demeure, par ailleurs, largement reconnue et éprouvée, notamment pour lutter contre la transmission du VIH/SIDA. L'approche globale repose sur des actions susceptibles de favoriser directement l'accès à la prévention et au traitement et, au travers de programmes structurels de contribuer à un environnement plus sécurisant pour les personnes prostituées, leur permettant ainsi d'être davantage réceptives aux pratiques sexuelles plus sûres et au contrôle du risque d'infection à VIH.

La majorité des associations de santé comprennent des personnes prostituées ou des personnes anciennement prostituées. Ces dernières sont dans certains cas à l'origine même de la création de l'association. Elles sont présentes aussi bien au conseil d'administration de l'association que dans l'équipe salariée où elles peuvent exercer des fonctions d'encadrement, de la prévention de terrain, de la médiation culturelle ou poursuivre des recherches-actions. Certaines associations affichent une composition paritaire (personnes non prostituées et prostituées) au sein de leurs instances et de leurs différentes équipes de salariés. La mobilisation de membres de la communauté en faveur de la prévention doit permettre de faciliter la rencontre et l'accueil et de gagner la confiance des personnes prostituées, particulièrement les personnes isolées ou méfiantes à l'égard des organisations. Elle contribue, en outre, à consolider des liens de solidarité au sein de la communauté, liens mis à mal ces dernières années. L'engagement de

la communauté a un impact avéré sur les pratiques de prévention et la lutte contre le VIH/SIDA et les IST.

Plusieurs types d'actions sont mis en œuvre par les associations communautaires. Celles-ci partent à la rencontre des personnes prostituées sur le lieu même d'exercice de leur activité (outreach) pour mener à bien des actions de prévention. Elles fournissent de l'information sur le VIH/SIDA et les IST, sur le dépistage et le traitement post exposition et peuvent organiser des groupes de discussion. Elles assurent la distribution de matériel de prévention : préservatifs masculins et féminins, gel lubrifiant, lingettes antiseptiques, matériel de réduction des risques pour les usagères et usagers de drogues (kits d'injection et kits de sniff). Les associations assurent également un ensemble de services de jour, l'accueil et l'assistance et le suivi notamment médical (contraceptif, nutritionnel), psychologique mais également juridique, social, culturel et linguistique, afin de permettre aux personnes prostituées d'acquérir une stabilité et de se réapproprier leurs droits (empowerment. En dehors de la nécessaire médiation culturelle et linguistique, les associations doivent répondre à la forte précarité des personnes prostituées en proposant des services extrêmement variés, voir dans certains cas, une domiciliation administrative, un hébergement d'urgence, la fourniture d'un repas, le règlement d'un dossier de surendettement, la traduction d'un document administratif.

En plus de l'ensemble de ces missions, les associations communautaires conduisent des recherches-actions sur des questions spécifiques intéressant les personnes prostituées ou auprès de publics spécifiques. Ainsi, des travaux sont actuellement menés sur la prostitution sur internet, la prostitution indoor plus généralement, la prostitution masculine, la prostitution et l'usage de drogues.

Les associations répondent donc à des demandes de nature très diverses, des demandes ponctuelles de visiteurs occasionnels ou réguliers, des urgences et des demandes de suivi. Elles garantissent une offre continue en termes d'accueil, d'information sur le VIH, les IST et les hépatites, de distribution de matériel de prévention, de dépistage, d'orientation en santé primaire, de suivi des droits sociaux.

➤ **Du soutien financier en faveur des associations de santé**

Les associations de soutien aux personnes prostituées font face depuis quelques années à un accroissement de leur charge de travail. Le déplacement des personnes prostituées vers des territoires périphériques a entraîné un allongement des tournées de nuit. Les difficultés rencontrées dans l'accès aux droits ou dans les relations avec les forces de police ont nécessité, pour les associations de santé et de santé communautaire en particulier, le renforcement de

certaines compétences, notamment en matière sociale ou de médiation. Les associations témoignent de la faiblesse structurelle de certains postes clés, comme la formation et de la difficulté de maintenir leurs effectifs sans recourir aux licenciements ou de procéder à l'embauche d'agents de prévention, en particulier membres de la communauté.

Les ressources des associations de santé et de santé communautaire qui œuvrent en faveur d'une approche globale ne sont ni suffisantes, ni pérennes. En dépit de l'extension et de la complexification des missions associatives, les moyens financiers mis à la disposition des associations par l'Etat et ses services déconcentrés sont restés stables et, dans certains cas et lors de certains exercices budgétaires, ont pu diminuer, voire être supprimés. L'illustration ci-après en constitue la preuve :

Beaucoup de choses ont été vues au rabais pour les services offerts aux TS. En fonction de ces services, il y avait vraiment la demande. Les TS avouaient et assumaient leur statut parce qu'elles savaient qu'en venant ici, quel que soit le problème posé, on trouvera des solutions. Mais depuis que la prise en charge concerne beaucoup plus le volet psycho-social, elles ne viennent plus trop comme avant [...] les financements ont été carrément divisés, retirés même. Avant, en 2015, un soir comme ça, on pouvait décaisser 300.000 rien que pour acheter les médicaments aux filles. Figure-toi qu'on part de 300.000 à 0 au point de recourir au paquet préfabriqué⁶⁹ qui, parfois est même en rupture. Une fille peut arriver ici avec un écoulement vaginal mais il n'y a pas de kit pour la prendre en charge⁷⁰.

Au terme de cette deuxième partie, il était question de tableer sur la question des différentes instances impliquées dans la prise en charge des TSS. Pour cela, il a fallu tout d'abord, analyser l'implication de l'action publique dans la prise en charge de ces cibles, en ressortant leurs rôles respectifs ainsi que les différents acteurs qui y interviennent. Puis, il a été question de montrer quelle était la contribution du secteur privé à but non lucratif dans cette prise en charge. En fin, l'on a tenu à ressortir le potentiel que revêt la coopération publique/privée dans le cadre de la prise en charge des TSS ainsi que les insuffisances constatées. Ainsi, les analyses faites dans le cadre de cette partie, montrent que plusieurs institutions (publiques/privées) interagissent dans la prise en charge des TSS au Cameroun. Cette prise en charge est organisée en plusieurs étapes et est fonction des besoins de la TSS. Toutefois, même si l'on observe une réelle action synergique dans le cadre de cette prise en charge, il faut signaler que certains de ses aspects restent perfectibles. C'est notamment le cas

⁶⁹ C'est un paquet qui a été fabriqué à l'avance. Par exemple on peut donner à la fille le traitement par le mebendazole malgré les échecs thérapeutiques et qui est un médicament générique alors que le paquet consistant lui, est composé de molécules plus spécifiques.

⁷⁰ Entretien avec MABOU Marceline, Op. Cit.

de la disponibilité et de la durabilité des services, mais aussi de la gestion durable des pertues de vue. Ceci étant, la partie suivante consistera en l'identification et en la description des déterminants de l'accessibilité aux soins des TSS, ainsi qu'aux perceptions qu'elles développent autour des prestations qui leur sont offertes par HF à travers projet « CHAMP » et le Minsanté à travers ses FOSA.

.

TROISIÈME PARTIE
DES DÉTERMINANTS DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE
SANTÉ AUX PERCEPTIONS DES TRAVILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES
AU CAMEROUN

Emile DURKHEIM, dans *Les règles de la méthode sociologique* (1893), affirme au cinquième chapitre relatif à l'explication des faits sociaux : « *la cause déterminante d'un fait social doit être cherchée parmi les faits sociaux antécédents...* ». En s'appuyant sur ce postulat pour expliquer et comprendre les déterminants qui influencent l'accessibilité aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, il convient de rechercher, en amont, les causes déterminantes, autant dire, les raisons qui alimentent et motivent les choix de leurs lieux de prise en charge thérapeutique. En tout état de cause, le projet « CHAMP » offre un éventail de soins et de services gratuits aux TS dans le but de faciliter leur accès aux prestations sanitaires. Cependant, malgré ces initiatives, elles continuent de recourir à des trajectoires thérapeutiques proscrites par le personnel soignant. Pour expliquer et comprendre les motivations qui sont les leurs, il importe d'identifier et de décrire, tout d'abord, les principaux déterminants spécifiques qui balisent leur accessibilité aux soins de santé au chapitre sept ; ensuite, d'en faire de même au chapitre huit pour les déterminants non spécifiques et, enfin, présenter les différentes perceptions qu'elles développent autour des prestations qui leur sont offertes par les institutions de prise en charge au Cameroun. Ce sont là, les points essentiels qui servent de socle à la troisième partie du présent travail.

CHAPITRE VII

DES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS ET STRUCTURELS

En santé publique, un déterminant est un ensemble de facteurs individuels et environnementaux pouvant avoir une influence négative ou positive sur l'état de santé. Autant dire qu'il s'agit de facteurs individuels, sociaux, économiques et environnementaux que l'on peut associer à un problème de santé particulier ou encore à un état de santé global. Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, les déterminants sont des « Facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (Organisation mondiale de la santé, 1999). Ils peuvent être d'origine individuels ou collectifs ; innés ou acquis ; relevant de soins ou sans relation avec les soins. Douze déterminants ont été retenus par l'agence de santé publique du Canada. Il s'agit:

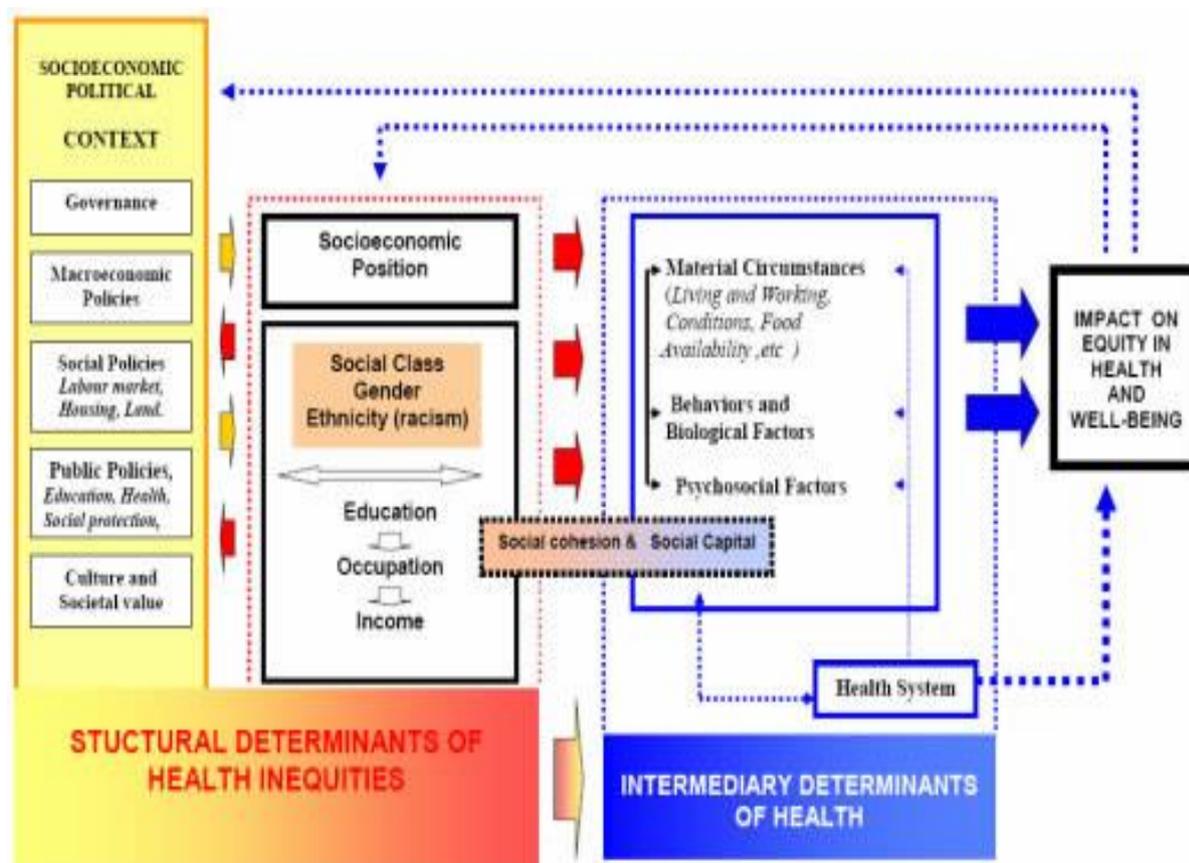
1. du niveau de revenu et le statut social ;
2. des réseaux de soutien social ;
3. de l'éducation et de l'alphabétisme ;
4. de l'emploi et des conditions de travail ;
5. des environnements sociaux ;
6. des environnements physiques ;
7. des habitudes de santé et de la capacité d'adaptations personnelles ;
8. du développement de la petite enfance ;
9. du patrimoine biologique et génétique ;
10. des services de santé ;
11. du genre humain ;
12. de la culture.

I. GENERALITES SUR LES DETERMINANTS DE SANTE

Les déterminants ne sont pas toujours des causes directes. Une illustration simple permet d'établir la distinction. Le fait de vivre en milieu défavorisé, par exemple, constitue un important déterminant de la santé. C'est là un fait reconnu. Toutefois, on ne saurait considérer la pauvreté comme la cause systématique d'un piètre état de santé. Il faudrait alors conclure que toutes les personnes défavorisées sont en mauvaise santé, ce qui n'est pas le cas. D'autres déterminants interviennent selon les circonstances, soit pour amoindrir l'effet de la pauvreté, soit pour le décupler. Ainsi, le manque de ressources économiques et sociales accroît le risque d'être en mauvaise santé. Certains avancent que plus une société investit dans les services de santé, meilleure est la santé de sa population. En d'autres mots : plus une population a accès aux traitements de pointe, plus sa santé ne s'en trouve améliorée. Cette idée est très répandue.

Pourtant, les progrès de la science révèlent hors de tout doute que, la santé dépend de plusieurs facteurs. Pour que l'action s'avère efficace, la lutte contre la maladie ne saurait donc suffire bien qu'elle soit essentielle. En effet, si l'intervention se limitait au traitement des maladies, le combat serait perdu d'avance puisque rien n'empêcherait le développement de problèmes de santé chez des personnes jusqu'alors bien portantes. Il faut aussi intervenir en amont des problèmes, en ciblant l'ensemble des déterminants qui influencent positivement ou négativement la santé de la population ou de groupes particuliers au sein de celle-ci. Ces déterminants sont présentés dans un document élaboré en 2005 pour les travaux de la commission sur les déterminants sociaux de la santé, sous l'égide de l'OMS (2005-2008). À titre illustratif : Le modèle de la CSDH/CDSS (Commission on Social Determinants of health/Commission des Déterminants Sociaux de la Santé), qui regroupe l'ensemble des déterminants reconnus. Ce modèle est fondé sur les interactions que des déterminants dits « structurels » et des inégalités sociales de santé entretiennent avec des déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé. Voir le schéma conceptuel de l'OMS sur les déterminants de santé ci-après :

Figure 12: Les déterminants de la santé selon l’OMS



Source : déterminants de la santé OMS (2005).

Ainsi, l’analyse du schéma sus présenté montre, à suffisance, le caractère interactif des différents déterminants de la santé. C’est dire, en d’autres termes, que ces déterminants s’influencent mutuellement.

Par ailleurs, la diversité des déterminants de la santé laisse présager que la tâche déborde largement le champ des services de santé. À l’évidence, il s’agit plutôt d’une action qui repose sur l’engagement de plusieurs acteurs : les élus, les administrateurs, les gestionnaires, les professionnels et les intervenants, qui travaillent dans différents secteurs d’activité ainsi que les citoyens sensibilisés sur la question. De plus, il importe de préciser que l’analyse des déterminants de la santé doit se situer dans le temps, puisque les déterminants changent, et dans l’espace, puisque l’importance relative d’un déterminant peut varier d’un lieu à un autre. Ainsi, analyser les déterminants de l’accessibilité aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, revient à déterminer les facteurs spécifiques et non spécifiques qui constituent un frein dans l’accès de ces TS à des soins et services indiqués.

Pour ce faire, il importe de rappeler que l'utilisation d'une ressource sanitaire relève d'une complexe interaction entre les facteurs socioculturels, les facteurs économiques, les facteurs géographiques et les facteurs structurels.

II. LES DÉTERMINANTS OU FACTEURS SOCIO-CULTURELS

Dans le cadre de cette analyse, les facteurs socio-culturels qui ont été identifiés comme facteurs pouvant influencer sur l'accès aux soins et services de santé chez les TS séropositives dans la ville de Yaoundé sont multiples. Il s'agit notamment de leur niveau d'instruction, de leurs réseaux relationnels et de leurs représentations sociales.

1. Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction apparaît comme un facteur socio-culturel pouvant influencer sur l'accès aux soins chez les TSS dans car, durant les enquêtes de terrain, la remarque faite était que, sur les 100 TS interrogées, 05 ont affirmé n'avoir jamais été à l'école, 10 n'ont que le niveau primaire, 50 n'ont que le niveau CEP, 20 ont le BEPC, 10 ont le niveau probatoire, seulement 3 ont le Baccalauréat, tandis que 2 ont le niveau supérieur. Or, le niveau d'instruction le plus représenté est le « niveau CEP », avec un effectif de 50 individus, correspondant ainsi à la moitié de la population d'étude. Aussi, en additionnant les effectifs des modalités que sont : « jamais été à l'école », « niveau primaire » et « niveau CEP », l'on obtient 65. Ce qui conduit à la conclusion que, plus de la moitié des TS séropositives interrogées sont sous-scolarisées, soit un total de 65 TSS sur les 100 interrogées. Les niveaux : « probatoire », « baccalauréat » et « supérieur » ne représentent pratiquement que le tiers de la population interrogée. Ainsi, aux questions de savoir « quel niveau d'étude avez-vous ? Comment faites-vous quand vous êtes malade ? », voici les réponses de quelques-unes qui ont bien voulu se montrer plus explicites :

Ma sœur, moi je ne suis pas partie à l'école [...] quand je suis malade, j'utilise les remèdes du village⁷¹.

J'ai arrêté l'école au cours moyen deux à cause du manque de moyens [...] quand je ne me sens pas bien, je prends d'abord ce que j'ai là à la maison comme para, efferalgans.⁷²

⁷¹ Entretien avec Emma, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.

⁷² Entretien avec Sylvie, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.

J'ai le CEP [...]. Quand je suis malade je prends les écorces quand ce n'est pas grave norr. Je peux par exemple faire le Ginger ça dépend. Comme je n'aime pas partir à l'hôpital pour faire les prélèvements là et tout ça, donc constamment, je me purge avec les écorces. Il y a aussi les remèdes là que je bois⁷³.

Moi j'ai le niveau 4^{ème}, j'ai arrêté l'école parce que j'avais accouché [...] quand je suis un peu malade par exemple si j'ai mal à la tête, j'envoie l'enfant m'acheter les comprimés en route⁷⁴.

Je suis étudiante à l'Université de Yaoundé I, niveau 3[...] en cas de souci de santé comme des maux de tête, je m'allonge le temps qu'il passe. Pas d'automédication car, le médecin a été clair là-dessus.⁷⁵

comme j'ai perdu mes parents, j'ai été obligée d'arrêter l'école après mon bacc⁷⁶[...] quand ça ne va pas, je pars à l'hôpital. C'est plus cher mais la santé n'a pas de prix.

Au regard de ce qui précède, force est de constater que le nombre élevé de TS sous-scolarisées, peut expliquer comment et pourquoi en dépit de toutes les mises en garde faites par le personnel soignant au sujet de l'importance de rompre d'avec le pluralisme thérapeutique compte tenu de l'impact néfaste qu'il pourrait avoir sur leur prise en charge, nombre d'elles s'entêtent malgré tout à recourir aux trajectoires telles que : l'automédication et l'ethnomédecine. En effet, en confrontant les réponses des TS « scolarisées » à celles des TS « sous-scolarisées » sur leurs recours thérapeutiques, l'on peut affirmer que le niveau d'instruction influe sur leurs choix thérapeutiques.

La précédente analyse montre que, le niveau d'instruction est un des facteurs socioculturels qui influe sur le choix des recours thérapeutiques. De ce fait même, se pose comme un frein dans l'accès à des soins adaptés. Toutefois, il importe de dire qu'en dehors du niveau d'instruction, d'autres facteurs socioculturels peuvent influencer l'accès des TS séropositives à des soins et services de meilleure qualité. Il s'agit notamment du réseau relationnel du malade.

⁷³ Entretien avec Pauline Op. Cit.

⁷⁴ Entretien avec Danielle, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.

⁷⁵ Entretien avec Solange, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

⁷⁶ Entretien avec Jeannette, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

2. Le réseau relationnel

En Afrique comme partout ailleurs, lorsqu'un individu est atteint par la maladie, c'est son réseau relationnel qui l'accompagne pendant la durée de sa thérapie (DJOUDA, Op. Cit.). En effet, ce réseau relationnel peut être constitué des membres de sa famille à savoir : les parents, les tantes, les oncles, les frères et sœurs, les cousins pour ne citer que ceux-là. Il peut aussi être constitué d'individus n'ayant rien avoir avec la famille du malade notamment, les amis et les voisins.

Ainsi, dans le cadre de cette analyse, les TSS ne dérogent pas à cette règle. C'est la raison pour laquelle lors des entretiens réalisés, bien que toutes les TSS interrogées aient affirmé n'avoir pas révélé leur statut sérologique à leurs partenaires non-clients par peur d'être rejetée, toutes ont affirmé l'avoir dit à certains membres de leur réseau relationnel. De la sorte, si le réseau relationnel du malade apparaît dans la présente analyse comme l'un des facteurs pouvant influencer les conditions d'accès aux soins du malade, c'est parce que lorsque le malade est sévèrement atteint par la maladie et donc incapable de décider de son plein gré du recours à choisir, ce sont les membres de son réseau relationnel qui le font pour lui. Ce qui peut le conduire à la perte de son autonomie. Aussi, importe-t-il de préciser que cela s'observe davantage dans les cas où le malade souffre d'une affection chronique. En fait, cette dernière est généralement incurable et se développe souvent lentement, dure dans le temps et est constituée de cycles pendant lesquels se succèdent phases aiguës (crises) et phases de stabilisation ou d'évolution de la maladie. Ainsi, cela nécessite l'accompagnement (psychologique) et le soutien (financier) de l'entourage du malade.

Ceci étant, durant son récit de vie, une TS a relaté ce qu'il suit :

Un jour, je suis tombée malade, moi je croyais que c'était le palu c'est pour cela que je ne suis pas d'abord partie à l'hôpital. J'ai donc commencé à prendre les paras et les métrés là à la maison. Mais, même après avoir pris des paras, j'étais toujours malade. C'est alors que ma sœur m'a amené à l'hôpital faire des examens. C'est alors là qu'on m'a dit que j'avais la maladie-ci.

Plus loin elle relate :

Comme j'étais commerçante, mon état ne me permettait plus de faire mon petit commerce, c'est ma sœur-là qui me faisait tout. Et quand j'ai vu que j'allais déjà mieux, j'ai arrêté le traitement pendant des mois. Ça fait que quelques temps après, j'ai rechuté et c'est ma sœur qui m'a encore amené à l'hôpital alors que comme moi je suis pentecôtiste là, je voulais partir à la prière. Mais, elle m'a dit

*que le mieux c'est de partir à l'hôpital parce que je suis très faible et qu'on va aussi me faire les examens. Je ne pouvais rien dire parce que c'est elle-même qui payait tout*⁷⁷.

De cette affirmation, il ressort que, tout comme le niveau d'instruction, le réseau relationnel aussi est un facteur socioculturel qui a une influence significative sur l'accès aux soins des TS. En tout état de cause, les membres du réseau relationnel du malade en référence à leurs usages habituels ou même en s'inspirant de leurs expériences personnelles, peuvent orienter le malade vers des recours thérapeutiques qui rentrent en contradiction avec ceux prescrits par le personnel soignant. Voici un extrait du récit de vie d'une TSS à cet effet :

*Quand je suis tombée malade, ma copine m'a emmené chez un docteur traditionnel. Elle m'avait dit qu'il était très efficace. Et que c'est là-bas qu'elle se ravitaille souvent. Ces produits m'avaient tellement menacé. Ça avait même aggravé ma situation. J'ai parlé de ça à une autre copine. C'est elle qui m'a conseillée de venir à Horizons Femmes. Depuis que je viens ici, ça va vraiment mieux*⁷⁸.

Après analyse, il convient de retenir que, certaines TSS recourent à la médecine traditionnelle non pas parce qu'elles ne croient pas en l'existence du VIH/SIDA, mais pour les mêmes raisons que celles qui choisissent de se rendre à l'hôpital, à savoir la quête des soins de meilleure qualité. De ce qui précède, l'on peut affirmer que le recours à la tradition, bien que pouvant procurer une certaine assurance aux patients par le truchement de la convivialité qui y règne, se révèle être un frein dans l'accès à des soins adaptés chez les TS séropositives. Car, la convivialité ne garantit pas nécessairement l'efficacité du traitement, surtout sur le long terme. Toutefois, il importe de se poser la question de savoir qu'en est-il de leurs représentations sociales ?

3. Les représentations sociales

Selon MOSCOVICI (Op. Cit.), une représentation sociale est :

Un système de valeur, de motivation et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social qui provient non seulement du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et l'évaluation des réponses.

⁷⁷ Entretien avec Marie C, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

⁷⁸ Entretien avec Cécile, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

En d'autres termes, une représentation sociale est une forme de connaissance courante, dite de sens commun qui a comme finalité, l'organisation et l'orientation des communication et des conduites permettant d'acquérir une vision de la réalité commune à tous les membres d'un ensemble social déterminé. Ainsi, compte tenu du fait que les perceptions qui alimentent la maladie et la santé varient d'un espace culturel à un autre et même d'une société à une autre, il importe de bien les élucider car, elles peuvent jouer un rôle déterminant dans la recherche des soins. De ce fait, étudier la maladie, à partir de la théorie de la représentation sociale, revient à étudier non seulement les éléments liés à l'aspect émotionnel de l'individu, mais aussi des éléments liés à l'aspect cognitif de l'ensemble des acteurs sociaux. Il s'agit, en d'autres termes, d'analyser les éléments tels que l'ethnie et la confession religieuse, afin de comprendre les logiques, les comportements ainsi que les pratiques qui alimentent les choix thérapeutiques des TS. Il s'agit également de montrer de quelle manière ces derniers peuvent constituer un obstacle dans leur accès à des soins adaptés. Selon les constatations, la manière de percevoir la maladie a une influence sur le choix du recours thérapeutique à capitaliser. Et ce dernier, à son tour, peut freiner l'accès à des soins appropriés. À titre illustratif, voir le schéma ci- dessous :

Figure 13: La construction sociale des représentations de la maladie

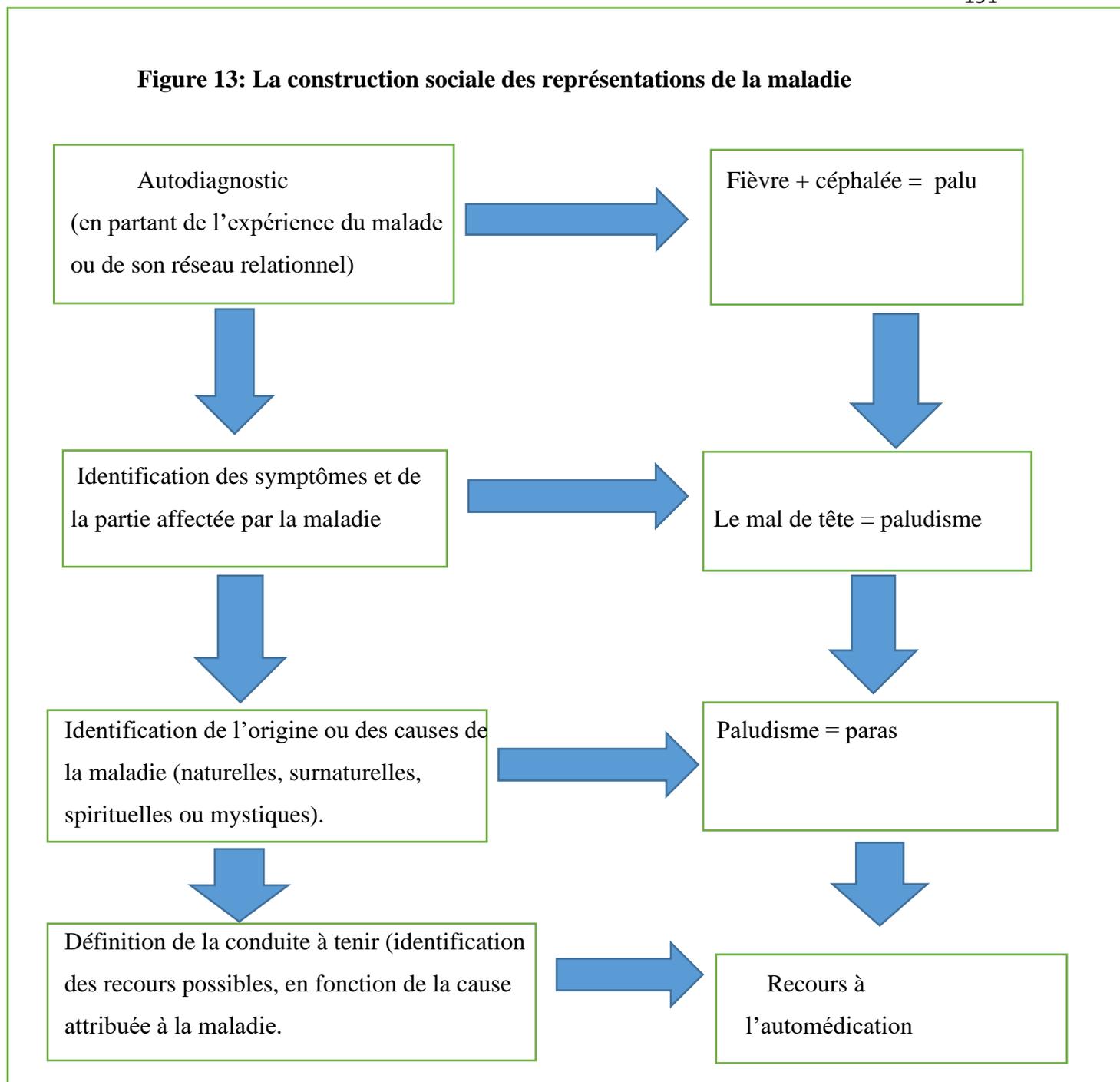


Schéma conçu et illustré par Guyleine Léonelle NTOUTOU.

Comme cela a été précisé en amont, la construction d'une représentation sociale de la maladie peut influencer sur le choix de la trajectoire thérapeutique. En effet, le schéma ci-dessus montre que lorsqu'on est souffrant, on commence par un autodiagnostic en s'appuyant sur sa propre expérience ou sur celle de son réseau relationnel. En constatant par exemple qu'on a de la fièvre accompagnée de céphalée, on suppose qu'il s'agit peut-être de paludisme. Puis, l'on procède à l'identification des symptômes et de la partie affectée par la maladie. Si c'est par exemple le mal de tête, directement on déduit que l'on souffre de paludisme. Toutefois, pour

un traitement plus efficient, l'on identifie ensuite la cause de la maladie. Est-elle naturelle, surnaturelle, spirituelle ou mystique ? C'est donc en fonction de la réponse à cette question, qu'on arrive à choisir le recours que l'on juge approprié. Dans le cadre de cet exemple, puisqu'on sait déjà que l'on souffre de paludisme, la cause de la maladie est à coup sûr naturelle et donc on songe à prendre des paracétamols ou des efféalgans. Par conséquent, le recours à l'automédication semble rationnel comme choix thérapeutique. Or, le tout n'est pas de choisir la recours que l'on juge évidente, mais celui qui vous garantira les prestations sanitaires de meilleure qualité et adaptées. Il s'agit par exemple d'un diagnostic basé sur les données probantes et non sur des affabulations. L'objectif étant naturellement d'aboutir à un traitement efficient. À titre illustratif, le mal de tête n'est pas toujours synonyme de paludisme. Lorsqu'il était question de réseau relationnel un peu plus tôt, une TS avait affirmé avoir pris son mal de tête pour du paludisme alors qu'une fois des examens cliniques effectués, elle a appris à ses dépens qu'elle était séropositive. Aussi, parmi les TS interrogées, une a-t'elle affirmé : *« moi j'ai toujours pensé que le SIDA n'existait pas. Ce sont les sorciers qui m'ont lancé ça. Je viens même ici parce qu'on me donne souvent les savons gratuitement et d'autres choses. Dans mon travail ce sont mes écorces qui me protègent⁷⁹ »*.

En somme, l'analyse des déterminants socio-culturels montre que ces derniers jouent un rôle prépondérant dans les choix thérapeutiques des malades et de leurs proches. Et, de ce fait, en fonction du choix effectué, ils peuvent constituer un obstacle majeur dans l'accès des TSS à des soins et services adéquats. Dans le cadre de cette recherche par exemple, le niveau d'instruction des TSS, leurs réseaux relationnels ainsi que leurs représentations sociales du VIH/SIDA, constituent des freins dans leur accès à des soins hospitaliers. Aussi, a-t-on constaté qu'il existe une interrelation entre le niveau d'instruction des TSS et les différentes trajectoires qu'elles mobilisent ; de même qu'entre leurs représentations de la maladie et ces trajectoires. Quant au réseau relationnel, il apparaît davantage comme l'élément fondamental qui vient rendre opérationnel ces choix thérapeutiques. Ceci étant, l'on peut conclure que les facteurs socio-culturels représentent un enjeu pertinent dans l'explication des choix thérapeutiques des TSS d'une part et dans la compréhension des difficultés liées à leur accès à des soins hospitaliers d'autres parts.

⁷⁹ Entretien avec Nelly, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

Par ailleurs, les déterminants socio-culturels ayant déjà été identifiés et analysés, il convient désormais d'en faire de même avec les déterminants structurels.

III. IDENTIFICATION DES DÉTERMINANTS OU FACTEURS STRUCTURELS

Par déterminants structurels, il faut entendre, tout facteur lié à la politique, au fonctionnement ou à l'organisation de la structure de soins, pouvant influencer sur les conditions d'accès aux soins adéquats chez les TS. En effet, en dehors des facteurs liés à l'individu et à son environnement social, il importe tout aussi d'examiner ceux liés aux structures de prise en charge. Il s'agit, en fait, de questionner la disponibilité des soins, du personnel de prise en charge et du matériel de prévention, la nature des rapports soignant/soigné et le rôle des FOSEA dans la prise en charge des TS.

1. La disponibilité des soins et des services

Dans la quête des soins de meilleure qualité, le choix d'une structure sanitaire est souvent motivé par un ensemble de facteurs parmi lesquels la disponibilité des soins et la disponibilité du personnel de prise en charge. En ce qui concerne l'Association à but non lucratif Horizons Femmes, plusieurs soins y sont disponibles pour les TS en général et pour celles séropositives en particulier. Il s'agit notamment du dépistage des IST, VIH, Syphilis et des Hépatites, des consultations et de la prise en charge syndromique de certaines IST telles que : les vaginoses. Il est aussi à noter la distribution gratuite du matériel de prévention, la prise en charge gratuite du VIH chez les TS séropositives (initiation au traitement antirétroviral), la Prep, les bilans de suivi, l'observation thérapeutique à travers les visites à domiciles et l'appui nutritionnel. Ceci étant, les soins et services offerts par Horizons Femmes ayant été recensés, il importe désormais de questionner leur disponibilité. Etant donné que la disponibilité des soins et services peut influencer le taux de fréquentation d'une structure sanitaire et même inciter les patients à changer de trajectoires thérapeutiques, il apparaît plus que nécessaire de vérifier si c'est également le cas chez les TS.

Ainsi, au cours des enquêtes menées, le personnel de prise en charge d'Horizons Femmes a été interrogé au sujet de la disponibilité effective de leurs soins et services. Lors de l'entretien avec le laborantin, il a révélé que la disponibilité de tous les soins sus cités était périodique. De la sorte, voici un extrait de sa réponse :

Le dépistage des IST, Syphilis et des Hépatites ainsi que leur prise en charge sont souvent périodiques. Et quand les filles viennent par exemple à une période où on a tout arrêté, elles sont souvent mécontentes. Or ce qu'elles ne savent pas c'est que cela ne dépend pas de nous, mais du bailleur de fonds. Nous sommes mêmes souvent aussi à cours d'intrants⁸⁰.

Pour renchérir cette déclaration, la chargée de la dispensation communautaire à Horizons Femmes a révélé ce qu'il suit :

Dans les années 2015, on avait un paquet consistant pour les soins des TS. Donc lorsqu'elles venaient, elles bénéficiaient de beaucoup de services gratuits. Le bailleur de fonds en 2017, avait aussi sollicité la CAMNAFAW pour nous fournir des paquets de médicaments préfabriqués, afin de réduire les IST chez ces TS. Ces médicaments étaient fonction du type de symptôme observé chez la TS lors des consultations chez l'infirmière. En ce qui concerne la TS séropositive, avant, elle bénéficiait d'un bilan pré-thérapeutique gratuit, ce qui était moins coûteux pour elle, car c'est Horizons Femmes, avec l'appui de Care International qui payait pour ses examens. Mais, seules les TS séropositives affiliées à une Organisation à Base Communautaire comme Horizons Femmes pouvaient en bénéficier. [...] Après, le bailleur ne subventionnait plus le paquet d'examens. Ceux-ci sont revenus à la charge exclusive de la TS. Ce qui fait qu'elles étaient de moins en moins nombreuses à venir, puisque justement, le paquet n'était plus consistant. Il n'y a plus d'affluence comme avant. En plus, de nos jours, leur prise en charge est beaucoup plus axée sur la prise en charge psychosociale. Beaucoup ne voyant pas ce qu'elle leur rapporte matériellement, elles ne viennent plus trop.⁸¹

De ces affirmations, il apparaît que la disponibilité des soins et services dans le cadre du projet « CHAMP », est sujette à caution et ce, d'autant plus que même le matériel de prévention connaît des ruptures de stocks. La question de l'accès aux soins et à la prévention ne bénéficie plus, contrairement à la période marquée par l'arrivée du VIH/sida, d'une attention de premier plan. Les conséquences de cette relégation sont nombreuses. Or, la disponibilité de ce matériel est plus que nécessaire dans la mesure où, la lutte contre la grande pandémie qu'est le VIH, doit partir de la prévention. À juste titre, l'un des objectifs du projet « CHAMP » est de réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH et aux infections y afférentes. Par conséquent, comment réduire cette affection si déjà la structure à travers son projet phare, n'arrive pas à assurer la disponibilité permanente du matériel de prévention qui, pourtant est un outil indispensable dans cette lutte? En tout état de cause, doit-on se poser la question de savoir si ce problème de disponibilité des soins et des services n'a pas pu favoriser à un moment donné,

⁸⁰ Aymar D'Aquin KUIDJE, Op. Cit.

⁸¹ MABOU Marceline, Op. Cit.

le changement de trajectoires thérapeutiques chez les TS séropositives? En effet, lorsque la question leur a été posée, l'une d'elle a répondu en ces termes :

Un jour, j'avais eu des picotements et je suis venue à Horizons Femmes pour qu'on trouve une solution à mon problème, mais on m'avait dit qu'on a d'abord suspendu la prise en charge des IST. Comme je n'avais pas prévu d'argent parce que je savais que c'était gratuit, je ne pouvais pas me rendre dans un hôpital sans argent, donc en attendant, j'ai commencé à faire les remèdes traditionnels avec les plantes et les écorces⁸².

Une autre a affirmé :

J'étais venue à Horizons Femmes pour faire mon PCV car une amie m'avait dit que c'est gratuit. Quand je suis arrivée ici, on m'a dit qu'on ne fait plus ça. Moi j'étais vraiment dans le besoin. Donc j'étais obligée d'aller chercher les comprimés en route, pour résoudre mon problème⁸³.

De plus, lorsque la question de savoir : quelles étaient les plaintes que formulent généralement les TS a été posée au personnel de prise en charge, sur les 10 membres interrogés, 7 ont affirmé que les TS se plaignent davantage de la limitation des soins et services aux VIH et IST et de leur interruption périodique. Or, tout porte à croire que l'une des raisons qui motive ces TS à venir à Horizons Femmes, est le paquet de soins et de services disponibles. Ainsi, quelles sont les mesures palliatives auxquelles elles recourent pour surmonter le problème de l'indisponibilité des soins et services à Horizons Femmes? Au regard des affirmations précédemment faites par les TS à ce sujet, il en ressort qu'afin de pallier au problème de l'indisponibilité des soins et services dans le cadre du projet « CHAMP », elles recourent à des trajectoires thérapeutiques peu recommandables. Ce qui constitue un frein dans leur accès à des soins plus adaptés. Ainsi, l'on peut affirmer sans nul doute que l'indisponibilité des soins et services est un facteur qui influence le choix des recours thérapeutiques et par la même occasion, constitue un frein dans l'accès aux soins sanitaires appropriés des TS séropositives. Par ailleurs, qu'en est-il de la disponibilité du personnel de prise en charge et de la nature des rapports soignant/soigné ?

⁸² Entretien avec Alice, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 17/03/2022.

⁸³ Entretien avec Marthe, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 17/03/2022.

2. La disponibilité du personnel de prise en charge et la nature des rapports soignant/soigné

Avant de faire irruption dans le vif du sujet, il importe de faire un bref rappel des éléments liés à la couverture sanitaire en termes de personnels hospitalier au Cameroun. Cette démarche aura pour mérite de faire ressortir le ratio entre le personnel de santé et les individus à couvrir, autant dire à soigner. De plus, après avoir fait cela, il sera moins fastidieux de déterminer si effectivement le personnel alloué aux populations par site géographique peut prétendre à une couverture sanitaire optimale pour celle-ci.

Le Cameroun a ratifié plusieurs chartes sur le développement concernant les domaines majeures suivants : les domaines socio-éducatif, socio-économique et socio-sanitaire. Malgré cela, au regard de certains indicateurs et statistiques sur la santé, la situation du pays reste préoccupante notamment, concernant la couverture sanitaire qui est faiblement déployée sur l'ensemble du territoire. Il existe des situations où le personnel médical est en sous-effectif. Dans certains districts de santé, il y a un médecin pour 500 000 habitants ou un infirmier pour 140 000 habitants, alors que la norme internationale préconise un médecin pour 10 000 habitants et un infirmier pour 5 000 habitants (Stratégies spatiales 2019). Plusieurs difficultés sont récurrentes par endroit, une couverture sanitaire déséquilibrée et peu dense, une charge professionnelle trop importante pour le personnel soignant, de fortes contraintes pour accéder à des structures sanitaires.

Le personnel médico-sanitaire ici regroupe les 3 professionnels de santé suivants : les infirmiers, les médecins et les pharmaciens. Compte tenu de la difficulté d'obtention de données sur les autres corps de professionnels sanitaires (sages-femmes, aides-soignants, pédiatres, etc.), l'attention a été focalisée sur ces premiers. Le Cameroun compte, d'après le recensement du Ministère de la Santé Publique de 2012, 6654 personnels médico-sanitaires (infirmiers, médecins et pharmaciens). La Région du Centre, qui est la région la plus peuplée du pays en 2012 avec 3 719 029 habitants, est aussi celle qui abrite le plus grand nombre de formations sanitaires publiques soit 410 au total. Les 2 autres régions les plus peuplées du pays, l'Extrême Nord et le Littoral, avec plus de 3 millions d'habitants chacune, ne suivent pas directement la Région du Centre dans le classement des effectifs des formations sanitaires publiques. Elles sont toutes les deux devancées par la Région de l'Ouest qui vient en seconde position avec 377 formations sanitaires publiques.

La Région du Littoral n'apparaît, elle, qu'en 7^{ème} position, avec 201 formations sanitaires. Elle est même dépassée par la région du Sud qui est la région la moins peuplée du pays. La Région du Sud devance également avec 203 formations sanitaires publiques plusieurs autres Régions moins peuplées qu'elle, dont l'Adamaoua, l'Est et le Sud-ouest qui comptent respectivement 115, 154 et 195 formations sanitaires publiques. Ces situations particulières surtout pour les régions de l'Ouest et du Sud ont d'une certaine manière un impact sur les autres Régions en chamboulant les classements. Cela traduit aussi finalement un certain déséquilibre dans les dotations en infrastructures sanitaires dans certaines régions sur l'ensemble du territoire. En ce qui concerne les proportions d'individus entre ces 3 corps de métiers. Les infirmiers sont logiquement plus nombreux que les médecins et pharmaciens au sein des 10 Régions. Ils représentent entre 65 et 84% des effectifs. En deuxième position, viennent les médecins qui varient entre 13 et 25%, puis les pharmaciens entre 6 et 22%. Seules les Régions de l'Extrême Nord et de l'Ouest présentent un nombre de pharmaciens plus élevé que celui des médecins.

Dans le schéma organisationnel de la dispensation des soins, le personnel de prise en charge y joue un rôle essentiel. En effet, outre les ressources structurelles et infrastructurelles, les ressources humaines aussi, constituent un maillon important dans la chaîne au point où c'est parfois à partir de ces prestations que les patients et leurs proches arrivent à dire si oui ou non la structure sanitaire est accueillante. C'est donc dire, en d'autres termes, que la disponibilité du personnel de prise en charge ainsi que la nature des rapports soignant/soigné, sont des facteurs qui ont une influence sur le choix d'une structure de soins et par là, conditionnent l'accès des patients à des soins et services de meilleure qualité. Ainsi, lorsque le personnel de prise en charge au sein du projet « CHAMP » a été interrogé sur leur disponibilité, ils ont été clairs sur un fait, y compris le médecin c'est que, ce dernier est régulièrement absent. Or, étant donné que c'est lui qui est chargé de la prise en charge des cas complexes chez les TS séropositives, ses absences répétées peuvent expliquer pourquoi ces dernières manquent « souvent » leurs rendez-vous. Une TS a affirmé à juste titre que : « *comme moi j'habite même d'abord loin là, donc le simple fait de savoir que je vais venir attendre et parfois pour ne pas être reçue, me décourage*⁸⁴ ».

⁸⁴ Entretien avec Marlyse, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

De plus, lorsque la question a été posée aux TS, elles ont répondu à l'unanimité que le médecin est toujours absent et lorsqu'elle est là, c'est de courte durée. Durant les enquêtes, l'on a observé *in situ* ces absences et des cas où, la TS était devenue agressive pour n'avoir pas pu rencontrer le médecin. Toujours en ce qui concerne la disponibilité du personnel de prise en charge, les TS posent également le problème des lenteurs administratives, qui coursaitent leur travail surtout que, « le temps c'est de l'argent ». Pourtant, étant entendu que la durée d'attente au sein d'une structure sanitaire peut conduire à une insatisfaction et amener les patients et leurs proches à changer de structure de soins ou même de trajectoire thérapeutique, le constat ici fait est que, cela s'applique également aux TS. À cet effet, l'une d'elles a donné plus de précisions dans cet extrait de son récit de vie :

Ce qui me dérange ici c'est qu'on nous fait attendre pendant longtemps. Je suis arrivée ici à 8 heures et on dit qu'on va me recevoir à 12 heures, regarde, il est seulement 10 heures trente et je suis déjà fatiguée comme ça. Je ne sais même pas si je vais supporter surtout que moi j'ai d'autres choses à faire. Si je savais que j'allais mettre long ici, je ne venais même pas. Avant, je partais d'abord à l'hôpital central, c'est toujours à cause de ces pertes de temps que j'ai arrêté de partir là-bas⁸⁵.

Il ressort de cet extrait de récit de vie que, l'indisponibilité du personnel de prise en charge favorise le changement de structure de soins et parfois de trajectoire thérapeutique. La TS part de la trajectoire recommandée au regard de son statut sérologique à la moins recommandée. Le témoignage de la TS suivante agrémentecette constatation :

On nous a dit ici que le médecin vient deux fois par semaines. Et qu'il est à notre disposition. Quand l'infirmière ne peut pas gérer notre problème, on peut voir le médecin mardi et jeudi. Moi je suis venue ici mardi, le médecin n'était pas là. J'ai même attendu toujours rien. Aujourd'hui encore, je suis venue. C'est jeudi mais depuis le matin, pas de médecin. Moi j'ai des choses à faire. On ne peut pas venir ici comme ça tout le temps attendre pour rien.

Face à cette insatisfaction constatée, lorsqu'il a été demandé à cette TS comment allait-elle faire comme le médecin n'était toujours pas arrivé, elle a répondu dans cet extrait de notre dialogue en ces termes:

- « tu demandes même encore ? moi je vais rentrer. Je vais me débrouiller autrement ».

Et à nous de la relancer :

- tu comptes te débrouiller comment ?

⁸⁵ Entretien avec Christèle, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 15/03/2022.

- « *je vais acheter les écorces au marché en attendant* ».
- Tu n'as pas peur que ça complique ton traitement que tu prends ici ?
- « *Je vais alors faire comment ma sœur ? Rester comme ça ? Tu sais comment l'affaire-ci me fait à l'intérieur ? Je ne peux même pas partir au « couloir »⁸⁶* ».

Il ressort clairement de cet échange que l'indisponibilité du personnel soignant est un facteur pouvant conduire les TS séropositives à reconsidérer leur choix thérapeutiques. Ce qui pose le problème de l'accessibilité structurelle aux soins et service adéquats.

Toutefois, s'il est avéré que l'indisponibilité du personnel de prise en charge constitue un frein dans l'accès des TS séropositives à des soins et services de meilleure qualité, il est tout aussi important de préciser que l'exploration documentaire a révélé un élément crucial. Il s'agit en occurrence de l'inégale répartition entre le personnel sanitaire et la population à couvrir. En effet, il importe de dire que le médecin qui consulte les TS à Horizons Femmes travaille également comme médecin traitant et permanent à l'hôpital de la Cité Verte. Elle vient consulter les TS en communauté parce qu'à l'hôpital, il est difficile pour ces TS de la rencontrer au regard des effectifs pléthoriques en milieu hospitalier. En interrogeant ce médecin sur ces absences à Horizons Femmes, elle a affirmé ce qu'il suit :

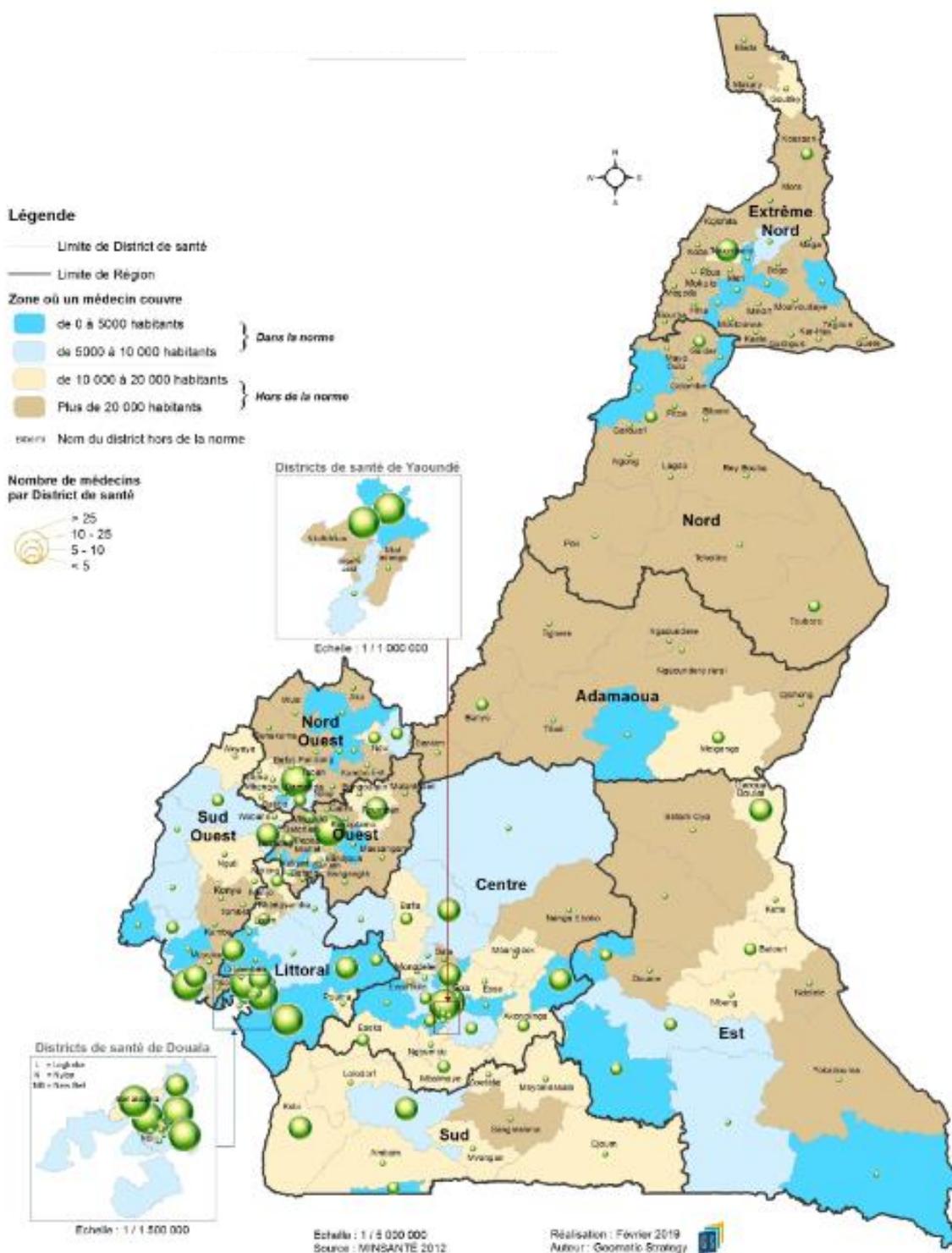
Même ici à l'hôpital, il n'est pas facile de toujours accorder beaucoup de temps à la TS car, il y a souvent de l'affluence. Je suis la seule à les recevoir. Sans compter que je suis aussi sollicitée en tant qu'experte dans l'élaboration des directives en matière de prise en charge de ces cibles au Cameroun, en collaboration avec le Ministère de la santé publique. Parfois, il peut arriver qu'on m'appelle ailleurs pour une urgence. Vous voyez que ce n'est pas évident pour nous-même⁸⁷.

Par ailleurs, la figure ci-après renseigne à suffisance sur le problème de l'inégale répartition entre le personnel de prise en charge et les populations à couvrir.

⁸⁶ Entretien avec Dany, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

⁸⁷ Dr. OMGBA, Op. Cit.

Figure 14: Répartition de la charge médicinale dans les districts de santé



Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

La charge médicale illustrée sur la figure ci-dessus, consiste à indiquer le nombre potentiel de personnes qui sont susceptibles d'être à la charge d'un médecin dans un lieu donné. En 2012 le Cameroun comptait en son sein 1 281 médecins pour 20 418 313 habitants. La charge médicale nationale pour le Cameroun est donc d'un médecin pour 15 939 habitants, alors que l'OMS prescrit au minimum une charge d'un médecin pour 10 000 habitants. La charge médicale varie au Cameroun selon les 189 districts de santé. Certains se trouvent en dessous de la norme internationale et d'autres au-dessus. Dans 42 districts de santé sur 189, le nombre de médecins est conforme aux normes de l'OMS soit seulement dans 22% des districts. Dans les 147 autres districts restants, il est inférieur. Pour exemple les districts de Nkolndongo (Yaoundé) et Nylon (Douala) possèdent les charges médicales les plus lourdes avec respectivement un médecin pour 573 031 et 456 877 habitants. Dans ces cas de figure, si un tiers ou même un quart de la population venait à avoir besoin de rencontrer un médecin au même moment, il y aurait une réelle saturation du personnel de santé, ce qui entraînerait un retard important dans la prise en charge et sûrement des conséquences beaucoup plus graves pour la santé des patients.

La grande moitié Nord du Cameroun, ainsi que les districts de santé de la Région de l'Est sont quasiment tous hors norme. Ces zones sont répulsives à l'installation de médecins pourtant les besoins des populations semblent importants surtout à la vue du climat d'instabilité socio-économique qui prévaut dans ces régions avec soit la présence de conflits armés ou alors soit la présence de réfugiés en grand nombre fuyant des zones frontalières peu sûres.

À l'opposé de ces 2 districts faiblement dotés en médecins, les districts de Ngambe dans la région du Littoral et d'Olamze dans la région du Sud possèdent respectivement des charges médicales assez légères avec un médecin pour 1043 et 2428 habitants. Ces statistiques sont plutôt satisfaisantes au regard de la norme internationale. La région du Littoral dans son ensemble obtient de bons résultats et fait office de moteur national tirant la charge médicale vers la norme de l'OMS. La majeure partie de ses districts sont en conformité vis-à-vis de la norme internationale.

La région de l'Ouest qui entraîne avec elle dans son voisinage, certains districts frontaliers du Nord-Ouest et du Sud-Ouest, ainsi que l'axe routier entre Yaoundé et Douala représentent les zones les plus denses en nombre absolu de médecins. Une dizaine de districts de santé appartenant à ces zones abritent sur leur territoire plus de 20 médecins. Ces zones sont réputées pour abriter les plus grands hôpitaux du pays mais aussi les facultés de médecine qui

forment les médecins et personnels de santé. De ce fait, ces zones sont mieux équipées que les autres en termes de praticiens en service.

En définitive, il paraît nécessaire de former et de dispatcher de nouveaux médecins sur le territoire national pour améliorer les statistiques nationales et rééquilibrer leur répartition spatiale au sein des différents districts de santé.

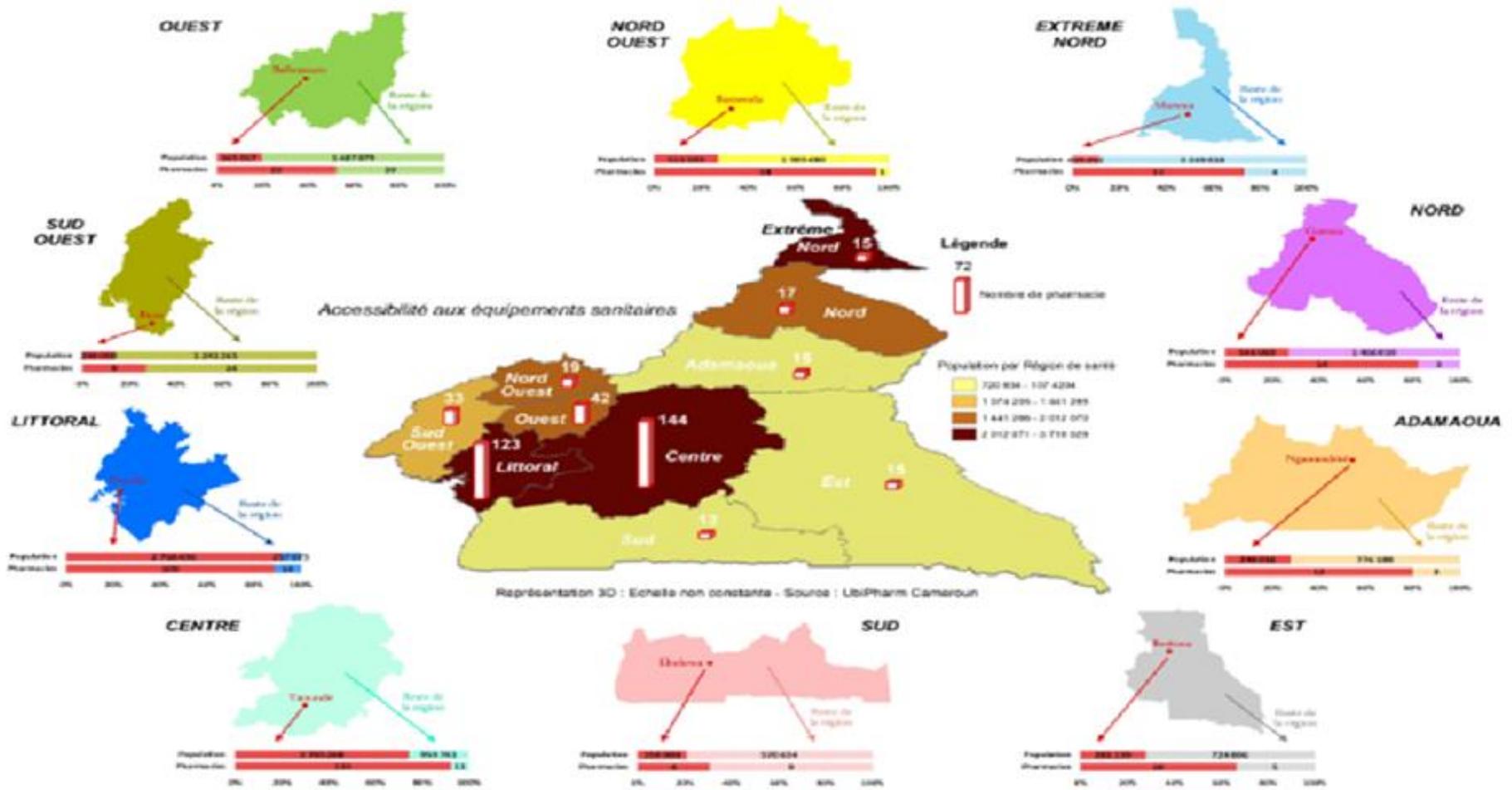
Par ailleurs, selon les données du site web UbiPharm, le Cameroun compte aujourd'hui 436 pharmacies sur l'étendue de son territoire. Les pharmacies ravitaillent les populations en médicaments en cas de maladie ou de traitement préventif. La répartition des pharmacies est inégale sur l'ensemble du territoire camerounais. Une partie de la population se dirige toujours vers les médicaments de la rue ou alors vers la médecine traditionnelle soit par tradition, croyances et habitudes, soit par manque de moyen financier ou alors tout simplement du fait de des difficultés d'accéder à une pharmacie dans son entourage propre. Cette dernière éventualité est surtout valable dans certaines régions reculées où peu de pharmacies sont implantées. A titre illustratif, la France métropolitaine sans les territoires d'outre-mer selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et de Etudes Economiques) s'étend sur 543 965 km² pour 65 millions d'habitants et possédait environ 24 000 pharmacies en 2012, cela fait une densité d'une pharmacie tous les 22,6 km² et une pharmacie pour environ 2 708 habitants. Le Cameroun s'étend sur 475 442 km² pour environ 24 millions d'habitants (projections) et possède 436 pharmacies, cela fait une densité d'une pharmacie tous les 1 105 km² et une pharmacie pour environ 55 045 habitants.

Au sein des 10 régions du Cameroun, les chefs-lieux possèdent les plus grands nombres de pharmacies. En d'autres termes, les pharmacies sont principalement installées dans les chefs-lieux de régions au détriment des autres zones rurales de la région. Dans les Régions du Centre et du Nord-Ouest, Yaoundé et Bamenda qui sont respectivement les 2 chefs-lieux de ces régions concentrent plus de 90% des pharmacies de la région. Douala, Garoua, et Ngaoundéré, chefs-lieux des régions du Littoral, du Nord et de l'Adamaoua, concentrent sur leur espace respectif plus de 80% des pharmacies de leur région. Les situations de Douala et Yaoundé peuvent être plus compréhensives du fait que ces 2 villes concentrent également plus de 70% de la population de leur région, mais en ce qui concerne les autres, il existe un vrai déséquilibre entre le nombre d'habitant et la proportion de pharmacies que concentrent les chefs-lieux. Les régions du Sud et du Nord-Ouest font quelque peu exception à la règle et possèdent des statistiques plus équilibrées. Leur chef-lieu respectif ne concentre pas plus de la moitié des pharmacies de leur

région. Ebolowa concentre environ 31% des pharmacies de la région du Sud, tandis que Buea concentre environ 28% des pharmacies de la région du Sud-Ouest. Yaoundé et Douala sont les 2 villes qui sont les plus équipées en nombre de pharmacies, respectivement 133 et 109. Aussi, les hôpitaux et certaines formations sanitaires sont-elles équipées de leurs propres pharmacies internes, ce qui équivaut à Yaoundé à une pharmacie pour 20 791 habitants, et pour Douala à une pharmacie pour 25 398 habitants. Ces chiffres sont bien meilleurs que ceux de la moyenne nationale. Le chef-lieu qui obtient le meilleur ratio pharmacie/population couverte est Bafoussam, avec une pharmacie pour 16 591 habitants. Celui qui obtient le plus mauvais ratio est Garoua avec une pharmacie pour 39 004 habitants. La région (sans son chef-lieu) qui obtient le meilleur ratio pharmacie/population couverte est la région du Sud-Ouest avec une pharmacie pour 51 719 habitants. Celle qui obtient le plus mauvais ratio est la région du Nord-Ouest avec une pharmacie pour 1 383 480 habitants.

Concernant le ratio pharmacie/surface couverte, il n'a pas été déterminé avec précision la superficie des aires urbaines des chefs-lieux de région mais Yaoundé et Douala semblent être manifestement les mieux fournis à l'instar d'Ebolowa qui semble être le Chef-lieu où il faut parcourir la distance la plus longue pour atteindre une pharmacie. Au niveau des régions (sans leur chef-lieu), les régions les plus vastes sont aussi celles qui sont les moins bien équipées en pharmacies, notamment les Régions de l'Est, du Centre et du Nord. La Région de l'Ouest (sans son chef-lieu) est une des plus petites mais aussi une des mieux équipées en pharmacie. Les distances moyennes à parcourir pour atteindre une pharmacie sont beaucoup plus courtes dans cette région. Voir la figure suivante :

Figure 15: Répartition des pharmacies par Région

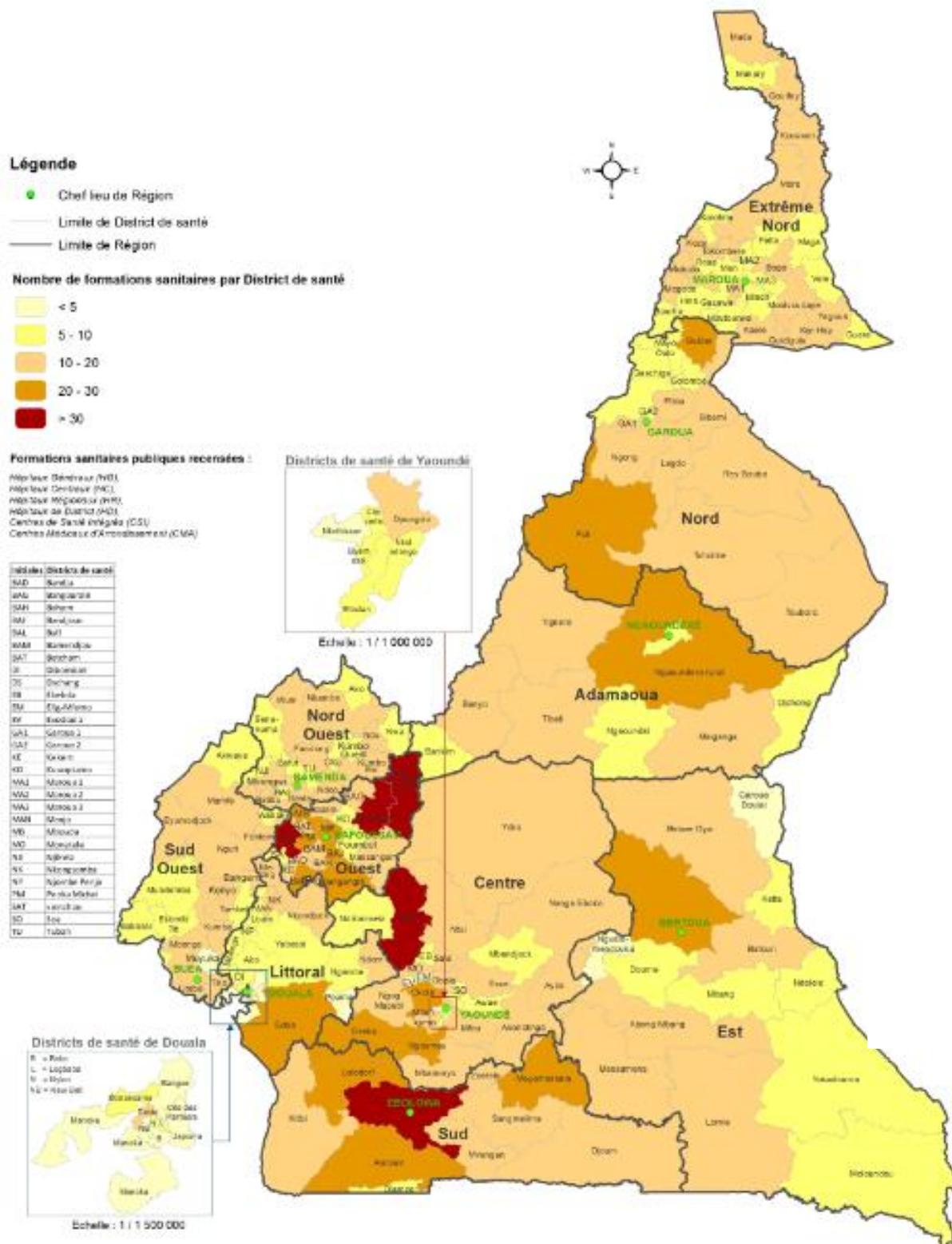


Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

Par ailleurs, pour ce qui est du nombre de formations sanitaires publiques par district de santé, il convient de dire que les Régions de l'Extrême Nord, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest ne possèdent aucun district de santé ayant plus de 10 formations sanitaires publiques. La Région de l'Est ne figure pas dans ce groupe grâce au district de Bertoua, chef-lieu de la Région qui comptabilise plus de 10 formations sanitaires. D'une manière assez générale ces Régions suscitées sont les moins bien équipées en établissements publiques de santé en comparaison avec leurs consœurs. La Région de l'Extrême Nord est l'une des régions les plus peuplée au Cameroun mais aussi l'une des moins bien fournies en structures sanitaires publiques. La Région de l'Est est également peu équipée surtout lorsque l'on observe les districts frontaliers avec la Centrafrique qui sont les moins bien fournis de la Région alors que paradoxalement ce sont ceux qui accueillent les plus grands nombres de réfugiés, demandeurs dans la majorité des cas, de soins médicaux de base.

Les districts de santé les moins équipées en formations sanitaires publiques sont ceux qui en possèdent moins de 5. Ils sont au nombre de 8 sur l'ensemble du territoire. Les districts de Nkolbisson (Région du Centre - Yaoundé), Manoka et Boko (Région du Littoral - Douala) qui ont respectivement 1, 2 et 3 formations sanitaires chacun sont en bas du classement, ce qui peut paraître surprenant. Néanmoins, ils appartiennent à des régions et aires urbaines plutôt bien équipées, ce qui atténue leur ségrégation spatiale. Les populations de ces districts peuvent aisément se déplacer vers un district voisin en cas de besoin. En outre, les aires urbaines de Yaoundé et Douala sont également fournies en hôpitaux centraux et généraux. Le district de Garoua Boulai est le seul à appartenir à cette catégorie des districts très faiblement équipés et à être quelque peu excentré et sans voisin bien fourni sur lequel éventuellement se rabattre. Voir la figure ci-après :

Figure 16: Nombre de formations sanitaires publiques par district de santé



Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

Au total, La carte ci-dessus permet de distinguer plusieurs types de foyers de concentration. Plus les couleurs progressent vers le foncé et plus le nombre de formations sanitaires publiques par district de santé est important. Les valeurs et classes extrêmes se distinguent des autres, elles regroupent les zones/districts à très faible concentration (moins de 5 formations sanitaires), et celles à très forte concentration (plus de 30 formations sanitaires). Les classes intermédiaires entre 5 et 30 sont celles qui regroupent le plus grand nombre de zones/districts.

Pour ce qui est de la charge infirmière, avec un effectif de 4 793 infirmiers réparti sur l'ensemble du territoire, le ratio varie entre 146 et 178 259 habitants pour un infirmier. Au total, 90 sur 189 districts de santé sont dans la norme prescrite par l'OMS (un infirmier pour 5 000 habitants). Il existe d'une part des districts de santé suffisamment dotés d'infirmiers et d'autres qui en sont moins. La population de la région du Littoral est dans l'ensemble celle qui est la mieux couverte par la présence d'infirmiers. Le Littoral possède d'une part, très peu de districts hors norme et d'autre part, il abrite celui qui a le meilleur ratio du pays, en l'occurrence le district de Ngambe, qui compte en moyenne un infirmier pour 146 habitants. Les autres régions dont les populations sont les mieux couvertes par la présence d'infirmiers sont situées dans le Grand Sud, il s'agit des Régions du Centre, de l'Est et du Sud qui présentent un nombre restreint de districts hors norme.

Aux antipodes des ratios acceptables de la majeure partie sud du pays, la zone du septentrion à laquelle s'ajoute le Nord-Ouest, possèdent une grande majorité de districts en dehors de la norme internationale. Pour exemple, les districts de santé de Pitoa dans la Région du Nord et celui de Kumbo Ouest dans la Région du Nord-Ouest avec des ratios respectifs d'un infirmier pour 143 258 et 178 259 habitants présentent les taux les plus « mauvais » du pays.

Dans ces districts en difficulté, il y a réel déséquilibre entre l'offre qui est le soin infirmier et la demande constituée par la population. La demande étant bien supérieure par rapport à l'offre, il y a donc une corrélation positive concernant l'accès insuffisant aux soins et la surcharge dans les structures de santé publique. Pour ces cas spécifiques, il semble que la répartition des infirmiers ne prend pas en compte la population existante.

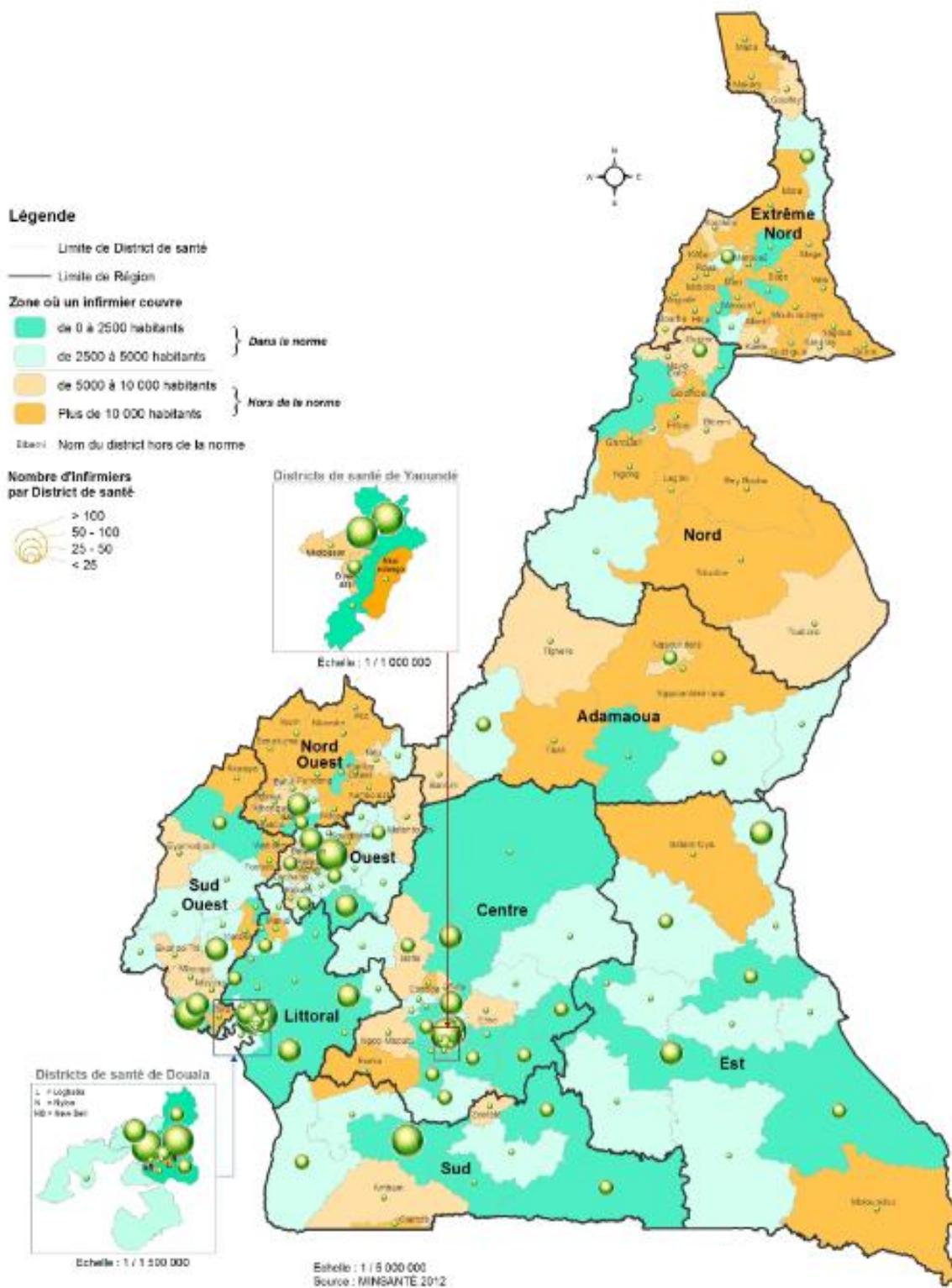
En nombre absolu d'infirmiers, la Région de l'Ouest semble assez bien fournie mais étant elle-même une région très peuplée, leur nombre ne suffit pas pour autant dans chacun des districts qu'elle abrite. 3 autres grands foyers se distinguent en nombre absolu d'infirmier, la zone

Douala-Buea, la zone de Yaoundé et d'Ebolowa. L'ensemble de ces zones abritent des districts où il y a plus de 100 infirmiers disponibles. Ces zones sortent du lot car elles abritent les chefs-lieux administratifs de leur région respective et des écoles de formations pour les infirmiers.

Même si sur le plan national le Cameroun dispose d'un infirmier pour 4 260 habitants, ce qui est convenable au regard de la norme recommandée par l'OMS, de nombreux districts sont en difficulté et cela consolide l'idée d'un accès inégal des populations au paquet minimum de services et soins de santé primaire. Les populations les plus défavorisées sont souvent celles qui souffrent le plus de ces situations de déséquilibres. D'où la nécessité de privilégier certains districts de santé dans l'affectation du personnel opérationnel à la sortie des écoles d'infirmiers.

Voir la figure suivante :

Figure 17: Répartition de la charge des infirmiers dans les districts de santé



Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

Par ailleurs, au sujet du personnel médico-sanitaire qui regroupe les 3 professionnels de santé suivants : les infirmiers, les médecins et les pharmaciens, vu la difficulté d'obtention de données sur les autres corps de professionnels sanitaires (sages-femmes, aides-soignants, pédiatres, etc.), l'attention a été focalisée sur ces premiers. Le Cameroun compte d'après le recensement du Ministère de la Santé Publique de 2012, 6654 personnels médico-sanitaires (infirmiers, médecins et pharmaciens).

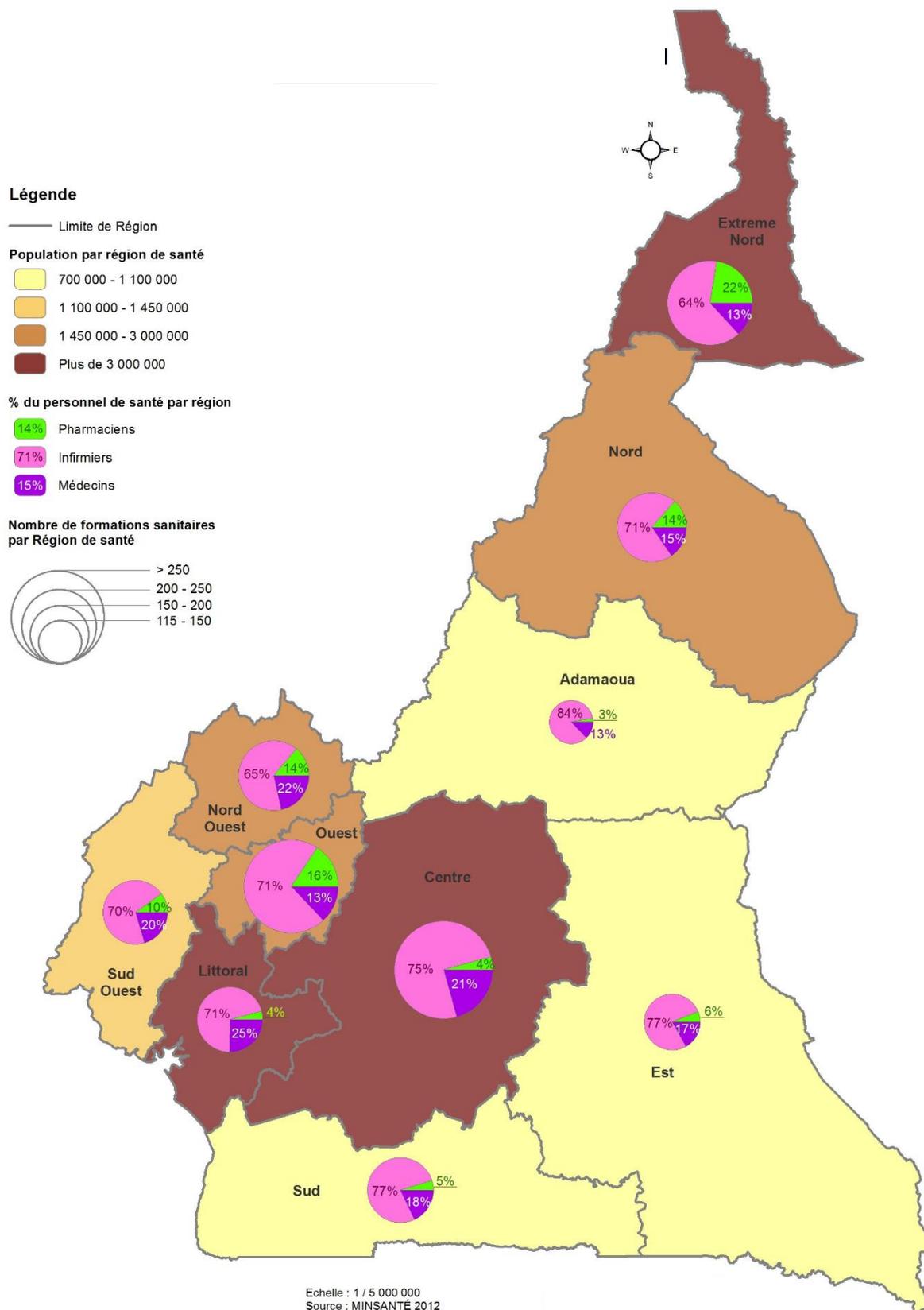
La Région du Centre qui est la région la plus peuplée du pays en 2012 avec 3 719 029 habitants est aussi celle qui abrite le plus grand nombre de formations sanitaires publiques soit 410 au total. Les 2 autres régions les plus peuplées du pays, l'Extrême Nord et le Littoral avec plus de 3 millions d'habitants chacune, ne suivent pas directement la Région du Centre dans le classement des effectifs des formations sanitaires publiques. Elles sont toutes les deux devancées par la Région de l'Ouest qui vient en seconde position avec 377 formations sanitaires publiques. La Région du Littoral n'apparaît qu'en 7^{ème} position avec 201 formations. Elle est même dépassée par la Région du Sud qui est la région la moins peuplée du pays. La Région du Sud devance également avec 203 formations sanitaires publiques plusieurs autres régions moins peuplées qu'elle, dont l'Adamaoua, l'Est et le Sud-ouest qui comptent respectivement 115, 154 et 195 formations sanitaires publiques. Ces situations particulières surtout pour les Régions de l'Ouest et du Sud ont d'une certaine manière un impact sur les autres régions en chamboulant les classements. Cela traduit aussi finalement un certain déséquilibre dans les dotations en infrastructures sanitaires dans certaines régions sur l'ensemble du territoire.

En ce qui concerne les proportions d'individus entre ces 3 corps de métiers. Les infirmiers sont logiquement plus nombreux que les médecins et pharmaciens au sein des 10 régions. Ils représentent entre 65 et 84% des effectifs. En deuxième position viennent les médecins qui varient entre 13 et 25%, puis les pharmaciens entre 6 et 22%. Seules les Régions de l'Extrême Nord et de l'Ouest présentent un nombre de pharmaciens plus élevé que celui des médecins. Les principaux chiffres qui attirent l'attention du fait de leur singularité sont les suivants : L'Adamaoua présente 3% de pharmaciens c'est-à-dire 6 en nombre absolu et 182 infirmiers. Ce sont les effectifs les plus faibles parmi les 10 régions. Au niveau des infirmiers, La Région du Centre en possède 1232 infirmiers soit environ 7 fois plus que l'Adamaoua, pourtant en termes de population, le Centre possède seulement 3 fois et demie plus d'habitants que l'Adamaoua. C'est dire que les effectifs dans l'Adamaoua sont assurément inappropriés à sa situation démographique. Concernant le nombre de médecins, le Littoral arrive en première

position avec 348 médecins qui représentent un quart c'est-à-dire 25% des effectifs entre les 3 professionnels retenus. L'Adamaoua se distingue à nouveau par le plus petit nombre absolu de médecins en l'occurrence 28.

Les statistiques sur le personnel médical traduisent elles-aussi un déséquilibre réel au niveau de la répartition de la charge professionnelle sur le territoire camerounais. Une analyse à une échelle plus grande que celle du district permettrait d'affiner les résultats obtenus et de les compléter, cependant des données à l'échelle de l'aire de santé ou de la localité n'ont pas pu être obtenues. Voir la figure illustrative ci-dessous :

Figure 18: Répartition du personnel de santé (infirmiers, médecins et aides-soignant) par Région



Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

D'après les données disponibles du Ministère de la Santé Publique en 2012, la population camerounaise s'élevait à 20 418 313 habitants pour 2 454 formations sanitaires publiques. Nous avons calculé un ratio permettant de connaître le nombre d'habitants qu'une formation sanitaire couvre en divisant le nombre d'habitants par le nombre de formations sanitaires. Au Cameroun, une formation sanitaire couvre donc en moyenne 8 320 habitants. La norme internationale préconise au minimum une formation sanitaire pour 10 000 habitants. Par conséquent le Cameroun est dans l'ensemble plutôt bien équipé, cependant il existe des disparités importantes entre les districts de santé.

Sur la carte, ce même ratio a été calculé pour chaque district de santé. Il ressort que 129 districts sur 189 sont situés dans la norme internationale tandis que 60 districts sont en dehors de la norme. Les districts de santé qui sont hors norme sont représentés par un dégradé de rose-violet. Le violet foncé met en évidence les districts qui ont les moins bons résultats selon ce ratio. La majorité des districts de l'Extrême Nord se retrouvent en dehors de la norme. Sur la carte précédente, l'Extrême Nord faisait partie des régions ayant un nombre de formations sanitaires peu élevé. Étant l'une des régions les plus peuplée du pays, c'est donc assez logiquement que la plupart de ses districts soient en dehors de la norme internationale donc en manque de formations sanitaires publiques. À contrario, les régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui étaient avec la région du Nord parmi celles qui abritaient des districts peu fournis en formations sanitaires publiques ne possèdent que très peu de districts hors norme. Cela suppose que l'équilibre population – formation sanitaire est meilleur dans ces 2 régions.

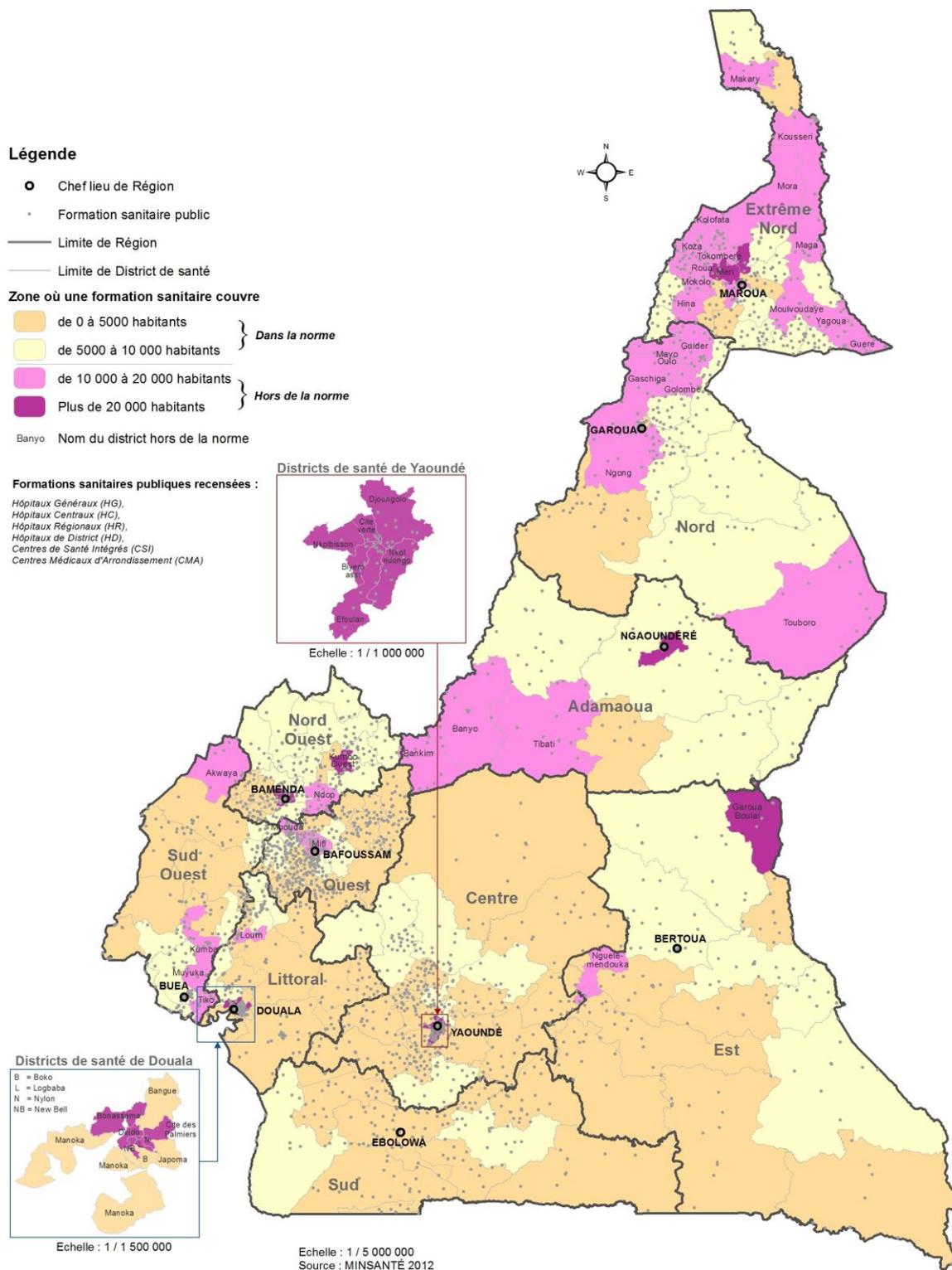
L'Adamaoua et le Nord sont, après l'Extrême Nord, les deux Régions les plus touchées par le manque de formations sanitaires publiques car elles présentent chacune plus de 4 districts assez vastes en superficie hors norme.

Dans la Région de l'Est les deux districts qui étaient les moins bien fournis en formations sanitaires publiques sont aussi les deux seuls districts hors normes, il s'agit des districts de Nguemendouka et de Garoua Boulai. Les autres districts de l'Est, frontaliers à la Centrafrique sont au final dans la norme donc leur situation n'est pas aussi inquiétante comme pouvait le laisser penser la première carte sur la répartition simple des formations sanitaires publiques.

La Région du Sud est la seule qui ne présente aucun district hors norme. La Région du Centre obéit pratiquement à la même logique hormis l'aire urbaine de Yaoundé qui obtient des résultats à l'opposé du reste de la région. Tous les districts de santé de la ville Yaoundé sont

hors norme et présentent des chiffres extrêmes. Les districts de santé de Biyem-Assi, Cité Verte, Djoungolo et Efoulan présentent un ratio d'une formation sanitaire pour respectivement 45 460, 45 354, 55 076 et 33 679 habitants. Les formations sanitaires publiques disponibles ne couvrent pas suffisamment la forte population de la ville de Yaoundé. À Douala également plus de la moitié des districts sont hors norme. C'est dire la nécessité qu'il y a à doter ces districts de santé en formations sanitaires publiques supplémentaires car la couverture y est bien faible au regard de la taille de la population qui est fortement élevée et ce malgré le fait que Yaoundé et Douala regroupent la quasi-totalité des hôpitaux généraux et centraux, cela n'atténue pas les mauvais ratios observés. Voir la figure suivante :

Figure 19: Ratio Formation Sanitaire/population à couvrir par District de Santé



Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

Au regard de l'analyse faite sur la répartition des formations sanitaires et de la charge professionnelle des personnels de santé au Cameroun, il importe de dire que cette analyse a permis de mettre en évidence l'idée selon laquelle l'inégale répartition de la couverture sanitaire reste encore relativement présente sur l'étendue du territoire camerounais et ce, si l'on se réfère aux normes édictées par l'OMS à ce sujet. En effet, le constat ici fait est que ce déséquilibre s'explique partiellement par une faible et inégale couverture des formations sanitaires publiques par rapport à la taille de la population. Ainsi, il ressort de l'enquête menée par les experts de la géographie spatiale (2019) qu'en moyenne, un établissement de santé publique couvre 15 192 habitants sur le territoire national alors que la norme internationale recommande un établissement pour 10 000 habitants, soit plus de 5000 habitants de trop pour un seul établissement.

De plus, il faut dire que cette faible couverture sanitaire a pour conséquence, la régression des performances des structures de soins. Ce qui impacte la qualité des services offerts aux usagers. Cela a d'ailleurs été prouvé dans le cadre de cette recherche. Aussi, faut-il ajouter que la charge des personnels de santé, à l'instar de la répartition des structures de soins, est déséquilibrée. Ceci est observé sur l'ensemble du territoire national. L'on observe dès lors comme l'a indiqué la carte précédente, des zones de sous-concentration et de surconcentration en termes d'effectifs. En fait, que ce soit le nombre de médecins, d'infirmiers ou de pharmaciens, le déséquilibre est avéré. Même si ce sont les Régions du Littoral et de l'Ouest qui sont les mieux équipées avec des charges plus ou moins allégées pour les personnels de santé par rapport à la majorité des districts du Grand Nord qui sont en manque d'effectifs, la Région du Centre et principalement la ville de Yaoundé où ont été menées ces enquêtes rencontre ce problème et ce, malgré un indicateur démographique des plus élevé.

Selon l'OMS, au Cameroun, en moyenne il y a 102 districts en dehors de la norme prescrite en matière de couverture sanitaire et de charges professionnelles. Ce qui représente près de 54% des districts, soit plus de la moitié. L'insuffisance de médecins surtout dans les zones périphériques et enclavées, la couverture insuffisante d'infirmiers et de pharmaciens ainsi que les contraintes physiques d'accession à une Formation Sanitaire proche de son domicile sont des éléments qui motivent et galvanisent la population recourir à l'automédication avec des médicaments en vente dans les rues ou même avec des écorces issues de la médecine parallèle. Ces recours représentent pour la plupart d'entre elles, une porte de sortie. Pourtant, en ce qui concerne les TS séropositives, ces recours constituent un frein majeur dans leur accès à des soins et services de santé de meilleure qualité.

Par ailleurs, pour ce qui est de la qualité des services, il importe de préciser que toutes les TS interrogées ont confirmé ce que le personnel de prise en charge d'Horizons Femmes a révélé à savoir que, la nature de leur rapport est conviviale. En effet, sur les 100 TS interrogées, toutes ont affirmé, soit 100 sur 100, que leurs rapports avec le personnel de prise en charge sont conviviaux. Elles l'ont affirmé ainsi qu'il suit :

Horizons Femmes, vraiment merci pour tout ce que vous faites pour nous. Quand je dis même merci là, je sens que ça ne suffit pas pour exprimer tout le bien que je pense de vous. Vous nous recevez bien ici chez vous. Vous êtes toujours souriantes et gentilles avec nous. Je ne peux que vous « surliver » jusqu'au ciel. Que Dieu vous bénisse vraiment beaucoup⁸⁸.

Moi je dis souvent que si Horizons Femmes n'était pas là, moi je serais morte depuis. Merci seulement, même comme nous ne sommes pas faciles-là, vous nous supportez avec tout ça. Vous êtes toujours gentilles avec nous. Merci, merci encore. C'est tout ce que moi je peux dire⁸⁹.

Ma chérie Horizons Femmes que tu vois ci m'a sauvée. Les petites petites choses qu'on nous donne ici, tu ne peux pas connaître comment ça nous aide. Les préservatifs oh, les savons oh. Weeh ma co je vais citer quoi et laisser même quoi ?⁹⁰.

Pour moi dire même merci ne suffit pas à côté de tout ce qu'horizons Femmes fait pour moi et pour mes enfants. Je ne sais vraiment pas quoi dire seulement continuez parce que quand on dit merci c'est qu'on demande encore plus. Donc merci beaucoup Horizons Femme⁹¹.

Au regard des affirmations ci-dessus, force est de constater qu'en dehors de la disponibilité du personnel de prise en charge qui pose vraiment problème, la nature des rapports soignant/soigné au sein de l'Association Horizons Femmes ne souffre d'aucun mal. Toutefois, que ce soit l'un ou l'autre de ces facteurs, tous peuvent motiver, voire influencer l'accès aux soins et services appropriés chez les TS séropositives.

3. Le rôle des Formations Sanitaires dans la prise en charge des TS séropositives

Dans le cadre du projet « CHAMP », l'un des points essentiels est, la collaboration entre Horizons Femmes et les Formations Sanitaires. En effet, ces dernières ont pour rôle de prendre en charges les TS relayées par l'Association, afin de les lier au traitement. Une CPS en donne plus amples explications :

⁸⁸ Entretien avec Victoriane, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

⁸⁹ Entretien avec Berline, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, le 05/04/2022

⁹⁰ Entretien avec Véronique, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 05/04/2022.

⁹¹ Entretien avec Thérèse, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 05/04/2022.

L'association ne prend en charge que les TS stables et anciennes d'au moins trois ans. Pour ce qui est du lien au traitement, l'Association réfère les TS séropositives dans toutes les Formations Sanitaires de la ville. Il s'agit par exemple des hôpitaux de district de la Cité verte, d'Efoulan et de Biyem-assi. C'est avec ces dernières qu'on collabore plus. Mais comme nous avons eu des soucis avec l'hôpital de District d'Efoulan, on mène davantage nos activités à Biyem-assi et à la Cité Verte. Ce sont nos KP friendly's hospitals. Mais les filles choisissent elles-mêmes la formation sanitaire où elles se sentent le plus à l'aise.⁹²

À cet égard, étant donné que l'accès aux soins reste problématique dans les services de santé publiques pour de nombreuses raisons telles que l'accueil réservé aux malades et le pouvoir d'achat de ceux-ci, pour ne citer que celles-là, il convient de poser un regard sociologique sur ces éléments. Ainsi, afin de déterminer si le rôle joué par les FOSA pouvait constituer un enjeu pertinent ou pas dans l'accès des TS séropositives à des soins hospitaliers, il est apparu opportun de poser un regard sur cet aspect. De la sorte, lors de cette enquête, plusieurs TS ont révélé qu'à un moment donné, elles ont dû changer de lieu de prise en charge du fait de l'accueil qui leur avait été réservé. D'autres par contre, ont posé les problèmes de lenteurs administratives et de la variabilité des tarifs de frais d'ouverture du dossier de prise en charge dans ces FOSA.

En effet, concernant ce dernier aspect, une Conseillère Relais a indiqué que ces frais variaient d'une FOSA à une autre. À titre illustratif : à l'hôpital d'Efoulan, les frais d'ouverture du dossier de prise en charge s'élèvent à 2000 Francs CFA, pendant qu'à l'hôpital central, ils sont de 1500 et de 1000 Francs à l'hôpital de la Cité verte. Au regard de ce qui vient d'être dit, l'on pourrait se demander pourquoi les TS n'iraient donc pas se faire prendre en charge dans une Formation Sanitaire où les tarifs correspondraient le plus à l'épaisseur de leur portefeuille ? La réponse est plutôt simple. En réalité, quand bien même elles choisiraient une Formation Sanitaire en fonction de leur pouvoir d'achat, un autre problème se posera. Il s'agit de l'accessibilité géographique du lieu de prise en charge, qui implique à son tour des frais de transport plus élevés. De la sorte, l'on peut affirmer sans risque de se tromper qu'il y a une interrelation entre l'accessibilité financière et géographique autant dire, entre les déterminants économiques et les déterminants géographiques de l'accès aux soins. Dès lors, leur pertinence reste avérée car, ces déterminants constituent un frein dans l'accès à des soins et services indiqués pour les TS séropositives.

⁹² Entretien avec NGA Fridoline, Conseillère Psycho-sociale Lead (en chef), à Horizons Femmes Yaoundé, le 04/04/2022.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accueil dans les FOSA, il faut dire qu'elle reste sujette à caution malgré les efforts fournis par les pouvoirs publics pour remédier à cette situation. Or, l'accueil à l'hôpital est le premier maillon de la chaîne relationnelle du parcours de soins. Il permet l'interaction entre le soignant et l'usager. Son objectif est d'établir une relation de confiance mutuelle, de sécurité et d'aide. Bien fait, il aboutit à l'adhésion et permet la continuité des soins. C'est d'ailleurs pour cette raison que LUNJWIRE (2007) dans son étude sur le comportement de la population de Goma a affirmé : « *la qualité professionnelle du personnel, le bon accueil et la durée d'attente raisonnable sont les principaux facteurs qui motivent le choix d'une structure de soins* ». De plus, lors des entretiens, parmi les TS interrogées, certaines ont affirmé :

Ce qui me dérange à Efoulan c'est que, les infirmières sont toujours en train de nous gronder comme si nous ne sommes pas des humains. Parfois, quand tu demandes même un renseignement, elles ne te regardent pas, elles répondent : allez attendre là-bas comme si on avait un problème avec elles. L'autre jour, moi j'avais dit à mon fils de ne plus m'amener ici. Les remèdes qu'on nous donne me fatiguent d'abord, donc quand on nous traite encore comme ça, ça décourage vraiment⁹³.

Pour qu'on me reçoive à l'hôpital c'est seulement la guerre. Les infirmières te tournent jusqu'à. Parfois elles font comme si je n'existe pas. Bref les infirmières là vraiment ça ne vaut pas la peine de souvent partir perdre mon temps là-bas⁹⁴.

À l'hôpital on ne nous gère pas souvent, c'est pourquoi moi je préfère venir ici à Horizons Femmes quand j'ai un problème. Même s'il n'y a pas de solutions, on va d'abord te calmer pas comme à l'hôpital où on fait seulement comme si on veut vous chasser⁹⁵.

Toutefois, en interrogeant le personnel des FOSA (les infirmières) sur l'accueil réservé aux TS et sur la nature de leurs rapports, elles ont affirmé que leurs rapports avec les TSS étaient « bons ». Voici quelques affirmations :

Quand les TS arrivent ici, je les reçois bien. Et je fais ce que j'ai à faire. Vraiment je n'ai jamais eu de problèmes avec elles⁹⁶.

C'est vrai que les gens là ne sont pas une cible facile surtout quand elles savent que vous avez découvert qu'elles sont de la cible là, elles deviennent amères et agressives. Mais malgré ça, on fait des efforts pour s'adapter à leurs humeurs⁹⁷.

Les filles-là ne sont pas simples. Elles sont très difficiles. Quand elles arrivent ici et qu'elles trouvent le rang, elles ne veulent pas s'aligner. Elles sont toujours

⁹³ Entretien avec Bernadette Op. Cit.

⁹⁴ Entretien avec Liliane Michelle, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 5/04/2022.

⁹⁵ Entretien avec Eugène Marie, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 05/04/2022.

⁹⁶ Entretien avec ANONYMAT 6, infirmière à l'hôpital de la Cité Verte Yaoundé le, 31/03/2022.

⁹⁷ Entretien avec ANONYMAT 7, infirmière à l'Hôpital de District de la Cité Verte Yaoundé le, 31/03/2022.

pressées. Si tu leur demande de patienter un peu, ça devient seulement les problèmes⁹⁸.

En tout état de cause, le caractère contradictoire de ces illustrations montrent à quel point la problématique de l'accueil et des rapports soignant/soigné en milieu hospitalier demeure pertinente. Dans le cas d'espèce, autant le personnel soignant accuse les TS d'être impulsives, autant les TS traitent ce personnel d'inhospitalier. Comment prendre position dans un débat où les dires de chacun des intervenants regorgent d'une part de vérité ? En réalité, il faut dire que s'il est avéré que les TS sont réputées pour avoir de « grandes gueules », il n'en demeure pas moins vrai que le personnel des structures sanitaires est réputé pour son inhospitalité. Cela a d'ailleurs été observé même dans des cas où les patients ne sont pas des personnes en situation de prostitution.

De par les analyses précédentes, force est de constater qu'en dehors de la disponibilité du personnel de prise en charge et de l'accessibilité économique dans les FOSA qui posent vraiment problème, la nature des rapports soignant/soigné ne souffre de rien au niveau d'Horizons Femmes. Dans les FOSA en revanche, il y a encore des ajustements à faire quant à cet accueil. Dès lors, que ce soit l'un ou l'autre de ces facteurs, tous peuvent constituer un obstacle dans le recours à des soins et service appropriés chez les TS séropositives. Ainsi, la distribution décentralisée des TARV par le secteur privé (par exemple, par le biais de pharmacies communautaires ou des modèles automatisés utilisant des distributeurs) peut élargir l'accès des populations clés en augmentant le nombre et la commodité des points de distribution. Parmi les avantages potentiels, se trouve la sensibilisation du domicile ou du lieu de travail des personnes, des heures d'ouverture plus pratiques et la réduction des files d'attente dans les établissements. Des points d'accès alternatifs intégrés à des médicaments non-VIH peuvent également réduire la stigmatisation et les préoccupations relatives à la confidentialité. Les TS qui ne sont pas éligibles à l'exemple des personnes instables, peuvent bénéficier d'un accès plus facile tout en continuant à obtenir des soins cliniques dans un établissement de santé.

En outre, les TS qui ne veulent ou ne peuvent pas stocker une réserve de six mois de TARV à domicile, ou pour celles qui déménagent fréquemment, il y a des options plus pratiques pour prendre leurs médicaments à la fréquence et au volume qui leur conviennent. En plus, les organisations communautaires sont là pour soutenir la saisie de données, le développement de systèmes de suivi et d'évaluation et la gestion des données. Les programmes dédiés aux

⁹⁸ Entretien avec ANONYMAT 8, infirmière à l'hôpital de District de la Cité Verte Yaoundé le, 31/03/202.

populations clés sont bien placés pour soutenir le suivi et l'assurance qualité de la communauté, ce qui peut entraîner une utilisation accrue des résultats de la Charge Virale (CV) dans la prise en charge de ces TS. Par exemple, les personnes qui consomment de la drogue ou de l'alcool ont souvent une observance sous-optimale et, par conséquent, un taux d'échec plus élevé du traitement. Il est donc nécessaire de surveiller plus fréquemment la CV afin d'identifier rapidement les échecs de traitement et de prévenir le développement et la transmission de souches résistantes. Le tableau ci-dessous renseigne sur les outils à optimiser dans le cadre de la prise en charge des TSS.

Tableau 13: Orientation et outils à capitaliser dans le cadre de la PEC des TS séropositives au Cameroun selon le PEPFAR

RÉFÉRENCE/OUTIL	OBJECTIF/CONTENU	Objectifs
Boîte à outils de la promotion du traitement communautaire (ACT) de la Coalition internationale pour la préparation au traitement (ITPC)	Peut être utilisé pour soutenir et former les activistes communautaires à défendre efficacement et passionnément l'accès au traitement des personnes vivant avec le VIH, y compris celles des populations clés.	Les activistes communautaires, les organisations de la société civile, les gestionnaires de programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, cliniciens, les décideurs des agences de développement, des organisations internationales, les ONG, les personnes vivant avec le VIH
Boîte à outils pour les activistes de l'ITPC pour les tests de routine de la charge virale	Peut être utilisé pour permettre et mobiliser les PVVIH et les activistes afin d'utiliser la science et les preuves pour plaider auprès des décideurs et des prestataires de services pour l'accès et la disponibilité de tests de routine de charge virale abordables pour les PVVIH.	Les activistes communautaires, les organisations de la société civile, les gestionnaires de programmes VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, cliniciens, les décideurs des agences de développement, des organisations internationales, des ONG, les personnes vivant avec le VIH.
Outil de counseling et de rétention de	Comprend un tableau-papier avec des messages guidés pour aider les PVVIH à planifier et à atteindre leurs objectifs	Responsables de programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu ; cliniciens ; prestataires;

l'adhésion du projet EpiC	d'adhésion au traitement. Utilisé conjointement avec le registre des obstacles à l'observance et des interventions, il peut aider les conseillers à déterminer si un client risque de manquer ses rendez-vous ou de ne pas suivre son traitement, à identifier les interventions de soutien et à suivre les progrès	conseillers ; organisations internationales ; ONG ; organisations de la société civile.
Registre des obstacles et interventions en matière d'adhésion du projet EpiC	Un outil sur papier qui aide les prestataires/conseillers à déterminer si un client est susceptible d'avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour éviter les rendez-vous manqués et les personnes perdues de vue. Lorsqu'il est utilisé conjointement avec l'outil de counseling sur l'adhésion et la rétention, ou indépendamment, il peut servir de registre pour les obstacles discutés et pour les plans élaborés par le client afin d'aborder ces obstacles	Responsables des programmes VIH dans les pays à faible et moyen revenu; cliniciens ; prestataires; conseillers; organisations internationales ; ONG ; organisations de la société civile

Source : PEPFAR, Observance thérapeutique à long terme contre le VIH pour les populations clés : Considérations du programme Juillet 2020.

En substance, l'analyse des déterminants socio-culturels et structurels montre qu'autant les éléments liés à la conscience individuelle constituent une entrave à l'accès aux soins et services de santé indiqués chez les TS, autant les déterminants émanant de la conscience collective peuvent en constituer un frein. L'analyse du niveau d'instruction, des représentations sociales et du réseau relationnel des TSS a permis de mettre en lumière le postulat selon lequel, les facteurs socio-culturels déterminent l'accès aux soins de santé chez ces TSS. La disponibilité des services, la disponibilité du personnel soignant, la nature des rapports soignant/soigné et le

rôle joué par les FOSA dans la prise en charge des TSS, sont aussi tant d'éléments qui soutiennent l'idée selon laquelle, en dehors des éléments intrinsèques, se trouvent des pesanteurs extrinsèques notamment, les facteurs structurels, qui se sont révélés comme étant un frein dans l'accès aux soins et services de santé de cette couche de la population. L'analyse des déterminants socio-culturels et structurels ayant été faite, il convient à présent dans le chapitre qui suit, de procéder à l'identification et à la description des déterminants économiques et géographiques, avant de montrer comment et pourquoi ils constituent un frein dans l'accès aux soins et services de santé chez les TSS dans la ville de Yaoundé.

CHAPITRE VIII

IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DES DÉTERMINANTS ÉCONOMIQUES ET GÉOGRAPHIQUES

En dehors des déterminants socio-culturels et structurels, il existe d'autres déterminants pouvant avoir une influence sur l'accès aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives. Le présent chapitre tablera, à cet effet, sur lesdits déterminants.

I. LES DÉTERMINANTS OU FACTEURS ÉCONOMIQUES

Dans la présente analyse portant sur les différents facteurs qui peuvent influencer l'accès des TS séropositives à des soins plus adaptés, se trouvent les facteurs économiques et géographiques. Ainsi, à l'instar des facteurs socio-culturels et structurels, il convient de signaler qu'il existe des pesanteurs économiques pouvant elles-aussi impacter cet accès aux soins ; c'est d'ailleurs le cas du pouvoir d'achat qui est incontournable dans la demande des soins et se pose comme principal déterminant de l'accès aux soins. Ceci étant, pour poursuivre cette réflexion, trois principaux éléments seront développés. Il s'agit notamment de l'activité menée par la TS, le nombre d'enfant qu'elle possède autant dire, la taille du ménage et son statut matrimonial.

1. L'activité menée par la TS

En ce qui concerne la population TS, l'enquête menée a permis de constater qu'en dehors de leur activité de base, qui est le travail de sexe, certaines mènent de petites activités de routine. Ces activités sont comprises entre le petit commerce et le ménage.

Pour ce qui est de l'activité menée, les résultats issus des enquêtes de terrain montrent que 30 TSS sur les 100 interrogées, ne mènent aucune autre activité en dehors du travail de sexe. Parmi les 70 restantes, même si elles mènent quelques activités, excepté les trois (03) qui poursuivent encore leurs études, parmi ces 67, 29 affirment faire dans du petit commerce. Les autres mènent des activités de routine telles que : le call-box et orange money (01), la couture (06), l'agriculture (10), la coiffure (11), ménagère (08) et la vente de petites gourmandises en bordure de route (02). Toutefois, il faut ajouter que celles qui mènent les

activités sus citées, insistent sur le fait qu'elles ne leur apportent aucune stabilité économique, du fait qu'elles ne sont généralement pas propriétaire du fonds de commerce en question. En d'autres termes, elles ne sont pas souvent leur propre patronne et de ce fait, il arrive qu'elles soient licenciées à tort ou à raison. Et parfois, leur licenciement est dû à leur statut sérologique. À titre illustratif, une interrogée a affirmé :

Moi je me débrouillais dans la coiffure. Comme parfois on travaille tard là, je suis souvent obligée de prendre mes médicaments au travail. Un jour, ma patronne en fouillant dans mon sac, je ne sais plus ce qu'elle cherchait, elle a vu mes médicaments. Apparemment, il y a quelqu'un dans son entourage qui a aussi ça. Donc elle a reconnu les médicaments. Elle m'a chassé le même jour. Donc pour le moment je suis là comme ça⁹⁹.

Aussi, faut-il savoir que de plus en plus d'individu reconnaissent assez facilement l'aspect des ARVs. Or, le patient étant parfois obligé au regard des contraintes horaires, de les prendre à son lieu de service. Du coup, il devient de plus en plus difficile de s'en cacher. En plus, durant les descentes à Horizons Femmes et en raison du caractère itératif du processus de collecte des données, ces Travailleuses de Sexe avaient évoqué plus d'une fois le fait que « lorsque le marché est dur », elles cassent les prix au point d'aller à « 250 FCFA par coup », autant dire, par rapport sexuel.

En outre, pour ce qui est de l'accessibilité économique, il faut dire que sur les 100 TS séropositives interrogées, 97 sur les 100 ont affirmé que leurs moyens financiers ne leur permettaient pas d'avoir permanemment accès aux prestations sanitaires modernes. C'est dire, en d'autres termes, que leur pouvoir d'achat est des plus faibles. En effet, comme le renseigne la théorie de la micro-économie de ARROW (Op. Cit.), parmi les cinq critères qui balisent le marché de l'offre et de la demande des soins ainsi que l'accessibilité à ces soins, se trouve la fixation des prix. Autant dire que l'accessibilité financière joue un rôle prédominant dans l'accès aux soins. En réalité, en se référant à la définition pichéralienne (Op. Cit.) des concepts d'accès et d'accessibilité aux soins, on se rend compte que pendant que le premier concept renvoie à la facilité de s'adresser à un service de santé, le second quant à lui, renvoie davantage à la capacité de s'offrir ces services. Dans cette capacité, se trouve la dimension matérielle d'où le capital économique. Ceci étant, peut-on conclure que l'accessibilité est un déterminant de l'accès aux soins. Et dans le cas d'espèce, il s'agit de l'accessibilité financière. De ce qui précède, il apparaît que l'un des éléments qui motive le choix d'un recours thérapeutique est le pouvoir d'achat. Ainsi, sur les 100 TS interrogées, plus de la moitié a affirmé recourir à

⁹⁹ Entretien avec Annick, Op. Cit.

l'automédication à cause de l'insuffisance de leurs moyens financiers. De la sorte, au regard donc de ce qui précède, comment comprendre et expliquer la préférence pour le recours systématique à l'automédication, étant donné que ce recours constitue à coup sûr un frein dans l'accès de ces TS séropositives à des soins plus appropriés?

Malgré l'intérêt croissant de la recherche sur l'automédication, peu de connaissances sont disponibles sur ses déterminants majeurs notamment, dans les pays en développement. Les études antérieures sur le sujet ont davantage été qualitatives que quantitatives et menées pour la plupart dans les pays développés. Au Cameroun, c'est en 1980 dans la Région du Sud, qu'une étude sur l'automédication a été réalisée pour la première fois par VAN DER GEEST (1987). Dans son article: « Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon », il s'est attelé à décrire le contexte de l'automédication dans le Sud du Cameroun, eu égard à l'usage des produits pharmaceutiques modernes. À cet effet, il a pu noter que, le recours à l'automédication est la première intention et la plus évidente en cas de maladie. Ce n'est pas une décision explicite dans la mesure où, les gens ne choisissent presque pas de pratiquer l'automédication, autant qu'ils décident de manger ou de se coucher POUHE NKOMA, (1987).

Mais, dans des contextes où les conditions d'accès aux soins sont difficiles, le recours à l'automédication peut être un choix explicite. Au Nigéria, AFOLABI (2008), dans son article: «Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population », a déterminé les facteurs majeurs influençant le motif de l'automédication dans une population de femmes au marché dans la zone de Ifako- Ijaiye à Lagos. L'alphabétisation et l'éducation à la santé publique des femmes étaient les principaux facteurs influençant le motif d'automédication parmi des femmes au marché. Du côté de l'Asie, principalement au Pakistan, SHERAZI et al (2012) ont présenté les facteurs socio-économiques et démographiques comme ceux qui conduisent au recours à l'automédication. Les études menées au Mexique et en Espagne font remarquer que l'automédication prévaut davantage chez les femmes. Toutefois, en Espagne, elle prévaut principalement chez les personnes vivant toutes seules et chez celles vivant dans les grandes villes. Comme le relève QUENEAU (1999), l'automédication est une réalité croissante.

La plupart des travaux réalisés sur l'automédication présentent d'ailleurs des résultats qui corroborent ce point de vue. Les raisons les plus couramment évoquées étant que les troubles ne sont pas assez graves pour déranger un médecin. L'expérience dans la maladie et la connaissance de la médication appropriée, sont alors évoquées par FAINZANG (Op. Cit.) pour

justifier le recours à l'automédication en cas de maux bénins. Toutefois, elle souligne que les expériences malheureuses liées entre autres à de multiples consultations infructueuses sont des sources incontestables de l'automédication. Une expérience malheureuse génère des réticences à renouveler le recours à des consultations jugées inutiles et incite les malades à recourir soit à la consultation directe d'un spécialiste, soit à l'automédication. Le choix du recours s'enracine donc dans une volonté d'évitement du généraliste, ou plus exactement de son contournement, lorsque le malade craint une mauvaise prise en charge thérapeutique.

Contrairement donc aux résultats des différentes enquêtes sus évoqués, à savoir que les patients recourent davantage à l'automédication suite à une expérience malheureuse ou à la crainte d'une mauvaise prise en charge, la présente enquête a plutôt révélé que si les TS séropositives recourent à l'automédication malgré les risques liés à ce recours, c'est pour des raisons d'ordre économique. En effet, la plupart posent le problème d'insuffisance de ressources financières et ce, indépendamment de l'âge, de l'origine ethnique, de la catégorie socioprofessionnelle, du statut matrimonial ou même du système de croyance auquel elles appartiennent. Ainsi, compte tenu du fait que les activités menées par les TS ne leur génèrent pas suffisamment de moyens financiers, le recours à l'automédication apparaît donc ici comme le choix thérapeutique par excellence, dans leur quête des soins ; de ce fait même, constitue un frein majeur dans leur accès à des soins et service de santé de meilleure qualité.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle dans les multiples entretiens réalisés sur le terrain, plus de la moitié des TS interrogées ont affirmé recourir à l'automédication à causes de l'insuffisance de moyens financiers car selon elles, l'automédication est moins coûteuse. À cet égard, une TS a répondu en ces termes :

Quand ça ne va pas, je prends quelque chose là à la maison, par exemple les comprimés parce que c'est moins chers et ce n'est pas comme si je partais à l'hôpital là où on va encore me demander de l'argent¹⁰⁰.

Une autre a quant à elle fait la précision suivante :

Quand je ne me sens pas bien, je prends souvent les remèdes comme les Efferalgans et les paras. S'il n'y a plus rien à la maison, je pars acheter en route¹⁰¹.

Au total, l'analyse précédente révèle que, le choix d'un recours thérapeutique n'est pas le fruit du hasard, il est la résultante d'un ensemble de déterminants. Ainsi, en ce qui concerne

¹⁰⁰ Entretien avec Hortense Op. Cit.

¹⁰¹ Entretien avec Nadia Op. Cit.

le recours à l'automédication, il ressort de cette analyse que le principal facteur explicatif en est l'insuffisance de moyens financiers. Or, l'accessibilité financière étant un facteur déterminant dans l'accès aux soins, l'on peut à juste titre affirmer que le recours à l'automédication étant motivé par le caractère insuffisant de leurs moyens financiers, ces derniers constituent à coup sûr un frein dans l'accès des TS séropositives à des soins plus adaptés.

2. Le nombre d'enfant ou la taille du ménage de la TS et son statut matrimonial

Durant cette enquête, il a été constaté qu'en dehors du pouvoir d'achat des TS, d'autres variables pouvaient influencer leur accès à des prestations sanitaires optimales du fait de leur vulnérabilité sociale et sanitaire. Il s'agit notamment du nombre d'enfants qu'elles possèdent et de leurs statuts matrimoniaux. En effet, en ce qui concerne le nombre d'enfant, cette enquête a révélé que sur 100 TS interrogées, 5 n'avaient pas d'enfants. Toutefois, il importe tout de même de signaler que parmi les 95 autres, le nombre de leurs enfants oscillait entre 1 et 9. Ainsi, les modalités 2 et 3 enfants sont celles qui sont les plus représentées, soit de « 25 » chacune. En plus, 25 TS ont affirmé avoir 2 enfants et 25 autres ont également affirmé avoir 3 enfants. En additionnant les effectifs de ces deux modalités, on peut aisément affirmer que la plupart des TS séropositives ont entre 2 et 3 enfants. Voir le tableau de la page 74¹⁰².

Par ailleurs, selon les informations recueillies au sujet de la situation matrimoniale de chaque TS, la modalité la plus représentée est « célibataire », avec un effectif de 70 sur 100, autant dire que, plus de la moitié de la population TS interrogée est célibataire ; contre 10 mariées, 8 veuves et 12 divorcées. Toutefois, au regard du nombre d'enfants par TS à savoir en moyenne 3, comment arrivent-elles à joindre les deux bouts et ce, d'autant plus qu'il a été démontré précédemment que leurs activités génératrices de revenus ne leur assuraient pas de stabilité financière et que leur activité de base connaissait souvent des périodes de vache maigre ? En d'autres termes, étant donné la responsabilité que le fait d'être mère-célibataire implique, et encore plus lorsqu'on est à la tête d'une famille nombreuse, les moyens financiers de ces TS leur permettent-ils de recourir à des soins de meilleure qualité ? Avant de poursuivre cette réflexion, un résumé du statut matrimonial de chaque TS est nécessaire. À cet effet, voir le tableau cité à la page 69.

En réalité, en se référant aux résultats de la présente enquête, le constat ici fait est que sur les 100 TS interrogées, près de la moitié affirment recourir à l'automédication. Or,

¹⁰² La présentation des tableaux dans cette section n'a rien à voir avec l'analyse statistique. Il s'agit d'un rappel des chiffres pour une meilleure visibilité des résultats, qui feront l'objet d'une analyse qualitative.

l'automédication est généralement utilisée en cas de troubles bénins, tandis que souffrir du VIH comme c'est le cas chez ces TS, n'en est pas un. En plus, elles sont au courant des conséquences que ce recours pourrait avoir sur leur état de santé et dans leur prise en charge. Ainsi, qu'est-ce qui peut justifier une telle prise de risque ? En fait, la réponse à cette inquiétude réside dans les entretiens réalisés. De la sorte, une TS (veuve) nous a répondu en ces termes :

Ma chérie, est-ce que toi-même tu ignores qu'il n'y a pas l'argent dehors les temps-ci ? J'ai six enfants que je dois les nourrir. Je suis veuve, donc, quand je ne me sens pas bien, je préfère prendre des comprimés là à la maison au lieu d'aller encore dépenser l'argent à la consultation à l'hôpital. Et si ça ne va pas toujours, je prends les écorces de chez nous¹⁰³.

Deux autres TS (célibataires) ont affirmé que :

Depuis que moi je suis malade, quand il m'arrive même de me sentir mal, je prends les paras car, à l'hôpital, on m'a interdit de prendre des écorces parce que, ça peut influencer mon traitement. Mais pour les paras, je prends¹⁰⁴.

Moi j'ai beaucoup de bouches à nourrir, si je pars à l'hôpital, l'argent qu'on va me demander pour payer le carnet et la consultation sans compter les examens, peut m'aider à faire à manger aux enfants. Donc mieux je prends d'abord un truc là à la maison¹⁰⁵.

De ces affirmations, il est possible de déduire que bien que sachant les risques auxquels elles s'exposent, plusieurs TSS continuent de recourir à l'automédication. Toutefois, en allant plus en profondeur dans cette enquête, l'on a pu déterminer que le nombre d'enfant ainsi que le statut matrimonial sont des facteurs pouvant influencer le recours à des soins appropriés. Voir tableau synoptique suivant :

Tableau 14: Synthèse des avis des TSS sur les raisons du recours à l'automédication¹⁰⁶

Recours à l'automédication	Modalités de réponses
Raisons économiques.	<ul style="list-style-type: none"> - Problèmes d'argent ; - Trop de charge ; - Famille nombreuse ; - La nature du statut matrimonial (veuve) ; - Trop de dépenses dans les hôpitaux - La cherté de la vie ;
Autres raisons	<ul style="list-style-type: none"> - L'hôpital est loin

Source : enquête de terrain

¹⁰³ Entretien avec Marie-A, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

¹⁰⁴ Entretien avec Bernadette, Op. Cit.

¹⁰⁵ Entretien avec Abeline, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

¹⁰⁶ Etant donné que l'automédication que ce soit par des comprimés ou par des écorces ou des plantes est le recours le plus sollicité par les TSS de cette enquête, importe-t-il de comprendre la relation qui existe entre les raisons de ce choix thérapeutique et l'accès aux soins de santé de ces cibles.

En substance, l'analyse des déterminants économiques de l'accès aux soins et services de santé des TS séropositives dans la ville de Yaoundé a permis de mettre en évidence le fait que, l'activité menée au quotidien, le nombre d'enfant ainsi que le statut matrimonial sont des facteurs économiques constituant un obstacle majeur dans l'accès de ces cibles à des prestations sanitaires de meilleure qualité.

Par ailleurs, bien qu'ayant été brièvement évoqués, il importe de faire une analyse plus approfondie des déterminants liés à l'espace notamment, les déterminants géographiques, afin de mieux cerner le rôle qu'ils peuvent jouer dans l'accès aux soins et services sanitaires des TS séropositives. Ainsi, qu'en est-il donc de ces derniers?

II. LES DÉTERMINANTS OU FACTEURS GÉOGRAPHIQUES

En dehors des déterminants liés aux populations et aux structures de prise en charge, il existe un type de déterminants n'ayant rien avoir avec les deux précédents. Il s'agit des déterminants non spécifiques parmi lesquels, les déterminants géographiques autant dire, l'accessibilité géographique. Cette dernière renvoie à la notion d'obstacle à l'accès d'un service ou d'une infrastructure. Pour mieux l'appréhender, il faut se servir de la distance physique car, elle permet une interprétation plus lucide de la notion d'obstacle. Même si la notion d'accessibilité est étroitement liée à l'aspect géographique, il importe de signaler qu'à elle seule, ne saurait permettre de la définir dans sa totalité. En effet, l'accessibilité renferme également les dimensions socio-culturelles, économique, structurelle, comme cela a été montré en amont. Dès lors, l'accessibilité peut être envisagée comme la combinaison de plusieurs facteurs : attributs des populations, attributs des lieux de localisation des ressources, attributs des ressources auxquelles accéder, distance entre le lieu de résidence des populations et la localisation des ressources (HALDEN et al., 2005), la qualité du réseau de transport et la répartition fonctionnelle de l'espace (REYNMOND et al., 1998 ; CAUVIN, 2005). De même, dans son acception la plus large, le concept d'accessibilité garde une signification cruciale, du fait qu'il qualifie les difficultés ou les facilités d'accès aux lieux, aux ressources et aux services. D'où la nécessité de rappeler dans quel contexte il sera capitalisé.

L'accessibilité géographique est souvent considérée comme une mesure de distance ou de densité de structures ou de professionnels de santé dans un territoire administratif. Ainsi, elle est définie comme la mesure de proximité, la relation entre la localisation des services ou des infrastructures et celle des populations. Ainsi, cette relation doit prendre en compte la mobilité des populations, la distance-temps ainsi que le coût du trajet. (PENCHANSKI et

THOMAS, 1981). HEWKO et al. (2002), définissent l'accessibilité comme la capacité d'un endroit d'être atteint à partir d'autres endroits de la localisation géographique. L'accessibilité est une mesure de friction pouvant diminuer le niveau de fréquentation du service au fur et à mesure que la distance les séparant augmente. En géographie de la santé, l'accessibilité géographique est la capacité matérielle d'accéder aux services de santé (PICHERAL, Op. Cit.). Toutefois, comme indiqué ci-haut, cette conception de l'accessibilité géographique fondée sur la simple distance, a des limites en milieu urbain. En conséquence, il a été choisi de définir l'accessibilité géographique comme une mesure tenant compte à la fois de la distance et des interactions potentielles entre l'offre de soins et les populations supposées les utiliser.

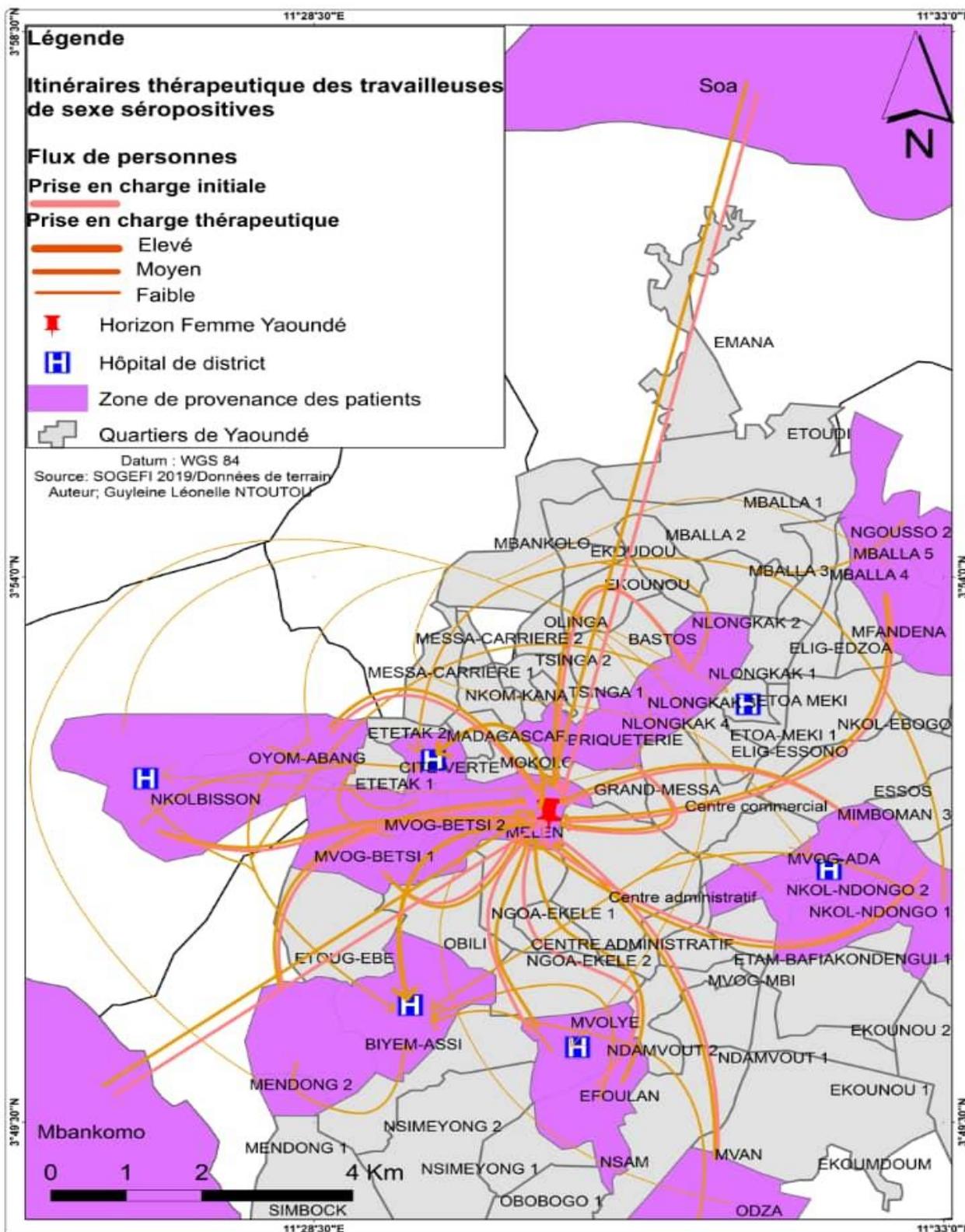
En tout état de cause, tout comme les déterminants socio-culturels, économiques et structurels, les déterminants géographiques peuvent également avoir une influence significative dans le choix d'un recours thérapeutique et conditionner de fait même, l'accès des TS séropositives à des soins plus adaptés. À ce niveau, l'intérêt réside dans l'analyse des déterminants qui balisent l'accessibilité géographique. C'est dire en d'autres termes que le but ultime de cette deuxième partie est d'analyser les obstacles géographiques liés à l'accès aux structures de prise en charge des TS séropositives au Cameroun. Ainsi, dans le cadre de la présente réflexion, il sera question d'explorer les facteurs géographiques suivants: la distance entre les lieux de prise en charge et le lieu de résidence de la TS, la mobilité des TS et la répartition géographique de ces lieux de prise en charge.

1. La distance entre le lieu de prise en charge et le lieu de résidence de la TS

Dans le cadre du projet « CHAMP », trois principales Unités de Prise en Charge (UPEC) ont été sollicitées par les responsables du projet, afin que les TS puissent s'y faire prendre en charge. Il s'agit notamment des UPEC de l'hôpital de district d'Efoulan dans l'arrondissement de Yaoundé 3, de la Cité Verte dans l'arrondissement de Yaoundé 7 et de celui de l'hôpital de district de Biyem-Assi située dans l'arrondissement de Yaoundé 6. En effet, selon la philosophie de la structure, chaque TS a la possibilité de se rendre au lieu de prise en charge le plus proche de son domicile. Toutefois, malgré cette disposition, il importe de rappeler que la prise en charge est un concept générique et de ce fait, ne consiste pas seulement à se rendre à l'hôpital ou à prendre des médicaments. Il s'agit aussi et surtout de suivre le patient et de l'accompagner dans la maladie, de l'aider à être observant et même de veiller à ce qu'il fasse ses examens. Pour ce qui est de ces derniers points, c'est le personnel soignant d'Horizons Femmes qui s'en occupe. Or, étant donné que les TS proviennent des quatre coins de la ville de

Yaoundé et que l'unique siège se trouve à Melen au lieu dit Mini-ferme, il est tout à fait plausible de soulever le problème de l'accessibilité géographique du principal lieu de prise en charge, qui est Horizons Femmes. Lors des enquêtes, en interrogeant les TS séropositives sur leurs lieux de résidence, 24 ont été recensés soit 24 quartiers différents. Ces quartiers sont les suivants : Mvog-Ada, Barrière, Mendong, Nkol-nda, Cité verte, Damas, Nsam, Brique, Olézoa, Mbakomo, Ngouso, Nlongkak, Eloumden, Nkoabang, Elig-Effa, Mvog-Beti, Biyem-assi, Nkolbisson, Eleveur, Carrefour Meec, Oyom-Abang, Melen, Odza et même Soa. On peut à cet effet écarter la thèse selon laquelle ces cibles seraient confinées dans un espace géographique bien précis tel qu'il est communément admis dans l'imaginaire populaire. La carte ci-après présente les différents flux observés entre les lieux de résidence des TSS et HF qui est le principal lieu de prise en charge de ces dernières et les FOSA, où s'effectue le lien au traitement de ces TSS.

Figure 20 : Itinéraire thérapeutique des TSS



Source : SOGEFI, 2019, réadapté par Guyleine Léonelle NTOUTOU.

La carte ci-dessus renseigne sur l'itinéraire thérapeutique des TSS prises en charge par Horizons Femmes dans la ville de Yaoundé. Cet itinéraire à double destination (HF et HD) suit deux tendances qui correspondent à leur tour à trois différents flux. Il s'agit de flux élevé, de flux moyen et de flux faible. En effet, le constat ici fait est que les déplacements massifs des TSS sont davantage observés entre HF et les HD de Biyem-Assi et de la Cité Verte qui sont des *KP freindly hospitals*. Ce sont là, les deux principales formations sanitaires vers lesquelles les TSS sont orientées.

Autant dire que dans un premier temps, l'itinéraire des TSS consiste à partir de leur lieux de résidence vers HF (**flux élevé**) ;

Puis, en fonction de leurs besoins (charge virale ou prise de ARVs par exemple), ces TSS vont de l'Association HF vers une FOSA, soit l'HD de Biyem-Assi, soit l'HD de la Cité Verte (**flux moyen**) ;

In fine, il arrive que les TSS partent directement de leur lieu de résidence vers les FOSA (**flux faible**). Mais ce dernier cas de figure est rare car, à cause de leur statut de TS Séropositive, elles préfèrent se faire accompagner dans les FOSA par une Conseillère Relais (CR), afin de faciliter le contact avec le personnel hospitalier. Toutefois, il importe de rappeler que ces TSS ont la possibilité de choisir une autre formation sanitaire de la ville, en dehors de celles sus citées.

Par ailleurs, malgré le fait qu'afin de limiter les réticences la structure a mis en place une stratégie visant à prendre en charge les frais de déplacement des TS, il convient de dire que cette stratégie bien que louable est porteuse de lacunes. En effet, en tant qu'enquêtrice à Horizons Femmes, l'on a pu constater que le personnel de prise en charge se plaignait du fait que les TS manquaient leur rendez-vous avec la chargée de la dispensation communautaire des anti-rétroviraux (ARV). Lorsque la question de savoir pourquoi selon elle, les TS ne passaient pas prendre leurs médicaments ou voir le médecin en cas de soucis de santé lui a été posée, elle a répondu :

*C'est parce que ces filles mentent comme il n'est pas permis. Tout ça c'est de l'ignorance de leur part. Puisqu'il s'agit de leur propre santé*¹⁰⁷.

La même question a été posée à une infirmière, en voici la réponse :

*[...] autre chose, les TS c'est des gens qui mentent beaucoup. Si tu n'as pas leur confiance, elles ne peuvent rien te dire*¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Entretien avec MABOU Marceline, Op. Cit.

¹⁰⁸ Entretien avec ANONYMAT 9, infirmière à l'hôpital de district de Biyem-assi, Yaoundé, le 30/03/2022.

Pourtant, lors des entretiens avec ces TS, la question leur a été directement posée et une a affirmé :

Moi je vis à Nkoabang, donc quand j'ai l'argent de taxi je viens. Mais il y a des jours où même 5F pour venir à Horizons Femmes je n'ai pas. Même si on va me rembourser mon taxi après, il faut d'abord que moi-même je paye pour venir ici. C'est pour ça que moi je préfère souvent prendre le para ou même je pars vite acheter à la boutique du quartier là à côté¹⁰⁹.

Une autre a affirmé :

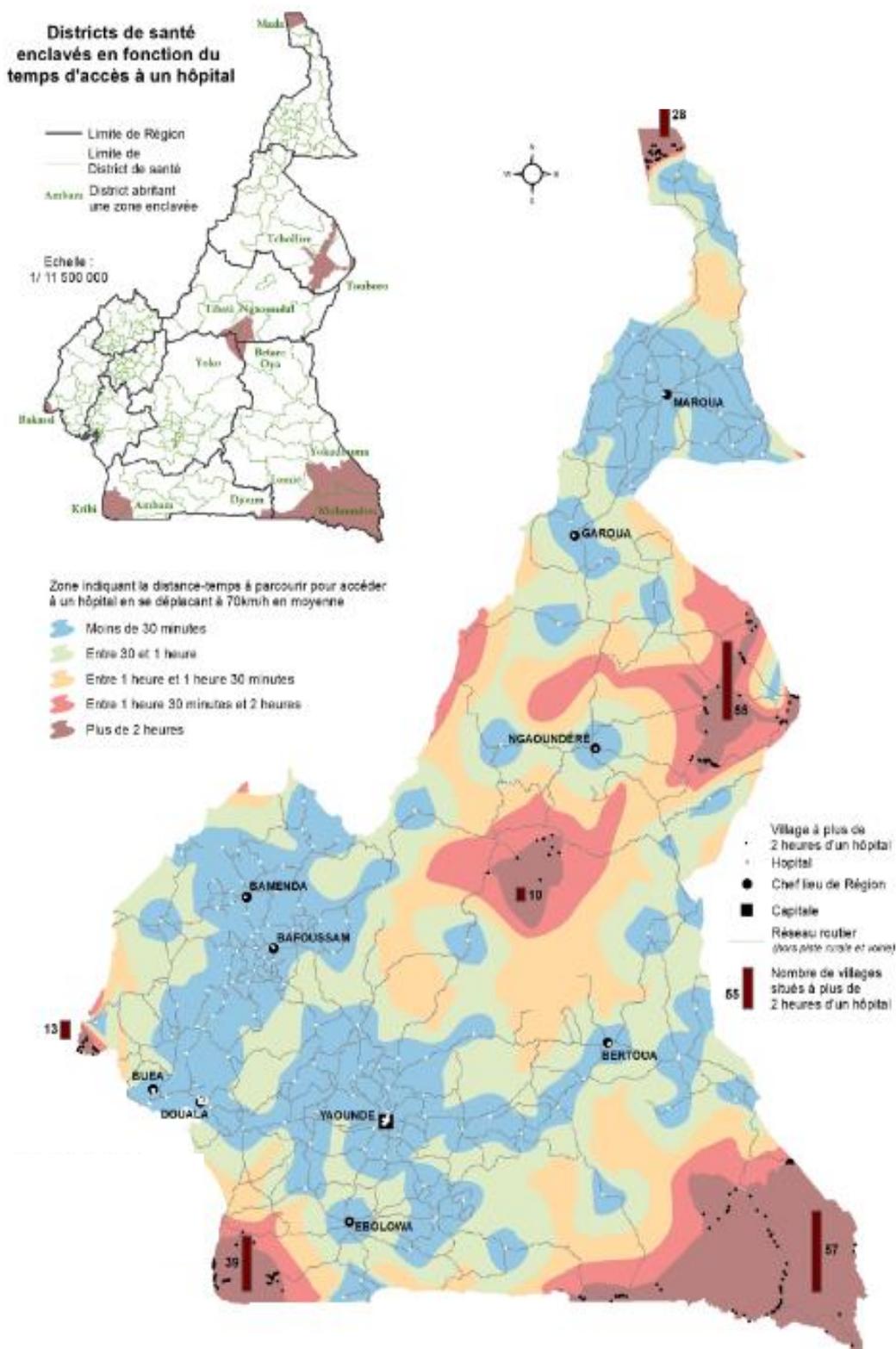
Ma sœur, moi je prends les remèdes traditionnels là à la maison parce que l'hôpital est loin, le temps même pour prendre le taxi. C'est pas facile¹¹⁰.

De ces affirmations, il apparaît que la proximité géographique entre le lieu de prise en charge et le domicile de la TS a une incidence sur le choix de son recours. Ce qui ne favorise pas leur accès à des soins plus adéquats. Ainsi, l'on peut affirmer en partant des affirmations ci-dessus que les TS ont recours à des choix thérapeutiques peu recommandables non seulement pour des raisons d'ordre économiques, mais aussi et surtout, pour des raisons d'ordre géographique. C'est dire en d'autres termes que l'accessibilité géographique est un déterminant de l'accès aux soins. Un déterminant (de la santé) étant entendu ici, comme un facteur pouvant influencer positivement ou négativement l'état de santé d'une population ou d'un individu. La figure suivante en constitue la preuve :

¹⁰⁹ Entretien avec Edith, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

¹¹⁰ Entretien avec Pauline, Op. Cit.

Figure 21: Mesure d'accessibilité aux hôpitaux publics



Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

Une analyse du réseau routier camerounais en rapport avec les données sur la situation géographique des formations sanitaires publiques a été effectuée par les experts de la stratégie géo-spatiale (2019). D'après ces derniers, les différentes routes construites et aménagées ont pour objectif principal de desservir et connecter l'ensemble des régions du pays ainsi que les districts et aires de santé. Toutefois, leur tracé dépend aussi de la topographie du pays qui à certains endroits peut être très contraignante du fait du relief, de l'hydrographie, de la végétation, de la géologie ou même du climat. Il s'avère donc que certaines des 2 454 formations sanitaires publiques sont plus faciles d'accès que d'autres pour des populations qui se retrouvent malencontreusement dans des zones enclavées sanitaire du fait de l'absence ou du manque de routes aménagées et de l'éloignement des formations sanitaires fonctionnelles. Ainsi, selon les données issues des enquêtes menées par lesdits experts, quatre zones apparaissent comme étant les plus enclavées en matière de distance à parcourir en empruntant le réseau routier existant pour atteindre une formation sanitaire. Les habitants de ces quatre zones doivent parcourir plus de 75 km pour atteindre une formation sanitaire. Trois de ces quatre zones sont situées au niveau des bords extrêmes du pays, l'Extrême-Est, l'Extrême-Nord et l'Extrême-Ouest tandis que la dernière est située au Nord-Ouest de Ngaoundéré dans l'Adamaoua.

La plus grande de ces quatre zones est celle de l'Extrême-Est avec une surface d'environ 3500km² éloignée à plus de 75km d'une formation sanitaire. Cette zone est frontalière avec la Centrafrique, elle est essentiellement recouverte par la forêt tropicale humide du bassin du Congo et difficile d'accès par route. Elle est située à cheval sur les districts de santé de Moloundou et Yokadouma.

La plus petite des 4 zones enclavées s'étend sur environ 400 km² à l'Extrême-Ouest du pays. Elle est limitrophe avec le Nigeria voisin et recouvre une partie du district de santé de Bakassi. Cette presque île réputée pour sa contenance en or noir a longtemps été sujette à la convoitise du Nigeria pour finalement être définitivement rattachée au Cameroun. Elle est aujourd'hui une des terres du Cameroun les plus éloignées d'une formation sanitaire.

La zone située à la pointe Nord du Cameroun est majoritairement recouverte par le lac Tchad, les habitants de cette zone sont également assez éloignés des formations sanitaires qui sont situées plus au sud dans le pays. Le district de santé concerné par cette zone est celui de Mada. La 4ème zone la plus enclavée est celle située au nord-ouest de Ngaoundéré. Elle recouvre

majoritairement le sud du district de santé de Poli et borde toujours au sud le parc national du Faro.

Au sein des 2 454 formations sanitaires publiques au Cameroun, il y a 172 hôpitaux publics divisés en 4 catégories : 5 hôpitaux généraux, 7 hôpitaux centraux, 14 hôpitaux régionaux, 146 hôpitaux de district. Ces structures sanitaires publiques sont logiquement les mieux équipées pour pouvoir faire face à des cas graves de maladie surtout lorsqu'il est question d'opérer un malade. Les populations doivent pouvoir accéder au plus vite à un hôpital surtout en cas d'urgence. Il s'avère que certaines zones au Cameroun sont privilégiées par rapport à d'autres surtout en ce qui concerne le temps d'accès à un hôpital en empruntant le réseau routier et en circulant à 70 km/h.

Toutes les routes ne permettent pas de circuler à 70 km/h au Cameroun. Sur certaines routes nationales, régionales ou départementales, il est possible de rouler plus vite mais sur d'autres routes rurales ou alors non bitumées et parfois mal entretenues, il est difficile même de rouler à plus de 50 km/h. la valeur 70 km/h représente donc une vitesse moyenne approximative, en sachant que lorsque l'on se dirige vers un hôpital, hormis pour rendre visite à quelqu'un ou pour y travailler c'est souvent pour une raison ou une situation qui amène à être plutôt pressé. En roulant donc à 70 km/h sur les routes camerounaises, il y a certaines zones qui sont situées à plus de 2h d'un hôpital. Ces zones en question sont en grande partie proches des frontières aux Extrêmes Nord, Ouest et Est.

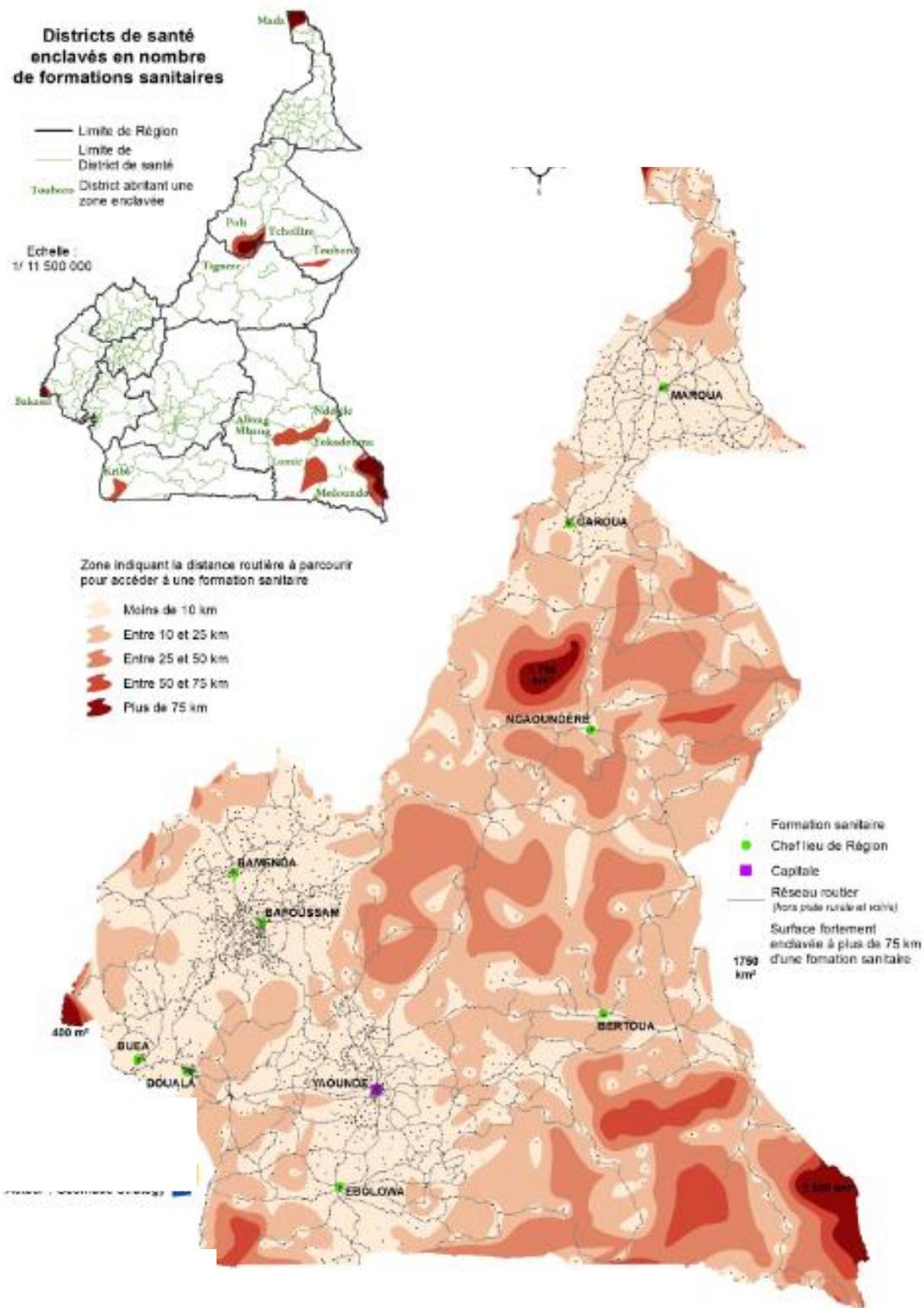
La zone la plus enclavée est sans aucun doute celle de Yokadouma-Moloundou lorsque l'on prend en compte sa superficie, le nombre de villages qu'elle contient, environ 57 mais surtout en plus du fait que ces 57 villages sont situés à plus de 2h d'un hôpital public, certains d'entre eux peuvent se retrouver jusqu'à plus de 10 heures si l'on prend en compte les intempéries pendant la saison pluvieuse. La zone enclavée du district de santé de Touboro possède également un nombre important de villages, 55 ont été recensés. 4 hôpitaux entourent cette zone mais ils sont assez éloignés et difficiles d'accès surtout que la partie sud de cet espace est bordée par le parc national de la Vallée du Mbéré.

La zone enclavée la plus au centre à l'intérieur des terres au Cameroun est située à cheval sur 4 districts de santé, ceux de Tibati, Ngaoundal (Région de l'Adamaoua), Betaré Oya (région de l'Est), et Yoko (Région du Centre). Les pointes nord, ouest et sud-ouest font également parties des zones les plus reculées en matière d'accessibilité à un hôpital. Les districts de Mada à la

pointe Nord, de Kribi et Ambam à la pointe Sud-Ouest, et de Bakassi à la pointe Ouest, renferment respectivement 28, 39 et 13 villages situés à plus de 2h d'un hôpital public. En définitive l'ensemble des villages situés dans les zones fortement enclavées s'élève à 202.

En somme, les zones les mieux équipées en hôpitaux publics sont les zones situées aux alentours de 10 chefs-lieux de Région. Elles regroupent la majeure partie de la population camerounaise et attirent les grands hôpitaux et médecins qui sont eux-aussi plus favorables à l'idée de s'installer dans des espaces qui sont à proximité d'hôpitaux pour y travailler et également pour y être pris en charge en cas éventuel de maladie. L'analyse de certains indicateurs concernant les formations sanitaires publiques, a permis d'aboutir à la cartographie sur les effectifs du personnel de santé par district. Voir la figure ci-après :

Figure 22: Mesure de l'accessibilité aux formations sanitaires publiques



Source : stratégie géo-spatiale mars et avril 2019.

Par ailleurs, parlant des difficultés liées à la distance entre le lieu de prise en charge de la TS et son lieu de résidence, durant les entretiens avec elles, un autre aspect du problème a été découvert. En effet, même dans le cadre du recours à la trajectoire appropriée notamment la biomédecine, le choix de la Formation Sanitaire à capitaliser pose un problème tout autre. En réalité, il ne s'agit pas de ceux sus évoqués au niveau des déterminants structurels de l'accès aux soins des TS, à savoir de la qualité des prestations sanitaires ou de l'inhospitalité des institutions hospitalières. Il s'agit plutôt de la crainte d'y rencontrer un proche. En fait, parmi les TS séropositives interrogées, plus de la moitié ont affirmé qu'elles préféreraient se rendre dans les UPEC des Formations Sanitaires qui se situaient très loin de leurs lieux de résidence. La principale raison qu'elles évoquent est « *la crainte d'être reconnue par un proche* » soit qui travaillerait dans cette structure de prise en charge, soit qui passerait par là.

De plus, lorsqu'il leur a été demandé les raisons de cette fixation, elles ont déclaré pour les paraphraser, qu'en plus du regard stigmatisant du personnel soignant, elles ne voulaient pas se confronter à celui de leurs proches. Surtout, faut-il le rappeler, elles ont pour la plupart caché la nature de leur statut sérologique à ces proches. Elles poursuivent en expliquant que ce qui rend leur accès dans les UPEC près de leurs lieux de résidence complexe, c'est également parce que le lieu où elles prennent leur médicament est excentré et assez connu de tous les usagers. Ce qui fait que lorsqu'elles se dirigent de ce côté, l'on arrive à déduire assez rapidement ce pourquoi elles sont là. Ce qui participe à l'intensification de la stigmatisation à leur égard. Pour agrémente cela, voici l'extrait du récit de vie de l'une d'elles :

J'habite à Nsam, mais je préfère partir chercher mes médicaments à la Cité-verte parce qu'à Efoulan et même à Biyem-assi, on me connaît là-bas. J'ai mon beau-frère donc le mari de ma sœur qui travaille à Efoulan et ma tante travaille à l'hôpital de Biyem-assi. Même si c'est à côté de chez moi par rapport à la Cité-verte, je ne peux pas partir dans les endroits-là. C'est difficile ma sœur. Au début là je partais en cachette. Mais comme tout le monde connaît que quand tu pars vers la porte là c'est pour partir prendre nos médicaments-ci. On comprend une fois que tu es malade. Dans mon quartier, les gens bavardent trop. Donc je ne voulais pas qu'on découvre que je suis malade. Quand j'avais dit ça au père de mon enfant, il m'avait abandonnée avec l'enfant. Donc même comme le taxi est cher, je préfère partir loin là où on ne me connaît pas. Parfois quand il n'y a pas d'argent pour le taxi. Je ne pars pas. Je me débrouille avec les écorces là à la maison.¹¹¹

¹¹¹ Entretien avec Marie-Madeleine, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

Une autre a affirmé :

J'habite à Biyem-assi Lycée. Donc normalement, si on regarde la distance, je dois prendre mes médicaments là-bas. Mais j'ai arrêté de partir parce qu'un jour, comme avant je gardais l'enfant d'une femme de mon quartier, en partant alors prendre mes médicaments à l'hôpital, moi je ne savais pas que la copine de ma patronne travaillait aussi là-bas. Bref quand elle m'a vue sortir de l'endroit où on nous donne les médicaments, elle est partie dire à ma patronne que j'ai la maladie-ci. C'est comme ça que j'ai perdu mon travail. Depuis le temps-là, les mauvais souvenirs de l'affaire-là ont fait que je pars maintenant prendre à la Cité Verte même comme c'est loin là¹¹².

Toujours dans le même ordre d'idée, lorsqu'il a été demandé aux personnels soignants des Formations Sanitaires et notamment au Médecin de la Cité verte qui s'occupe de la prise en charge des KP (Key Population c'est-à-dire population clé dont font partie les TS) pourquoi à son avis malgré leurs mises en garde, cette cible recourt encore à la médecine parallèle, elle a répondu en ces termes :

N'oublions pas le contexte dans lequel nous évoluons. Nous sommes d'abord Africains. Et de ce fait, même s'il arrive que ces TS sollicitent d'autres médecines, il faut dire que dans la plupart des cas, elles sollicitent des médecines traditionnelles qui sont faciles d'accès (sans contrainte véritable). Déjà, dans le cadre de leur activité (le travail de sexe), elles utilisent des écorces qu'elles ont avec elles et autres produits de la médecine traditionnelle pour soit disant « rester en forme ». Vous voyez qu'elles sont habituées à ces produits- là et donc, convaincues de leur efficacité même sur le VIH. Pour celles qui croient en son existence car, elles pensent pour la plupart que le VIH n'existe pas. Et comme elles sont également en grande partie démunies, il leur est facile de recourir à cette médecine traditionnelle. Or, toutes ces écorces et autres causent des interférences dans leur traitement. C'est aussi vrai que les facilités en termes de gratuité des examens sont encore très limitées dans nos hôpitaux. Avec tout cela, c'est normal que leur accès aux soins adaptés soit biaisé¹¹³.

En substance, les analyses ci-dessus montrent que la distance entre le lieu de résidence de la TSS et son lieu de prise en charge apparaît comme un déterminant à prendre en compte dans l'accès aux soins adaptés de ces TSS, en ce sens qu'une distance plus ou moins longue peut constituer un obstacle à cet accès. Cela étant, qu'en est-il de la mobilité des TSS?

¹¹² Entretien avec Marie-Michelle, Travailleuse de Sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.

¹¹³ Dr. OMGBA, Op. Cit.

2. La mobilité des TS

La mobilité des TS constitue un déterminant pertinent dans leur accès aux soins du fait de l'influence qu'elle peut avoir sur la capitalisation d'un choix thérapeutique. En effet, la population des Travailleuses de Sexe est réputée pour sa grande mobilité. Ce qui fait d'ailleurs partie de leur travail. En réalité, il arrive qu'elles soient contactées par les membres de leur réseau relationnel (clients et des partenaires non-clients ou la famille) pour des contraintes familiales, la plupart ne vivant pas avec leurs enfants. Elles peuvent aussi être contactées pour des services relevant de leur domaine de compétence. Ainsi, arrive-t-il que leurs clients soient dans des localités différentes de là où elles sont basées. Certaines, finissent par trouver leurs comptes s'y installent, rompant de fait même, le contact avec la structure de prise en charge initiale. Un personnel de prise en charge, la CPS Lead a affirmé à cet effet :

Vous savez, la population des TS est une population très mobile. Ce qui rend leur localisation et donc leur lien aux soins et services difficile¹¹⁴.

D'aucunes oublient de se munir de leurs ARVs si bien qu'elles n'en prennent pas pendant toute la durée de leur séjour. Toutefois, il importe de signaler que l'Association Horizons Femmes ne dispose que de quatre antennes notamment au centre (Yaoundé), dans le Littoral (Douala) à l'Ouest (Bafoussam) et plus récemment au Sud (Ebolowa). Par conséquent, elle ne peut prendre en charge les TS basées dans des localités autres que celles sus citées. Ce qui pose ainsi, l'épineux problème du lien aux soins autant dire, de l'accès aux soins. Dès lors, une question s'impose, à savoir : comment lier les TS instables, afin de faciliter leur accès aux soins adéquats ? Étant donné que le fait de ne pas recourir à des structures spécialisées dans leur prise en charge peut conduire ces TS à opter pour des recours thérapeutiques par défaut, voire peu recommandables pour elles, l'intérêt de ce lien aux soins n'est plus à démontrer. Aussi, en raison de leur activité qui est plutôt considérée comme déviante par la société, sont-elles souvent victimes de violences de toutes sortes (discrimination et stigmatisation) ne favorisant pas ainsi, leur accès aux services de santé hospitaliers. Pour renchérir, dans le cadre des enquêtes menées, une TS a révélé dans son récit de vie que :

Quand j'ai su que j'étais malade, j'ai commencé à aller prendre mon traitement à l'hôpital central, parce que moi j'habite à Soa et comme c'est une petite ville, j'avais peur de rencontrer quelqu'un que je connais là-bas. Mais à l'hôpital central, comme il y avait souvent beaucoup de gens, on ne me gérait même pas. On vous traite comme-ci vous n'êtes pas des humains. Une fois, je m'étais écroulée parce que j'avais déjà attendu pendant des heures et des heures. J'ai tellement été maltraitée là-bas que j'ai décidé de ne plus partir prendre mon

¹¹⁴ NGA Fridoline, Op. Cit.

traitement. J'ai fait plusieurs mois sans partir, c'est quand j'ai recontacté qu'une connaissance m'a conseillée Horizons Femmes¹¹⁵.

Le fragment de récit de cette TS montre à quel point il importe de prendre en considération le facteur distance/temps dans les initiatives de prise en charge de ces cibles.

Par ailleurs, des approches efficaces de suivi et de localisation des PVVIH qui n'ont pas commencé ou repris leur traitement, ou qui sont perdues de vue, peuvent éclairer des interventions ciblées pour aider à les faire reprendre leur traitement, à documenter leur traitement dans un autre cadre, ou à documenter leur décès ou leur non-observance. Le suivi et la localisation sont un travail d'équipe, qui nécessite une étroite collaboration entre les conseillers en matière de dépistage du VIH, les cliniciens, les gestionnaires de cas, les pairs navigateurs, le personnel de saisie des données et le personnel de suivi et d'évaluation. Les sites de TARV et les pairs navigateurs sont là pour identifier tous les TS qui n'ont pas commencé le TARV le jour même de leur diagnostic, qui ont manqué des rendez-vous ou qui ont été perdues de vue en utilisant les registres de tests, les registres de rendez-vous, les listes de rendez-vous manqués, les journaux de suivi et/ou les rapports de non-observance des systèmes de dossiers médicaux électroniques (EMRs), le cas échéant.

Une équipe comprenant des partenaires communautaires (par exemple, des conseillers non spécialisés et des pairs navigateurs) peut être plus efficace pour effectuer les appels téléphoniques et/ou les visites nécessaires aux points d'accès ou aux sites préférés des TS, qui sont souvent nécessaires pour les suivre et les réengager. Les organisations communautaires sont également présentes pour animer des groupes de soutien gérés par des champions du TARV, qui peuvent répondre aux questions et aider ceux qui ont arrêté le traitement à surmonter leur ambivalence quant à la reprise du traitement. Pour que cela se fasse en continu, les programmes auront besoin de plus de personnel, des incitations, des indemnités de transport et/ou de communication pour soutenir les efforts de contact et de ré-initiation comme cela a été signalé dans la deuxième partie de ce travail. La figure ci-après, qui est une proposition faite par le PEPFAR (2020), est un exemple d'algorithme de suivi et de repérage des patients sous TARV qui manquent un rendez-vous. Selon le PEPFAR, tous les centres de traitement antirétroviral devraient inclure un registre de suivi ou un registre des rendez-vous manqués. Ces registres devraient contenir les informations nécessaires pour suivre les clients, les méthodes et le moment des tentatives de contact, ainsi que les résultats de chaque tentative. Il a été démontré

¹¹⁵ Entretien avec Christèle, Op. Cit.

que l'enregistrement de deux méthodes de contact améliore le suivi des patients et devrait être demandé à tous les patients lors de l'enregistrement.

Les numéros de téléphone peuvent être vérifiés à l'avance en les appelant ou en leur envoyant des SMS lorsque le client se trouve à la clinique, et les coordonnées doivent être mises à jour ou vérifiées à chaque visite. Toujours selon les recommandations du PEPFAR qui, faut-il le rappeler, est l'un des partenaires d'HF, demande que la structure du journal de suivi permette une tabulation facile des résultats, afin de faciliter le suivi et le rapport, la gestion des partenaires, le suivi du programme et, plus particulièrement, le rapport sur l'indicateur TX_ML du PEPFAR (le nombre de patients sous TARV sans contact clinique depuis leur dernier contact prévu). Pour plus d'informations sur la mise en place d'un journal de suivi et sur les informations à collecter, voir le Guide de suivi, d'évaluation et de rapport (MER) du PEPFAR. La navigation par les pairs permet, à cet effet, de combler le fossé entre les membres des populations clés qui vivent avec le VIH et les systèmes de santé de leurs communautés qui fournissent des services de soins et de traitement. Bien que les approches varient, les navigateurs sont souvent des modèles séropositifs, adeptes des médicaments et issus des communautés des populations clés.

Ainsi, pour venir à bout de la gêne occasionnée par la mobilité des TS, l'Association Horizons Femmes a mis sur pieds une stratégie de relance téléphonique. Cette stratégie comme son nom l'indique consiste à se procurer le numéro de téléphone de la TS en question, afin de lui rappeler ses dates de rendez-vous. Au départ, elle a porté ses fruits. Mais avec le temps, elle est devenue moins efficace car, pour éviter les appels téléphoniques des personnels de prise en charge, les TS donnaient de plus en plus des numéros non attribués. D'autres en changeaient tout simplement. Ce qui rend leur localisation et donc leur lien au traitement fastidieux. À cet égard, une conseillère relais a déclaré ce qu'il suit :

La principale difficulté que nous rencontrons dans la prise en charge des TS séropositives c'est la perte de leurs contacts. Comme ce sont des filles qui ne restent jamais surplace, parfois dans leurs multiples déplacements, elles égarent leurs téléphones. D'autres, après avoir volé l'argent ou les objets de valeurs d'un client, pour que ce dernier ne les retrouve pas, elles changent immédiatement de numéro de téléphone. Elles mentent aussi trop. Quand tu réussis même à les avoir au téléphone, elles te disent qu'elles viendront à leurs rendez-vous. Mais quelques temps après quand tu les relances, les numéros ne passent plus. Au bout d'un certain temps, elles deviennent des perdues de vue¹¹⁶.

¹¹⁶ Entretien avec NGO SINGOG Martine, CR à HF Yaoundé, le 01/02/2022.

Ainsi, pour ce qui est de la mobilité des TS séropositives, il convient de dire au regard de l'analyse précédente qu'elle aussi, à l'instar de la distance entre le lieu de prise en charge de la TS et son lieu de résidence constitue un facteur déterminant dans l'accès aux soins adaptés chez ces cibles.

3. La répartition géographique des lieux de prise en charge

Dans le chapitre premier réservé à la conceptualisation, il a été vu avec LAMBERT (1985, P : 29) que : « *La concentration des médecins et celle des équipements hospitaliers accentue les déséquilibres de la carte sanitaire* ». C'est dire en d'autres termes que la répartition géographique des lieux de prise en charge peut constituer un facteur déterminant dans l'accès aux soins et services de santé des populations. En effet, plus grande est la distance entre les lieux de prise en charge, moins est la motivation de s'y rendre.

La couverture géographique renvoie principalement à la répartition spatiale des Formations Sanitaires, puis au nombre d'habitant couvert par une structure sanitaire fonctionnelle. Selon les données du Ministère de la Santé Publique (2012), le Cameroun présente sur son territoire une couverture éparse et inégale des Formations Sanitaires. 2 454 Formations Sanitaires publiques ont été recensées dans les 189 districts de santé. Les formations entrant dans le décompte sont les hôpitaux généraux, centraux, régionaux et de district, les Centres de Santé Intégrés et les Centres Médicaux d'Arrondissement. Les Formations Sanitaires privées n'ont pas été recensées. Les Formations Sanitaires se distinguent clairement des autres, elles regroupent les zones/districts à très faible concentration (moins de 5 formations sanitaires), et celles à très forte concentration (plus de 30 Formations Sanitaires). Voir la carte ci-après :

Carte 1: Répartition géographique des Districts de Santé de Yaoundé



Source : stratégie Géo-spatiale 2019

D'après les données disponibles du Ministère de la Santé Publique (Op. Cit.), la population camerounaise s'élevait à 20 418 313 habitants pour 2 454 Formations Sanitaires publiques. En calculant le ratio permettant de connaître le nombre d'habitants qu'une Formation Sanitaire couvre en divisant le nombre d'habitants par le nombre de Formations Sanitaires au Cameroun, une Formation Sanitaire couvre donc en moyenne 8 320 habitants. La norme internationale préconise au minimum, une Formation Sanitaire pour 10 000 habitants. Par conséquent, le Cameroun est dans l'ensemble plutôt bien équipé. Cependant il existe des disparités importantes entre les districts de santé. Sur la carte, ce même ratio a été calculé pour chaque district de santé. Il ressort que 129 districts sur 189 sont situés dans la norme internationale tandis que 60 districts sont en dehors de la norme. À titre illustratif, l'Extrême Nord faisait partie des régions ayant un nombre de Formations Sanitaires peu élevé. Or, étant l'une des Régions les plus peuplée du pays, c'est donc assez logique que la plupart de ses districts soient en dehors de la norme internationale donc en manque de Formations Sanitaires publiques.

Au contraire, les Régions du Nord-Ouest et du Sud-Ouest qui étaient avec la région du Nord parmi celles qui abritaient des districts peu fournis en Formations Sanitaires publiques, ne possèdent que très peu de districts hors norme. Cela suppose que l'équilibre population – Formation Sanitaire est meilleur dans ces deux Régions. L'Adamaoua et le Nord sont après l'Extrême Nord les deux Régions les plus touchées par le manque de Formations Sanitaires publiques car, elles présentent chacune plus de quatre districts assez vastes en superficie hors norme. Dans la région de l'Est, les deux districts qui étaient les moins bien fournis en Formations Sanitaires publiques sont aussi les deux seuls districts hors normes, il s'agit des districts de Nguemendouka et de Garoua Boulai. Les autres districts de l'Est, frontaliers à la Centrafrique, sont au final dans la norme. La région du Sud est la seule qui ne présente aucun district hors norme. La région du Centre obéit pratiquement à la même logique hormis l'aire urbaine de Yaoundé qui obtient des résultats à l'opposé du reste de la région. Tous les districts de santé de la ville Yaoundé sont hors norme et présentent des chiffres extrêmes. Les districts de santé de Biyem-Assi, Cité Verte, Djoungolo et Efoulan présentent un ratio d'une Formation Sanitaire pour respectivement 45460, 45 354, 55 076 et 33 679 habitants.

Les Formations Sanitaires publiques disponibles ne couvrent pas suffisamment la forte population de la ville de Yaoundé. À Douala également plus de la moitié des districts sont hors norme. C'est dire la nécessité qu'il y a à doter ces districts de santé en Formations Sanitaires publiques supplémentaires car, la couverture y est bien faible au regard de la taille de la population qui est fortement élevée et ce, malgré le fait que Yaoundé et Douala regroupent la quasi-totalité des hôpitaux généraux et centraux, cela n'atténue en rien les mauvais ratios observés.

En réalité, si un temps d'arrêt a été marqué sur la répartition géographique des Formations Sanitaires publiques au Cameroun de manière générale, c'est pour établir une corrélation avec le nombre insuffisant des Unités de Prise en Charges des personnes séropositives et dans le cas d'espèce, des TSS.

Par ailleurs, pour ce qui est de la taille de la population, elle apparaît comme un élément important dans l'analyse de la couverture des Formations Sanitaires publiques sur un territoire. En effet, il importe de rappeler qu'une faible couverture peut conduire à une surcharge de patients dans les établissements hospitaliers, ce qui peut avoir un impact néfaste sur la qualité des soins administrés aux patients. Au Cameroun, les régions les mieux équipées sont l'Ouest, le Sud, ainsi que la partie ouest de la région du Centre. Ces trois Régions possèdent les districts les plus fournis en Formations Sanitaires publiques. La Région de l'Ouest possède deux districts

qui ont plus de 30 établissements. Il s'agit des districts de Malantouen, Foumban et Dschang, avec 40, 41 et 32. Dans la Région du Sud, Les districts d'Ebolowa et de Bafia dans la Région du Centre complètent cette catégorie des districts les mieux fournis. Ils sont 04 au total dans tout le Cameroun.

En outre, la présence de populations et d'activités économiques associées en un lieu précis a donné naissance aux théories des localisations. De la sorte, parler de **l'accessibilité** revient à s'appesantir un tant soit peu sur les modèles de répartition spatiale des populations à couvrir. En d'autres termes, il convient de présenter les modèles de localisation et l'analyse historique de l'organisation et des interactions spatiales. En effet l'analyse de la répartition spatiale autant dire, géographique des lieux de prise en charge montre qu'il existe des zones densément peuplées et d'autres quasi désertiques, des zones à forte activité économique et d'autres plus pauvres. Les villes ont toujours été associées à la santé par **l'hôpital**, mais l'on peut aussi penser au réseau de médecins libéraux et de pharmacies, de laboratoires d'analyses et au transport en commun ou sanitaire qui s'y associent comme autant d'activités liées à la santé, très fortement marquées par le caractère urbain. Leur accessibilité est aussi un problème de géographie de la santé dans la mesure où ces services existeront ou non en fonction de la **taille** de la ville.

En fonction de la distribution des populations et des interactions entre les espaces, les équipements sanitaires qui doivent les servir « devraient » être redistribués ou organisés selon des règles et des **hiérarchies** associées aux **besoins**. Le but étant de permettre une accessibilité égale à tous les citoyens souffrant des mêmes maux. Les modèles de localisation permettent ainsi d'étudier les écarts.

De même, il importe de signaler que si effectivement la distance entre le lieu de prise en charge et celui de résidence constitue un frein dans l'accès aux soins et service de santé, comme cela n' a eu de cesse d'être montré ici, la répartition géographique de ces lieux de prise en charge n'est pas non plus à négliger. Ainsi, une étude menée par MAÏ (2018) sur les déterminants de l'accès aux Services de santé à Grand Bassam a montré que la perception de la distance des chefs de ménages à Grand-Bassam est déterminante dans leur accès aux services de santé. Ces résultats sont partagés par l'étude menée par HOUFFOUET (2015), qui montre que la perception de la distance a une influence sur l'accès des populations aux services de santé dans la ville d'Agboville. Elle montre également que 86,85% des ménages à Agboville disant ne pas recourir aux centres de soins en cas de maladie, ont une perception différente de la distance: elle est longue. Mais l'inégale répartition de ces dernières fait que la distance à

parcourir pour les populations des quartiers Nord, Nord-est, Nord-ouest semble plus longue et plus coûteuse.

Dans la même veine, DOUMBOUYA (2008) affirme que dans les zones rurales de la Guinée, la perception de la distance d'accès aux centres de santé était un facteur déterminant de l'accès car 95 % des réponses des usagers ruraux enquêtés le dénoncent comme facteur d'iniquité d'accès.

Toujours dans le même ordre d'idées, la cartographie de l'accessibilité implique de s'interroger sur la représentation visuelle ou conceptuelle du système de santé. En effet, le système de santé, dans sa vision systémique est décrit comme un **ensemble de sous-systèmes** en interaction (LEVY et al. 1975) ou un système global constitué de **boîtes** fixes représentant les agents économiques (patients, fournisseurs de soins, régulateurs, financiers, institutions, organisations) et de **flux** entre ces boîtes (circulation d'objets, équipements argent, informations, médicaments, personnes, véhicules.) (BERESNIAK and DURU, 1994). La géographie de la santé peut s'intéresser à la représentation de ces entités par la cartographie comme autant d'objets géographiques associés à l'accessibilité. L'existence des *boîtes* (ressources) positionnées *a priori* ne préjuge pas de leur utilisation réelle et les flux constatés permettent seuls de raisonner sur la réalité des contacts entre acteurs via un flux qui mesure l'activité d'interface et donc d'une certaine façon d'accessibilité. L'accessibilité et les recours sont étudiés en référence à ces flux (déplacement de personnes, circulation d'information) ce qu'on retrouve dans les cartes (carte en oursin, cartes d'attraction). Les études sur la « **répartition de l'offre de soins** » (LUCAS and TONNELIER, 1996) traduisent des différences de répartition de l'offre (globale ou spécifique) en particulier par la **cartographie** de ces ressources. La présentation de ces informations par des cartes de **données brutes ou de données en taux** (rapportée aux effectifs de population donc aux densités) traduit deux aspects complémentaires de l'accessibilité en taux ou en brut en un lieu donné (un objet géographique fermé de type polygone censé représenter un espace). Ainsi la première visualisation des différences en stock (capables d'objectiver l'accessibilité en terme d'offre potentielle et ce quelle que soit l'échelle) donne une première idée des différences spatiales d'accessibilité.

Voir la carte ci-après :

Carte 2: Répartition des Formations Sanitaires dans le District de Santé de Biyem-assi et de la Cité verte



Fig. 3: Localisation de la zone d'étude dans le département du Mfoumbi
 Source: Communauté Urbaine de Yaoundé, 2007

Tableau 15: Structures publiques du district de Biyem-Assi

Niveaux	Ministères de rattachement			
	Santé publique	Affaires sociales	Défense	Enseignement Supérieur
Central	CHU	Centre national des handicapés	Hôpital militaire	CHU
Périphérique	Hôpital de district CMA d'Efoulan CSI d'Ahala CSI d'Etoa Yeyap CSI de Mendong		Infirmerie de la Garde présidentielle Infirmerie du Camp Yeyap	Centre médical universitaire

Tableau 16: Structures de soins privés du district de Biyem-Assi

Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	
	Cabinet de soins	Cabinets médicaux
Hôpital annexe de Djoungolo Hôpital Ad Lucem Baptist Church dispensary Centre médical Santé mentale Centre de santé des Béatitudes Dispensaire catholique de Mvolyé	Clinique d'accouchement Fondzenwa Cabinet de soins Etoug Ebe II Cabinet de soins chinois Cabinet de soins Ouanang Cabinet de soins Indjike Cabinet de soins Kouagang Cabinet soins Médecine globale Cabinet de soins Saint Esprit Cabinet de soins Sainte Anna Cabinet de soins Bitchoka Cabinet de soins Oxygène	Cabinet médical Dr. Timma Cabinet médical Santé pour tous Cabinet médical Besafaca Cabinet médical Chinois

Carte 4: Répartition géographique des lieux de prise en charge dans le District de santé de Biyem-Assi (FOSA privées)



Source : URL <http://journals.openedition.org/apad/docannexe/image/186/img-3.jpg>

Somme toute, comment aller vers une optimisation de l'accessibilité aux soins et services de santé pour de meilleurs recours ?

Tout compte fait, apporter des modifications à la carte sanitaire revient à positionner de nouvelles ressources sur l'échiquier spatial. Toute tentative de mieux localiser une offre de santé (modèles de localisation affectation) est complexe. Les **modèles d'interaction spatiale** entre offreurs de service vis à vis d'une population cible tentent de fournir des outils de modélisation de la localisation optimale d'un service. Dans un environnement concurrentiel de modèles typifiés, les réflexions doivent tenir compte des interactions entre les offres de soins et la demande de ces soins pour une prise en charge optimale. Dès lors, l'utilisation des services de santé est faite dans un **contexte de concurrence régulée** où les contraintes à optimiser sont très limitées. Ainsi, analyser les déterminants des recours aux soins, implique aussi de

s'interroger sur le degré de satisfaction des patients en terme d'accessibilité. Autant dire, s'interroger sur la place du patient le « illness » dans le processus de guérison. Car, même s'il est avéré que durant sa maladie le patient du fait de cette dernière perd une partie de son autonomie (financière, décisionnel etc.), il est tout de même important de signaler qu'étant celui-là qui vit et ressent la maladie, son point de vue n'est pas à négliger.

Les notions de **distances sociales, économiques et physiques** entre une demande (besoins de santé) et une offre (ressources sanitaires) sont donc associées et aboutissent à définir un niveau **d'accessibilité** qui se concrétise par l'utilisation des services et l'amélioration de l'état de santé des populations. Ces dimensions de l'accessibilité et les facteurs qui les décrivent (leurs composantes et leurs variables statistiques) qui en particulier permettent de décrire des inégalités, interagissent pour définir une accessibilité globale ou spécifique aux soins que l'on peut tenter de modifier en particulier pour ce qui concerne les aspects spatiaux. Les notions de géographie de la santé qui y sont alors associées sont multiples et dépendent du contexte sociétal et économique du système de soins.

Par ailleurs, toujours dans le but d'optimiser l'accès aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives malgré leur mobilité, à l'instar du programme qui a été mis en œuvre au Mozambique, les institutions en charge de la prise en charge sanitaire de ces TS peuvent s'en inspirer. En tout état de cause, Avec le soutien du Fonds d'Investissement pour les Populations clés (KPIF) du gouvernement américain, le projet de collaboration transfrontalière du Centre de recherche sur la santé sexuelle et le VIH SIDA au Zimbabwe (CeSHHAR) examine les moyens de fournir une aide au développement des compétences aux professionnelles du sexe qui voyagent entre le Botswana, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe. Le programme met en place un système d'orientation régionale pour assurer la continuité des soins et forme les prestataires à la préparation des voyages dans le cadre des consultations de routine. Les prestataires partenaires régionaux offrent aux clients des "paquets de voyage sûrs" contenant une réserve tampon du TARV (ou PrEP) et une lettre de transfert. Le programme développe également un système de suivi pour évaluer et améliorer l'efficacité de l'orientation, de la liaison, de l'observance et des résultats du traitement.

En outre, au regard de l'analyse qui a été faite au sujet des déterminants de l'accessibilité aux soins et services de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, force est de constater que la facilité plus ou moins grande avec laquelle ces TS peuvent s'adresser à un service de santé, relève d'une complexe interaction entre les facteurs

socio-culturels, économiques, structurels et même géographiques. Voir le schéma illustratif cité dans le cadre conceptuel.

En définitive, comme cela a été souligné dans le précédent paragraphe, les facteurs qui influencent l'accès aux soins et services sanitaires chez les TSS, relèvent d'une complexe interaction entre les déterminants socio-culturels, économiques, structurels et géographiques. En tout état de cause, tous ces déterminants, de manière interconnectée, peuvent influencer simultanément sur les conditions d'accès aux soins essentiels de ces TS. En effet, en se référant aux analyses de la présente enquête, l'on se rend compte que si les TS recourent à l'automédication par exemple, c'est pour plus d'une raison. D'abord, elles le font parce qu'elles ont des problèmes financiers. Ensuite, parce que les structures de prise en charge sont loin de leurs domiciles. Puis, parce que l'Association HF à travers le projet « CHAMP » interrompt souvent les services gratuits. Enfin, parce que le réseau relationnel conseille souvent le recours à des thérapies intermédiaires telles que le recours aux écorces ou aux séances de prières. Or, lorsque l'on regarde ces raisons de plus près, l'on constate qu'elles résument assez bien tous les déterminants sus cités. Ceci étant, quelle lecture les TSS font des prestations sanitaires qui leur sont offertes par le Minsanté à travers ses FOSA et HF via le projet « CHAMP » ? La réponse à cette préoccupation constituera le but du chapitre suivant.

CHAPITRE IX

**PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUR LES
PRESTATIONS SANITAIRES OFFERTES PAR LES INSTITUTIONS DE PRISE EN
CHARGE AU CAMEROUN (LE MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET
HORIZONS FEMME)**

Dans son acception la plus large, le concept de perception renvoie à l'acte par lequel l'individu prend connaissance de tout ce qui l'entoure. Toutefois, il faut rappeler que l'appréhension de ce concept varie selon les disciplines. En effet, dans son ouvrage intitulé : *Critique de la raison pure*, KANT (1781) a mis en exergue l'existence de deux formes pures de l'intuition sensible. Il s'agit de l'espace et du temps comme fondements *a priori* de la connaissance du sujet. Selon lui, ces cadres formels de l'expérience inhérents à l'esprit humain, sont la condition de possibilité de nos intuitions empiriques, la seule forme sous laquelle les objets sensibles peuvent « nous » apparaître. Dès lors, le temps et l'espace ne sont donc pas des propriétés des choses, mais une production du sujet transcendantal, qui seul garantit la réalité objective. Cependant, DURKHEIM et MAUSS (1969), dans leur étude des modes de classifications primitifs, émettent des réserves quant à ce *a priori* qui repose essentiellement sur l'étude de l'Être, autant dire, sur ce qui l'entoure. Dans un article publié en 1903, « De quelques formes primitives de classification », les deux sociologues sus mentionnés montrent la correspondance entre les formes d'organisation sociale et la logique des principes de classement. La hiérarchie entre les classes d'objets et les rapports qui les unissent découle dans les systèmes élémentaires de représentations, des modes de regroupement social, autrement dit, des divisions spatiales entre chaque groupe social à l'intérieur d'un même espace géographique. C'est dire, en d'autres termes, que ce sont les pratiques sociales qui déterminent la genèse des catégories de perception et non l'inverse. Cette cristallisation des interactions sociales passées, objectivées comme catégories mentales, s'impose aux générations suivantes. A titre d'illustration, si la mesure unifiée du temps apparaît aujourd'hui naturelle, notamment par la médiation d'instruments tels que la montre, l'horloge, le calendrier, etc. qui constituent symboliquement le temps comme un objet réel, celle-ci résulte d'un long processus de coordination des rythmes de l'activité sociale indexées à des séquences d'événements biologiques ou physiques.

Tout compte fait, par perception il faut entendre : « Les manières de voir, de sentir ou de penser les objets du monde social qui sont façonnées par un ensemble d'intuition qui nous pré-existent (familiale, scolaire, professionnelle, bureaucratique, etc.) et contribuent à l'intériorisation des contraintes sociales » (DURKHEIM et MAUSS, Op. Cit.). Ces différents lieux de socialisation participent ainsi à la perpétuation de typifications, de principes de classement, de visions et de divisions du monde social mises en œuvre dans « nos » opérations cognitives d'appréhension du réel, ainsi que dans « nos » pratiques quotidiennes.

Par ailleurs, les expériences constituées en système de dispositions, l'*habitus* dans la théorie de BOURDIEU, produisent des schèmes de perception et d'appréciation non conscients qui sont ajustés à leurs conditions sociales de production et structurent les pratiques ultérieures. L'engagement immédiat dans un monde qui semble aller de soi entretient « notre » cécité relative sur les principes de sélection qui régissent notre perception. Par exemple, la perception des sensations morbides du corps est inégalement distribuée selon les classes sociales. Le degré d'attention aux symptômes morbides et l'aptitude à les décrire à un médecin dépend de la maîtrise des taxinomies médicales, et plus généralement, du mode d'acquisition d'une compétence médicale. Mais cette attention procède également des rapports que chaque classe sociale entretient au corps. Son instrumentalisation par les classes populaires comme force de travail, ainsi que l'*ethos* de ce groupe, tendent à inhiber l'expression des sensations physique.

Dans le cas pratique de la présente analyse, le chercheur se situe dans l'approche bourdieusienne du concept de perception, car c'est lui qui rappelle l'importance de la contextualisation du concept de « perception ». Il s'agira, dès lors, de montrer comment les TS séropositives perçoivent, dans le contexte qui est le-leur, tout ce qui leur est fait dans le cadre de leur prise en charge à Horizons Femmes et au sein des Formations Sanitaires dans la ville de Yaoundé. Il sera donc question, dans la présente partie, de traiter des perceptions liées à la prévention, au dépistage, aux soins et au lien au traitement, au suivi, au soutien et à l'accompagnement des dites TS.

I. PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE, LES SOINS, LE SOUTIEN ET L'ACCOMPAGNEMENT OFFERTS PAR HF À TRAVERS LE PROJET « CHAMP »

Comme cela a été indiqué dans la deuxième partie de ce travail à savoir que, l'un des axes stratégiques sur lequel intervient l'Association à but non lucratif Horizons Femmes est la santé communautaire. Cette dernière vise la population toute entière et non l'individu. En fait, selon l'approche de la santé communautaire, l'implication des «gens» est fondamentale pour parvenir à un changement. En d'autres termes, il ne s'agit pas de « faire pour » les gens, mais de faire « avec » eux. Il convient ainsi de s'intéresser à leurs différentes perceptions au sujet des actions menées en leur faveur ceci, afin d'améliorer leur état de santé. En réalité, la santé communautaire pose le postulat selon lequel, des changements individuels peuvent être produits par le biais de l'implication dans une action collective, en mettant en œuvre une action collective locale. De ce fait, le groupe entier transforme ses normes et une dynamique de changement peut se mettre en place. Ceci étant, pour le sociologue, aborder la question des perceptions des acteurs sociaux sur une maladie ou sur une action donnée, revient à poser le problème de l'insertion du malade dans le processus de guérison. Ce qui suppose donc, d'analyser la construction de la réalité sociale selon les acteurs sociaux. De la sorte, dans leur offre de soins, l'Association Horizons Femmes, à travers le projet « CHAMP », met à la disposition des Travailleuses de Sexe séropositives une panoplie de soins et de services. Ces prestations sanitaires sont regroupées en quatre grands volets. Il s'agit des volets prévention, dépistage, soins, lien au traitement, suivi, soutien et accompagnement.

1. Perceptions du volet prévention par les TS

En santé publique, le concept de « Prévention » est d'une complexité et de ce fait, peut se définir sous différents aspects. Ainsi, afin de parvenir à une définition plus complète et pertinente que possible, il convient de la présenter sous plus d'un aspect. En effet, selon le « Traité de Santé Publique » chapitre 15 intitulé : « Prévention et promotion de la santé » de BOURDILLON, BRUCKER, TABUTEAU (2016), la notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et des comportements qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé. À cet égard, il convient de distinguer :

- La prévention dite de "protection" qui est avant tout une prévention "de", ou "contre", laquelle se rapporte à la défense contre des agents ou des risques identifiés.

- La prévention dite "positive" voire universelle, du sujet ou de la population, sans référence à un risque précis, qui renvoie à l'idée de "promotion de la santé".

Par ailleurs, selon le Rapport Flajolet, Annexe 1, « la prévention : définitions et comparaisons » : La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 : "la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". À cet égard, l'on peut distinguer trois types de prévention :

- la prévention primaire : elle est l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention, les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux ;

- la prévention secondaire : c'est le fait de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque ;

- la prévention tertiaire : qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

GORDON en 1982, présente une classification de la prévention en trois parties :

- la prévention universelle, qui est destinée à l'ensemble de la population, quel que soit son état de santé. Font donc partie intégrante de cette acceptation de la prévention, les champs dits de l'éducation pour la santé qui insiste notamment sur les grandes règles d'hygiène ;

- la prévention sélective s'exerce en direction de sous-groupe de population spécifique : automobilistes, travailleurs en bâtiment, jeunes femmes etc. La promotion de l'activité physique ou la contraception constituent des exemples d'actions de prévention sélective ;

- la prévention ciblée est non seulement fonction de sous-groupes de la population mais aussi et surtout fonction de l'existence de facteurs de risque spécifiques à cette partie bien identifiée de la population glycosurie chez les femmes enceintes par exemple.

Une définition de la « prévention globale » entendue comme la gestion de son capital santé : Gestion active et responsabilisée par la personne de son capital santé dans tous les aspects de la vie. L'action de promotion de la santé, de prévention des maladies ou d'éducation thérapeutique est déclenchée par ou des professionnels. Une participation active de la personne ou du groupe ciblé est systématiquement recherchée.

Quatre actions types sont retenues pour une « prévention globale »:

- par les risques, qui est celle mise en œuvre actuellement et concerne le champ sanitaire ;
- par les populations, dans une logique d'éducation à la santé entendue globalement,
- par les milieux de vie, qu'il s'agit de rendre sains et favorables ;
- par les territoires, pour bénéficier de la connaissance et de la proximité du terrain et des populations.

Selon le glossaire de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP, 1986) :

- La prévention est l'actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. Les mesures préventives peuvent consister en une intervention médicale, un contrôle de l'environnement, des mesures législatives, financières ou comportementales, des pressions politiques ou de l'éducation pour la :
 - prévention primaire : actions visant à réduire la fréquence d'une maladie ou d'un problème de santé dans une population saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque. L'incidence correspond à l'apparition de nouveaux cas ;
 - prévention secondaire : actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie ou d'un problème de santé. La prévention secondaire consiste à identifier la maladie ou le problème de santé à son stade le plus précoce et à appliquer un traitement rapide et efficace pour en circonscrire les conséquences néfastes ;

- Prévention tertiaire : Actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie avérée ou d'un problème de santé. Elle consiste en mesures destinées à réduire les incapacités, les invalidités, les inconvénients et à améliorer la qualité de vie. La prévention tertiaire constitue un aspect important des soins médicaux et de réhabilitation.

Dans le cadre du projet « CHAMP », afin de mettre la main sur un maximum de TS, les activités de prévention se déroulent soit en communauté, soit au DIC.

a. En Communauté

La communauté désigne ici, les lieux où les chargés de la mobilisation communautaire et les pairs leaders ont plus de chance de rencontrer des TS. Il s'agit notamment des hots spots, des snacks, des auberges, des couloirs etc. Ainsi, en communauté, les activités de prévention sont axées sur les points suivants :

- la communication pour le changement de comportements, à travers l'éducation et la mobilisation avancée des pairs;
- la distribution et la démonstration du port correct du condom masculin, féminin et du lubrifiant ;
- le dépistage volontaire et gratuit du VIH couplé des IST (en collaboration avec la CAMNAFAW) ;
- l'identification des cas de VBG (Violences Basées sur le Genre).

b. Au DIC

Au niveau du Drop In Centre (DIC), les activités de prévention sont organisées ainsi qu'il suit :

- les causeries éducatives ou éducation thérapeutique : Les objectifs de la séance sont les suivants :
 - communiquer des informations générales sur le VIH, en mettant l'accent sur les soins ;
 - discuter des objectifs du TARV, de son fonctionnement et de la relation entre le traitement, le nombre de CD4 et la charge virale ;
 - fournir des messages sur I=I et les avantages d'une initiation précoce au traitement (autant dire, amélioration des résultats pour la santé, réduction du risque d'infection ultérieure, etc.) ;

• discuter du régime de traitement spécifique pour le client et de toutes les questions que le client peut avoir. Le Pair Navigateur (PN) ou travailleur de soutien psychosocial est responsable de :

- Evaluer les connaissances du client en matière du TARV en tant que multi thérapie tout au long de la vie et offrir une formation thérapeutique ;
 - expliquer les objectifs du TARV et les avantages de l'initiation précoce et de la rétention sur le traitement ;
 - discuter des obstacles possibles au traitement et au plan de secours à ces obstacles ;
 - expliquer les effets secondaires des médicaments prescrits ;
 - discuter de la façon dont ils peuvent influencer l'adhésion ;
 - informer le client que certains effets secondaires pourraient être modérés tandis que d'autres pourraient être graves et nécessiter des soins médicaux ;
 - discuter de la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et des infections opportunistes (IO) ;
 - discuter d'une alimentation saine ;
 - documenter dans le dossier du client son accord pour commencer le traitement
- Scénario 2a : le client est prêt à commencer le TARV ;
- s'entendre sur un calendrier de suivi avec le client ;
 - présenter les différentes options et aider le client à choisir le centre de TARV le plus approprié, demander au client de fournir les coordonnées d'une personne de soutien et réserver du temps pour discuter avec la personne de soutien et le client ;
 - demander au client de fournir une carte de sa résidence et réserver du temps pour faire une visite à domicile ;
 - vérifier si le numéro de téléphone, le numéro WhatsApp, le profil Facebook et/ou les coordonnées d'urgence sont toujours valides ;
 - diriger immédiatement le client vers un clinicien pour l'initiation au TARV (SOP 3) et diriger vers un groupe local de soutien ou un champion de traitement (si désiré).

- la promotion et la distribution du matériel de prévention (préservatifs masculins et féminins et les lubrifiants);
- le dépistage volontaire et gratuit du VIH;
- la consultation et la prise en charge des IST et le planning familial (collaboration CAMNAFAW pour PEC syndromique);
- la prise en charge de VBGs ;
- la veillée couloir.

Les activités de prévention ayant été présentées, il importe désormais de montrer comment les TS perçoivent ces activités et surtout de découvrir si elles en sont satisfaites ou pas. En effet, les entretiens avec ces TS, montrent qu'elles sont satisfaites des activités de prévention mises en œuvre par l'Association Horizons Femmes. Ainsi, sur les 100 TS interrogées, 90 affirment être satisfaites des activités de prévention tandis que 10 en émettent des réserves. Au regard donc des résultats ci- dessus, force est de constater que les TS ont une perception positive du volet prévention. Voir le tableau ci-après :

Tableau 17: Synthèse des avis des TSS sur les activités de prévention menées par HF

prévention	Modalités de réponses
Satisfaite	<ul style="list-style-type: none"> - les conseils sont biens ; - les informations données par HF sont importantes ; - l'éducation sur le VIH est un avantage. - Bon travail de sensibilisation ; - Désormais elles ont une connaissance sur leurs droits ; - Elles savent comment se comporter en cas de VBGs ; - Bonne connaissance sur le port du préservatif féminin ; - Augmentation des connaissances sur les avantages liés au port correct et régulier des préservatifs masculins et féminins ; - Connaissance du but du recours aux lubrifiants pendant les relations sexuelles ; - Connaissances sur la conduite à tenir en cas de rapport sexuel à haut risque (client dont on ignore le statut sérologique, rupture du préservatif, rapport sans lubrifiant).

Pas satisfaite	<ul style="list-style-type: none"> - Insuffisance du matériel de prévention offert par HF (elles souhaitent que le nombre de paquet de préservatif soit augmenté) ; - Rupture des stocks de matériel de prévention (elles voudraient qu'il soit toujours disponible).
----------------	---

Source : enquêtes de terrain

Ainsi, les résultats consignés dans le tableau ci-dessus montrent que la majeure partie des TSS sont satisfaites des activités de préventions organisées par HF à leur égard. Ceci étant qu'en est-il du volet dépistage, soutien, suivi et accompagnement ?

2. Perception des TS du volet dépistage, suivi, soutien et accompagnement

En ce qui concerne le dépistage, les activités sont organisées de la manière suivante :

a. En communauté (Outreach)

Il s'agit des activités suivantes :

- HTC ou dépistage en stratégie avancée;
- Micro dépistage.

b. Au DIC (Drop In Centre)

Il s'agit de:

- Référence pour le dépistage par les pairs leaders (PL) et pairs mobilisateur (PM);
- HTC au DIC (existence d'un laboratoire au DIC).
- Offre de service de proximité (HTC dans les host spot);
- Screening régulier des TS à risque par les PL;
- Suivi de la cohorte négative par les cases managers;
- disponibilité du service de dépistage au DIC;
- network mapping;
- organisation des journées de mobilisations, special event, veillée couloir au DIC.

Durant cette enquête, il a été observé que contrairement aux activités de prévention qui n'étaient pas sujettes à caution, les types de dépistage, en revanche, posaient problème. En effet, avant toute chose, il faut rappeler l'objectif du projet « CHAMP ». Ce dernier vise à assurer un continuum de soins au sein des populations à haut risque, notamment les TS, ceci dans l'optique de réduire la mortalité et la morbidité liée au VIH et aux infections y afférentes. Pour ce faire, la structure a mis sur pied une stratégie visant à dépister le maximum de TS et par la même occasion, de chercher à atteindre les indicateurs fixés par le bailleur de fonds. Dès lors, les

programmes peuvent faire preuve de créativité dans l'élaboration d'approches visant à accroître la rapidité et l'efficacité de la liaison. En effet, selon le PEPFAR, le programme « CHAMP » (Continuum de prévention, de soins et de traitement du VIH/SIDA pour les populations les plus à risque) au Cameroun offre aux clients diverses possibilités de commencer un traitement lorsqu'ils sont diagnostiqués séropositifs. Un grand nombre de clients du programme, parmi lesquels des professionnelles du sexe et des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, sont testés le soir et le week-end, lorsque de nombreux établissements sont fermés. Pour améliorer les liens avec le traitement, « CHAMP » associe des équipes de sensibilisation à des pairs navigateurs, afin que les personnes nouvellement diagnostiquées sur le terrain puissent être immédiatement mises en relation avec un navigateur, qui les guidera vers les services de TARV pendant les heures de service des établissements. Le programme associe également des équipes de sensibilisation à des cliniciens pendant les tests mobiles ou offre aux personnes nouvellement diagnostiquées la possibilité de parler à un clinicien au téléphone pendant les heures de soirée et de week-end, afin d'établir une relation immédiate avec un prestataire. Les pairs navigateurs du programme ont développé des relations étroites avec les infirmières des établissements publics, qui sont de garde pour ouvrir leurs établissements le soir afin d'initier les clients au traitement s'ils sont testés positifs lors des tests communautaires. Ces efforts ont aidé le programme à maintenir des taux de liaison avec le TARV à 95% ou plus, tant pour les professionnelles du sexe que pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Toutefois, dans leur course effrénée pour l'atteinte de leurs indicateurs, la stratégie optée pour le dépistage à savoir : le dépistage en stratégie avancée, suscite quelques interrogations, quant à sa mise en œuvre et aux lieux choisis. En effet, le dépistage en stratégie avancée se déroule dans les hots spots. Or, ces lieux sont réputés pour leur caractère bruyant, ce qui fait d'eux des espaces non appropriés pour faire des dépistages et, surtout, lorsqu'on sait qu'avant et après ces derniers, il faut faire le pré counseling et le post counseling. Aussi, est-il à préciser que ceux-ci ont pour but, de préparer la personne dépistée à l'acceptation des résultats et ce, quelle que soit leur nature.

De la sorte, en dehors de l'environnement qui n'est pas propice à cet exercice très délicat et qui doit rester confidentiel, il est à noter que le lieu de dépistage en question est également l'espace de travail des TS que le personnel envisage dépister. Donc, en plus d'apparaître comme de véritables gênes dans l'exercice de leur fonction, il faut également signaler que cette stratégie mise en œuvre par Horizons Femmes, soulève un manichéisme. En effet, certes d'un côté, à travers cette stratégie, la structure fait dépister un maximum de TS et donc remplit plus aisément

l'un de ses objectifs à savoir l'atteinte des indicateurs. Seulement, d'un autre côté, l'objectif principal du projet qui est d'assurer un continuum de soins, n'est pas tout à fait atteint car, au regard de la qualité du counseling vue l'environnement et le problème de confidentialité, les TS quand bien même elles acceptent de se faire dépister, la plupart donnent de faux contacts et donc, il n'existe aucun moyen de les joindre par téléphone. Par conséquent, il n'y a pas de lien au traitement ; d'où l'épineux problème de perdues de vue dont le projet fait face. C'est d'ailleurs pour cela que lors de la réunion d'évaluation avec CARE international de mars 2021, l'on a dénombré 600 perdues de vue, versées dans la nature.

Par ailleurs, contrairement au dépistage fait en stratégie avancée, celui fait au DIC ne soulève pas de problème. En effet, ici, il n'est certes pas à noter le problème des perdus de vue ; en revanche, le taux de dépistage réalisé au DIC ne peut pas permettre à la structure d'atteindre ses indicateurs. Or, en dépit de cela, il est tout à fait raisonnable d'affirmer qu'ici, contrairement aux hots spots, l'objectif principal du projet est atteint. L'on observe aucune réticence de la part des TS car, celles qui viennent au DIC, le font de leur propre gré et donc, sont aussitôt liées aux soins (mises sous traitement). De la sorte, voici comment elles ont noté le counseling au DIC. Voir le tableau et le schéma suivants :

Tableau 18: Synthèse des avis des TSS sur le counseling effectué par HF

Counseling	Modalité des réponses
Satisfaite	<ul style="list-style-type: none"> - Très-bien (33 occurrences) ; - Bien (50 occurrences) ; - Assez-bien (16 occurrences) ; - Passable (01 occurrence)
insatisfaite	Aucune occurrence.

Les résultats renseignés dans le tableau ci-dessus montrent que les TS séropositives ont des perceptions positives du counseling.

Figure 23: Types de dépistage : en communauté et au DIC

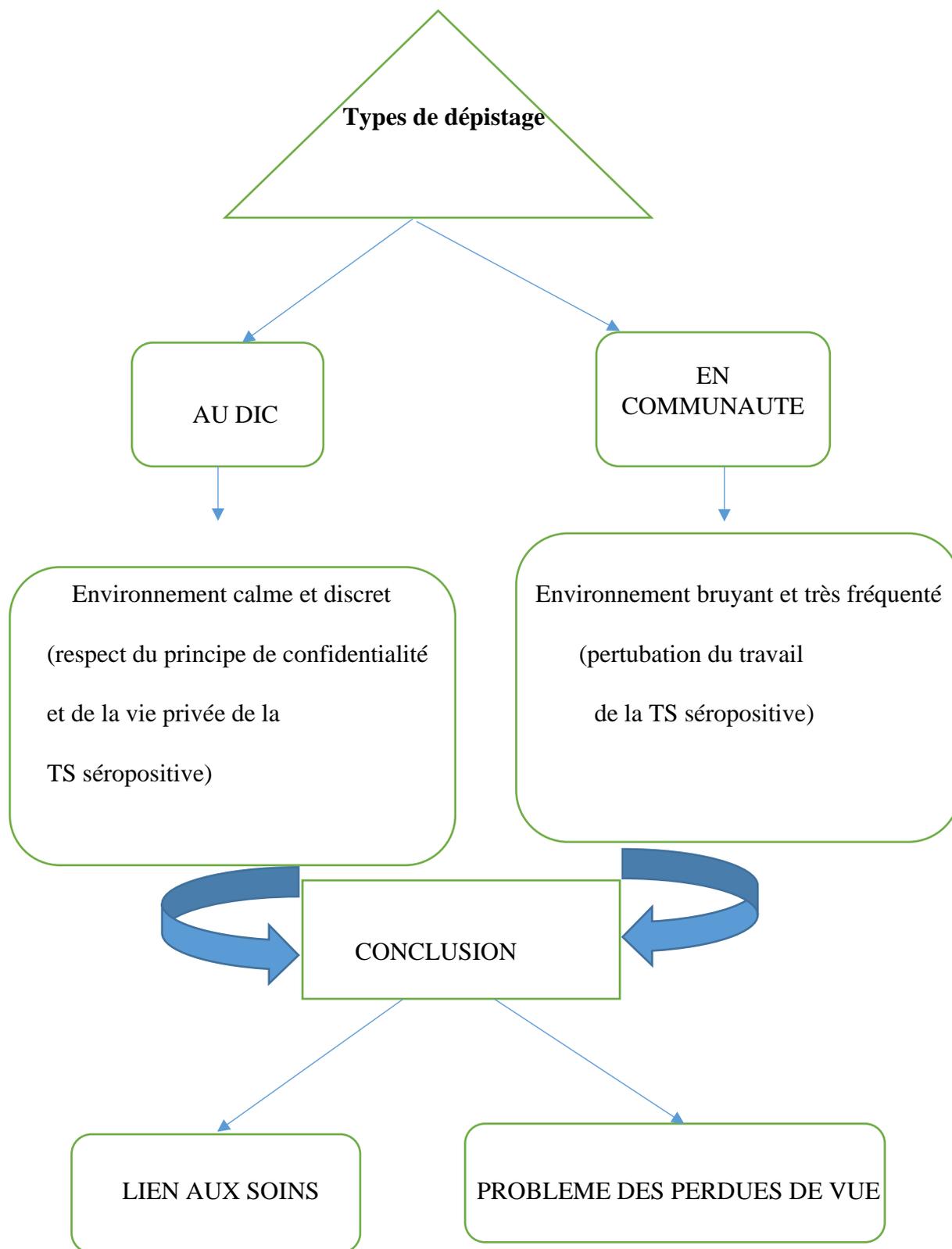


Schéma conçu et illustré par Guyleine NTOUTOU

Par ailleurs, pour ce qui est du suivi, du soutien et de l'accompagnement, voilà les points qu'il convient de retenir :

- la prise en charge psychosociale ; elle est organisée autour des activités telles que : le counseling individuel, le counseling en communauté, les groupes de parole, les visites à domiciles (VAD) et les références. En dehors des visites à domicile qui sont assurées par les Conseillers Relais, les autres activités sont assurées par les Conseillères Psychosociales (CPS) encore appelées : Case Managers ;
- les consultations des experts volontaires (médecins, juristes, expert nutritionniste et psychologues) ;
- les appuis médicaux (achat de médicaments, initiation au traitement par ARV et le paiement des examens biologiques).

Ainsi, lors des enquêtes menées, sur les 100 TS séropositives interrogées, toutes les 100 ont répondu qu'elles trouvaient le suivi assuré par Horizons Femmes permanent et contant, soit un taux de satisfaction de 100 sur 100. Quant au soutien et à l'accompagnement, sur les 100, 89 le trouvent suffisant, tandis que 11 le trouvent insuffisant. En fait, concernant l'accompagnement, en menant les entretiens, l'on a compris pourquoi son taux de satisfaction n'était pas aussi élevé que les autres. En effet, lors des entretiens avec ces TS, bien qu'ayant affirmées être satisfaites de l'accompagnement, elles ont tout de même fait certaines précisions à savoir : de faire plus d'exams gratuits, augmenter le paquet de matériels de prévention et de mettre sur pieds des activités génératrices de revenus.

En somme, en ce qui concerne le suivi et le soutien apporté par Horizons Femmes aux TS séropositives, force est de constater qu'ils sont perçus positivement par les bénéficiaires. Toutefois, il importe tout de même de préciser que des améliorations nécessitent d'être faites en ce qui concerne l'accompagnement.

II. PERCEPTIONS DES TS SÉROPOSITIVES SUR LE LIEN AU TRAITEMENT EFFECTUE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE À TRAVERS SES FOSA

Parmi les axes stratégiques qui balisent la prise en charge des Travailleuses de Sexe séropositives dans le cadre du projet « CHAMP », se trouve le lien au traitement. En effet, la structure Horizons Femmes qui héberge ce projet ne disposant pas d'un plateau technique pouvant couvrir tous les besoins en prestations sanitaires de ces TS, collabore étroitement avec

les structures opérationnelles du MINSANTE que sont : les Formations Sanitaires. En réalité, du fait que ce soient ces dernières qui sont équipées d'Unités de Prise En Charge des personnes vivant avec le VIH, ce sont elles qui sont habilitées à effectuer le lien au traitement des TS. Dès lors, cette partie envisage tout d'abord de montrer comment s'effectue le lien au traitement des Travailleuses de Sexe séropositives au sein des FOSA, ensuite comment les TS perçoivent les prestations sanitaires qui leur sont offertes par ces institutions hospitalières.

1. Perceptions sur la qualité des soins et des services

Avant toute chose, il convient de définir ce que l'on entend par « lien au traitement » et comment il s'effectue.

Par *lien au traitement*, il faut entendre, le processus qui consiste à lier les personnes qui sont testées positives au VIH et qui sont prêtes à commencer le TARV dans un centre de traitement.

Le fait de lier les personnes qui sont testées positives au traitement permet aux différents programmes de s'assurer plus efficacement des résultats positifs en matière de santé et de réduire la transmission du VIH dans la communauté. Cela contribue à la lutte contre les épidémies. Étant donné que ce sont les Pairs Navigateurs et les Conseillers Psycho-sociaux qui sont chargés d'accompagner les patients, il apparaît nécessaire de dire en quoi consiste réellement leur travail auprès de ces patients. Les Objectifs pour les pairs navigateurs (PN) et les travailleurs de soutien psychosocial sont donc les suivants:

- établir la confiance avec les patients en utilisant des techniques de conseils motivationnels (réflexion, affirmation, questionnement, etc.);
- aider les patients à développer des objectifs liés au traitement, à exprimer leurs sentiments et à prendre des décisions constructives;
- clarifier les modalités de traitement, les contraintes et les défis pertinents, et trouver des solutions;
- aider les patients à devenir des acteurs autonomes en ce qui concerne leur infection par le VIH.

Le lien au traitement commence après le post-test et la communication d'un résultat positif du test. Il se termine une fois que le patient se présente dans un centre de traitement.

Selon les procédures opérationnelles standards du PEPFAR sur la prise en charge de populations clés décrites ci-dessous, la procédure de lien avec le traitement comprend les étapes suivantes :

- conseils post test ;
- conseils d'éducation thérapeutique prétraitement, y compris les avantages de l'initiation précoce du traitement et de la communication sur « indétectable=intransmissible (I=I) » ;
- lien avec un centre de traitement (« Poignée de main » ou « handshake ») ;

Si le patient souhaite confirmer son premier résultat de test, sont à inclure les étapes suivantes: les conseils pré test (au besoin) sur : I=I et les avantages du traitement et de l'initiation précoce. Il faut procéder à l'identification de deux personnes qui peuvent fournir un soutien au cours d'une période difficile. Les messages de conseils sont adaptés au profil de la PC (sous-groupe, genre, âge, etc.) ;

- Expliquer les options d'index testing et de notification des partenaires (si elles ne sont pas déjà discutées). Il faut aider le patient à obtenir un test de confirmation ;
- Accompagnement du patient dans un établissement pour une liaison active par l'intermédiaire d'un point focal dudit établissement ;

La deuxième série de conseils posttest (souligner les points ci-dessous, le cas échéant) I=I et les avantages du traitement et de l'initiation précoce. Il faut procéder à l'identification de deux personnes qui peuvent fournir un soutien au cours d'une période difficile. Les messages de conseils sont adaptés au profil de la PC (sous-groupe, genre, âge, etc.) ;

Les objectifs de la séance sont les suivants :

- évaluer l'état émotionnel du patient ;
- évaluer l'impact du diagnostic positif sur la vie personnelle du patient, sa vie professionnelle, sa santé mentale et sexuelle, son sommeil, etc. ;
- soulever la question du partage de son statut avec ses partenaires et évaluer les avantages et les inconvénients (par exemple, la violence) ;
- évaluer si le patient est capable de communiquer avec l'équipe soignante ;
- fournir un soutien émotionnel, c'est-à-dire par le biais de témoignages personnels, le cas échéant ;
- indiquer si le patient a accepté son statut ;
- vérifier que les deux personnes identifiées lors des conseils préalables au test peuvent être contactées si les pairs éducateurs (PE)/ les pairs navigateurs (PN)/ de l'établissement ne

peuvent pas entrer en contact avec le patient. Surtout, demander si le patient prévoit divulguer son statut à l'une ou l'autre des deux personnes. Demander si le patient aimerait obtenir de l'aide pour la divulgation ;

- fournir un soutien pour assurer le lien avec le traitement (lien actif avec l'accompagnement ou lien avec un point focal dans un établissement de traitement) ;
- obtenir un consentement éclairé pour les services d'index testing, si désiré.

Somme toute, ce qu'il convient de retenir, à niveau, c'est que le lien au traitement apparaît comme une étape cruciale dans le processus de prise en charge des populations clés en général et des Travailleuses de Sexe séropositives en particulier. Cette étape, si elle n'est pas observée selon les SOP sus évoqués, elle peut avoir pour conséquence l'inobservance thérapeutique et de ce fait, biaiser l'accès à des soins de meilleure qualité chez ces cibles. Ceci étant, qu'entend-t-on par soins de meilleure qualité ?

Selon la définition de l'OMS, la **qualité des soins** est :

Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins.

La qualité des soins est donc un concept multidimensionnel, requérant des critères de jugement multiples: qualité des contacts humains, qualité du « parcours » du patient dans un établissement, qualité du raisonnement médical devant un examen ou un diagnostic. L'évaluation de la qualité des soins est un ensemble de méthodes pour aider les professionnels à faire des choix à tous les niveaux des soins qu'il s'agisse de la décision diagnostique ou thérapeutique au lit du malade, ou à la décision d'investissement dans le cadre d'une politique hospitalière.

Avantages: face aux différents enjeux médicaux, l'évaluation est la réponse la plus appropriée. Face à l'évolution technologique, à la pression des consommateurs, à l'évolution socio-économique, l'évaluation est une aide à la décision. De la sorte, comment les TS évaluent-elles la qualité des soins et services qui leur sont offerts dans le cadre de leur prise en charge?

Dans le cadre du projet « CHAMP », ce sont les Conseillers Relais qui se chargent d'accompagner les TS dans les FOSA pour qu'elles se fassent lier aux soins. Ainsi, en ce qui concerne le lien au traitement, il se fait de la manière suivante :

- messages transmis lors du pré et post counseling;
- affiches sur le traitement dans le DIC et dans les hots spots;
- causeries éducatives;
- activités d'aide à l'observance, suivi rapproché des CR;
- partage d'expérience.
- utilisation du registre CNLS de référence et de contre référence;
- ETP et choix de l'UPEC;
- accompagnement actif et mise en contact avec l'agent de liaison de HIV FREE;
- ouverture de dossier;
- consultation médicale dans les FOSA, ETP et dotation ARV à la pharmacie de la FOSA.

Ceci étant, lors des enquêtes, sur les 100 TS interrogées, 95 ont affirmé être satisfaites par les soins qui leur sont dispensés à Horizons Femmes, soit près de la totalité. Toutefois, faut-il le rappeler, le lien au traitement à Horizons Femmes ne concerne que les TS séropositives stables d'au moins trois ans. Quant aux autres, ce sont les FOSA qui s'en occupent. Ainsi, durant les entretiens avec ces TS (celles liées par Horizons Femmes), elles ont affirmé à l'unanimité qu'elles sont vraiment satisfaites des soins et du lien au traitement. À cet égard, une l'a affirmé en ces termes :

Je trouve que tout ce qu'Horizons Femmes fait pour moi est bien. Par exemple, pour le traitement, parfois quand j'oublie, ce sont eux-mêmes qui me rappellent de venir prendre mes remèdes¹¹⁷.

Une autre a déclaré :

Depuis que moi je prends mes médicaments ici à Horizons Femmes, je suis vraiment satisfaite. Plus question d'aller attendre pendant des heures et des heures à Efoulan¹¹⁸.

¹¹⁷ Entretien avec Christèle, Op. Cit.

¹¹⁸ Entretien avec Bernadette, Op. Cit.

Au regard des affirmations ci-dessus, force est de constater que les TS séropositives ont une perception positive des soins que leur dispense la structure Horizons Femmes.

2. Perceptions sur la qualité de la prise en charge des TS séropositives dans les FOSA

La complexité croissante et les progrès de la médecine en font un domaine à risque. Optimiser la qualité des soins et la sécurité des patients est une des grandes priorités des systèmes de santé actuels.

Dès lors, la qualité des soins est la capacité de répondre aux besoins implicites et explicites des patients, selon les connaissances professionnelles du moment et en fonction des ressources disponibles. Elle inclut la sécurité des patients dans le sens de la gestion et de la prévention des évènements indésirables liés à leur prise en charge. La qualité des soins est un concept multidimensionnel, qui peut être représenté par le schéma ci-dessous :

Figure 24: Éléments descriptifs de la qualité des soins

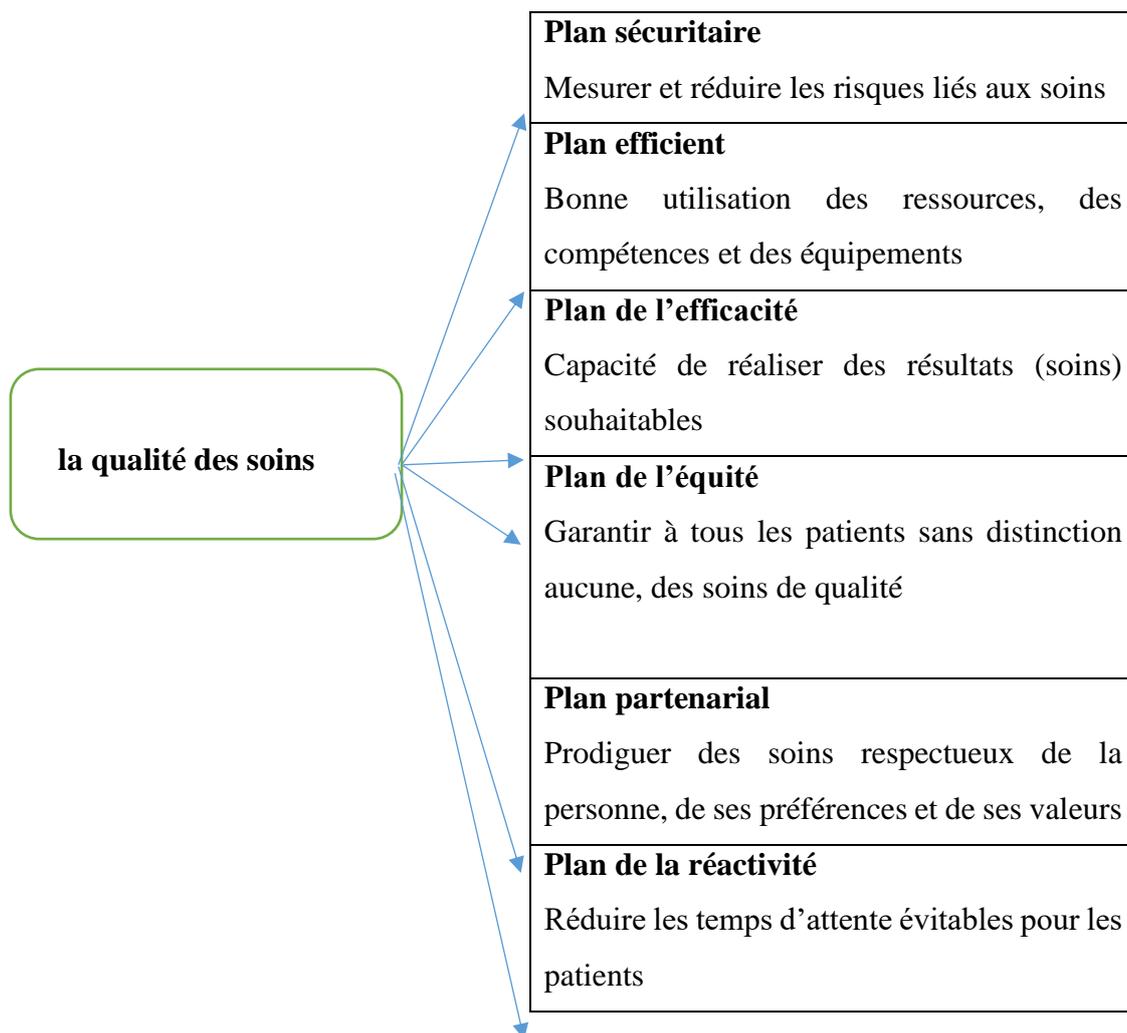


Schéma conçu et illustré par Guyleine NTOUTOU

La mesure de la qualité des soins est nécessaire pour améliorer la qualité des soins. Cette mesure a pour but d'évaluer la qualité des soins à un moment donné et de suivre son évolution notamment en fonction des politiques d'amélioration de la qualité des soins par les prestataires de soins et tout autre organisme ou personne impliquée dans la qualité des soins. Dans un contexte de concurrence accrue entre les établissements de soins et de libre choix de l'hôpital, cette mesure a aussi pour but d'augmenter la transparence du système de santé, afin notamment de permettre aux patients et décideurs dans le domaine de la santé de faire des comparaisons et des choix raisonnés. Pour ce faire, il faut utiliser des mesures valides et utiles de la qualité des soins. L'utilisation d'indicateurs reste ainsi à privilégier.

3. Perceptions Sur l'efficacité du traitement reçu par les TS

Le cadre d'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé (HSPA) devient un instrument essentiel de la gouvernance des systèmes de santé modernes. Le concept de système de santé a fait pour la première fois l'objet d'une attention concertée dans le Rapport sur la Santé dans le Monde (OMS, 2000) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), qui l'a développé ensuite dans son rapport *Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes* (OMS, 2007). Le système de santé y est défini comme incluant «toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé». L'OMS a ultérieurement défini l'évaluation des systèmes de santé (HSPA) comme un processus qui, spécifique à chaque pays, permet de suivre, d'évaluer, de communiquer et de réexaminer la réalisation d'objectifs de haut niveau en matière de systèmes de santé, lesquels objectifs s'inscrivent dans des stratégies axées sur ces systèmes (OMS, 2012). L'évaluation de type HSPA vise principalement à:

- fixer les objectifs et les priorités des systèmes de santé;
- servir d'interface pour l'élaboration des politiques publiques et la coordination des actions au sein même du système de santé;
- mesurer l'avancement vers la réalisation des objectifs, constituer le fondement de la comparaison avec d'autres systèmes de santé;
- promouvoir la transparence et la responsabilité vis-à-vis de citoyennes et autres parties prenantes légitimes quant à la manière dont les ressources financières sont dépensées.

Une impulsion supplémentaire a été donnée à la HSPA dans la région Europe de l'OMS par la signature en 2008 de «la Charte de Tallinn: des systèmes de santé pour la santé et la prospérité» au titre de laquelle les 53 ministres de la Santé de la région Europe s'engagent à «promouvoir la transparence et rendre des compte quant à la performance des systèmes de santé dans la production de résultats mesurables». Le cadre HSPA est perçu comme un mécanisme important pour répondre à cet engagement. Tel qu'envisagé par l'OMS, il constitue essentiellement un processus propre à chaque pays pour lequel il n'existe pas de modèle unique communément admis, même s'il existe de nombreux principes généralement reconnus pour ce qui concerne les bonnes pratiques en matière d'élaboration d'un cadre HSPA spécifique (OMS, 2012). Ces principes stipulent notamment que l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé doit porter sur l'ensemble du système de santé et ne pas se limiter aux services de santé. Les objectifs des systèmes de santé doivent être exprimés en termes de résultats

tels qu'une amélioration de la santé et une moindre exposition au risque financier, plutôt qu'en termes de processus tels que l'importance des effectifs ou le nombre de traitements. Dans toute la mesure du possible, les progrès doivent être quantifiés au moyen de paramètres et de techniques analytiques fiables et l'évaluation de l'efficacité des systèmes de santé doit être un processus continu inscrit dans tous les aspects de l'élaboration des politiques de santé. La forme précise de l'évaluation doit être laissée au libre choix de chaque système, mais son efficacité serait sans doute optimisée par l'adoption de mesures et de méthodes largement utilisées au plan interne.

Parlant de l'efficacité de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en général et des Travailleuses de Sexe en particulier, elle se mesure à travers l'analyse de la charge virale. En effet, La charge virale, c'est la **quantité de VIH qu'il y a dans le sang** d'une personne séropositive.

Quand le VIH entre dans le corps, il se multiplie pour attaquer de plus en plus le système immunitaire (le système de défense du corps). Plus le virus se multiplie, plus il y a de virus dans le corps : on dit alors que la charge virale est élevée.

Pour mesurer la charge virale d'une personne séropositive, il faut faire une prise de sang. On calcule ensuite la charge virale en mesurant le nombre de copies du virus qu'il y a dans 1 ml de sang. Chez une personne séropositive qui a une charge virale élevée, le nombre de copies de virus par millilitre de sang peut être de plusieurs millions.

Plus la charge virale d'une personne séropositive est élevée, plus le risque de transmission du VIH est élevé, et inversement, si la charge virale d'une personne séropositive est basse, le risque de transmission du VIH est réduit.

En prenant un traitement anti-VIH qui empêche le VIH de se multiplier, il bloque son évolution et **réduit donc la charge virale**. Il est important de bien prendre le traitement et donc de **bien respecter les indications données par le médecin spécialiste**, à savoir : les doses prescrites, les horaires à prendre avec ou sans repas. Il faut en général **6 mois** pour que la charge virale devienne indétectable.

On parle de « *charge virale indétectable* » lorsque la quantité de VIH présent dans le sang d'une personne séropositive est très basse. En effet, en bloquant la multiplication du VIH dans le corps, **le traitement anti VIH va réduire la quantité de virus** jusqu'à ce que l'on ne puisse plus détecter le virus dans le sang avec les appareils de laboratoire actuel (20 ou 50 copies de virus par millilitres de sang – 1 copie = 1 virus). **On dit alors que la charge virale est indétectable.**

Attention, cela ne veut pas dire qu'il n'y a plus de virus dans le corps et que la personne est guérie. Le virus est toujours présent mais en très faible quantité, ce qui permet de diminuer l'impact du virus sur le corps. Dès lors, avoir une charge virale indétectable permet non seulement de vivre mieux et plus longtemps mais aussi d'empêcher la transmission du VIH lors de relations sexuelles (même sans préservatif).

Ceci étant, dans le cadre des entretiens avec l'un des médecins interrogés au sujet des résultats de la charge virale des Travailleuses de Sexe séropositives, voici un extrait de la réponse à ce sujet :

L'efficacité du traitement aux ARVs chez les TS séropositives, je l'évalue comme pour tous les patients atteints de VIH. Nous faisons la charge virale pour celles qui nous donnent l'opportunité de la faire. Si elle est indétectable, on comprend que le traitement est efficace¹¹⁹.

Toutefois, faut-il le préciser l'on ne peut aboutir à une charge virale « indétectable » que si et seulement si le patient est observant.

L'observance thérapeutique ou **observance** se définit comme le respect de la prescription, la parfaite concordance entre la conduite du patient et les conseils et prescriptions du médecin. Dans une définition plus large, l'adhésion thérapeutique, est l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin concernant un programme thérapeutique, qu'il s'agisse d'un traitement médicamenteux, d'une psychothérapie, de règles d'hygiène de vie, d'examen complémentaires à réaliser, ou bien encore de présence à des rendez-vous. L'observance peut être nulle, partielle ou totale.

La mauvaise observance est un problème fréquent pendant la prise en charge des troubles psychiques en psychiatrie. Elle se situerait entre 30 et 50 % : près d'un patient sur deux. C'est un des problèmes majeurs de la prescription des psychotropes (c'est-à-dire des médicaments qui ont des actions sur le cerveau) ou dans la prescription de changements de l'hygiène de vie. Mais cette difficulté d'adhésion au traitement sur du long terme se rencontre aussi dans beaucoup d'autres disciplines médicales. Car toutes les maladies chroniques qui nécessitent la prise d'un traitement sur de longues périodes vont poser également ce problème.

L'on pense souvent que la « mauvaise observance » de certains psychotropes, comme les antipsychotiques ou les antidépresseurs, est liée à l'impact des effets indésirables sur la personne. Ce qui est en partie vrai car lors des entretiens sur le terrain avec les TS nouvellement

¹¹⁹ Dr. OMGBA, Op. Cit.

dépistées séropositives menés en Master, l'une d'elles avait expliqué que son inobservance avait pour cause les effets secondaires liés à la prise d'ARVs. Voici un extrait de cet entretien :

Les remèdes qu'on nous donne me fatiguent d'abord, ça fait que ma tête tourne. Quand je prends ça je ne peux plus sortir, trop de vertiges. Donc quand j'ai des choses à faire, je ne prends pas les remèdes sinon je ne vais rien faire à part rester coucher (NTOUTOU, 2019).

Une infirmière (ANONYMAT 1, Op. Cit.) a affirmé que : « *certaines TS disent que ce qui leur fait souvent ne pas être observantes, c'est parce que les médicaments qu'on leur donne ont des effets secondaires qui les empêchent de se concentrer sur leur activité* ».

Cependant, les avancées scientifiques et médicales dans ce domaine ont permis de beaucoup réduire leur impact sans pour autant résoudre la question de « l'observance médicamenteuse ». Les difficultés posées par les effets indésirables des médicaments n'expliquent donc pas tout.

Il est alors important d'essayer de comprendre les causes de cette résistance à la prise régulière de son traitement et au bon suivi des conseils et recommandations de son médecin. Car apprendre à respecter son traitement et à y adhérer est un vrai enjeu pour la personne touchée par une maladie. Cela va avoir des conséquences sur sa qualité de vie et sur le pronostic d'évolution de sa maladie. On sait que La « mauvaise observance » entraîne une augmentation du nombre des hospitalisations, des recrudescences de la maladie et une réduction de l'espérance de vie des patients. Il n'existe pas d'outil idéal pour évaluer avec précision le niveau de l'observance thérapeutique. Toutefois, l'emploi de questionnaires est probablement la technique la plus efficace et opérationnelle. Il s'agit d'instruments « standardisés » (c'est-à-dire avec des questions précises et étudiées pour l'évaluer efficacement) dont l'intérêt est d'évaluer de façon reproductible (on peut en effet donner le même questionnaire avec les mêmes questions pour évaluer les mêmes difficultés à un nombre infini de patients, donc on va évaluer la même chose pour tout le monde) le taux de non-observance. Ils ne nécessitent pas de formation particulière et la durée de passation est réduite (ils sont en général très rapides). Ils permettent de compléter utilement l'évaluation -souvent moins exhaustive- des médecins et équipes soignantes ou de l'entourage. Récemment, avec le développement des technologies du numérique, des applications sur Smartphone ont été développées dans ce but.

L'observance est également affectée par la croyance en l'efficacité ou l'inefficacité de son traitement par le patient et aussi par celle du prescripteur ; ceci rentre en droite ligne avec

l'un des critères qui motivent la demande des soins évoqués par ARROW (Op. Cit.). Plus que les effets indésirables objectifs, il a été montré que la croyance des patients (et du médecin) sur l'efficacité ou l'inefficacité du médicament qu'ils prennent (prescrivent) ou le vécu subjectif négatif des effets du traitement sont directement impliqués dans la mauvaise observance.

En somme, les causes possibles de résistance au traitement sont nombreuses. Les questions de coopération du patient et de fiabilité de la prise doivent systématiquement et prioritairement être posées. Si presque un patient sur deux se trouve en situation d'observance incomplète de son traitement, c'est que le phénomène n'est pas marginal et mérite qu'on s'y intéresse. Une meilleure compréhension de son traitement et une prise en charge adaptée à la personne sont des pistes pour lutter contre la non-observance et surtout permettre aux personnes affectées par des maladies chroniques de retrouver une bonne qualité de vie. (DAVID, 2019).

Tableau 19: Clarification notionnelle

Type	Définitions
RENDEZ-VOUS PREVU	Le patient se présente dans les sept jours précédant ou dans les 48 heures suivant un rendez-vous prévu.
RENDEZ-VOUS RETARDE	Le patient se présente plus de 48 heures, mais moins de sept jours après un rendez-vous prévu.
RENDEZ-VOUS MANQUE	Le patient se présente avec un retard de sept à 27 jours par rapport à un rendez-vous prévu.
PERTE DE VUE	Le patient ne s'est pas présenté à l'établissement/CID depuis plus de 28 jours (quatre semaines) et ne peut être localisé ou joignable par téléphone/SMS.

Source : tableau inspiré du SOP de PEPFAR, 2020.

En définitive, comme l'indique l'« Observance thérapeutique à long terme contre le VIH pour les populations clés : Considérations du programme (Juillet ; 2020) » initié par PEPFAR, les membres des populations clés et les autres PVVIH sont confrontés à divers

obstacles à l'observance du traitement, tant au niveau des établissements qu'au niveau de la communauté, notamment la distance des services, l'encombrement des sites du secteur public, les longs délais d'attente et les frais d'utilisation formels ou informels. Les obstacles individuels et sociaux comprennent la peur de la divulgation, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH et aux populations clés, la violence passée et actuelle, y compris la violence sexuelle, la dépression et l'anxiété, et le manque de soutien social. Des comportements spécifiques, tels que la consommation de drogues, et des caractéristiques, telles que le jeune âge, la mobilité élevée, le fait d'être sans abri et l'incarcération, sont également corrélés avec des difficultés d'observance. Chez les jeunes, l'exposition à la violence à la maison, à l'école et dans les cliniques est un risque majeur et cumulatif de non-observance du traitement antirétroviral par les adolescents. Une observance réussie à long terme exige une réponse multiforme aux obstacles au niveau individuel, soutenue par un environnement favorable. Il a été démontré qu'un certain nombre de politiques et de pratiques nationales permettent de supprimer les obstacles à l'initiation, à l'observance et à la rétention du traitement, et d'accélérer la réalisation des objectifs en cascade en aval pour les populations clés. Pour ce qui est des perceptions développées par les Travailleuses de Sexe séropositives sur ce qui est fait pour elle, force est de constater que si le suivi, l'accompagnement et les activités de prévention menées par HF à travers le projet « CHAMP » trouvent de bonnes grâces aux yeux des TS, il faut toutefois dire qu'au niveau des FOSA, ils y subsistent encore nombre de résistances à l'adhésion de ces TS au traitement.

CONCLUSION

Après avoir cerné les contours de cette réflexion sociologique qui portait sur le thème: « *vulnérabilité sociale et accessibilité aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé* », il convient à présent de le conclure. Pour ce faire, il est d'abord question de rappeler en quoi consistaient le problème et la problématique de la présente recherche, avant de passer à l'étape de validation des hypothèses élaborées. Après cette étape, la suivante consiste à présenter l'intérêt socio-scientifique de la présente recherche, les difficultés rencontrées, les limites ainsi que les perspectives auxquelles elle ouvre.

Le problème soulevé dans la présente recherche repose sur le constat de deux situations contradictoires observées dans le cadre de la prise en charge des Travailleuses de Sexe séropositives au Cameroun. Il s'agit tout d'abord, de leur situation épidémiologique qui, selon les rapports du Comité National de Lutte contre le SIDA (CNLS), est des plus alarmantes. Aussi, faut-il rappeler que cette population à elle seule enregistre un taux de séroprévalence de 36,7. Or, ce pourcentage est près de dix fois supérieur au taux de séroprévalence national qui, lui est de 3,1. De plus, étant donné que l'activité à laquelle elles se livrent les met en interaction permanente avec les autres couches sociales, il est apparu opportun de questionner les déterminants qui influencent leur accessibilité aux soins de santé disponibles au sein des structures de prise en charge dans la ville de Yaoundé. Ainsi, selon les enquêtes et les lectures exploratoires, leur accès aux prestations sanitaires était apparu comme des plus faibles. Aussi, ne faut-il pas oublier la double stigmatisation à laquelle elles font face. La première concerne leur statut sérologique tandis que la seconde est liée à leur activité. D'où la vulnérabilité socio-sanitaire constatée. Ce problème s'est observé au travers des étiquettes et des représentations sociales développées autour des personnes en situation de travail de sexe qui les cataloguent comme déviant. Dès lors, il a fallu, à juste titre, questionner les différents facteurs qui alimentent cette vulnérabilité socio-sanitaire ainsi que les déterminants qui structurent leur accessibilité aux soins de santé dans les structures hospitalières de la ville de Yaoundé, dans un contexte marqué par la discrimination et la stigmatisation.

Aussi, s'est-il posé, au sein de cette couche de la population, un problème social lié à leur accès aux prestations de santé modernes. En réalité, les personnes en situation de travail de sexe sont appelées à développer au quotidien des stratégies spécifiques et parfois subjectives pour venir à bout des barrières socio-culturelles, économique, structurelles et même géographique dans le cadre de leur quête de soins. Le rôle joué par les représentations sociales, l'environnement social, les normes socioculturelles, les valeurs individuelles et collectives influence la nature des rapports société/TS. Ce qui soulève la question de la définition des

identités sociales, qui est au centre de la redéfinition des interactions sociales et des rapports entre ces TS et leur environnement social (le personnel soignant et même la famille).

De ce problème de recherche, a découlé la question centrale de savoir : « comment comprendre les déterminants qui structurent et alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire ainsi que l'accessibilité aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé » ? De cette question centrale de recherche, ont été formulées les questions spécifiques suivantes : premièrement, « quels sont les différents déterminants qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé » ? Deuxièmement, « quels sont les déterminants ou les facteurs socio-culturels qui influencent l'accessibilité aux prestations de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé » ? En troisième lieu, « quels sont les différents déterminants économiques qui influent sur l'accessibilité aux services sanitaires chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé » ? Quatrièmement, « quels sont les déterminants structurels qui influencent l'accessibilité aux soins sanitaires chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé » ?

Les questions sus posées ont permis de formuler des hypothèses. L'hypothèse principale stipule que : « La vulnérabilité socio-sanitaire et l'accessibilité aux soins de santé des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé peuvent se comprendre à travers les déterminants socio-culturels et économiques d'une part et, à travers les déterminants structurels et géographiques d'autre part ». Cette hypothèse principale a également donné lieu à quatre hypothèses subsidiaires, à savoir : « Les facteurs qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé sont : les facteurs socio-culturels et les facteurs économique-institutionnels » (01). Aussi, « Les déterminants socio-culturels qui influencent l'accessibilité aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé sont : le niveau d'instruction, le réseau relationnel et les représentations sociales » (02). « Plusieurs déterminants économiques influencent l'accessibilité aux prestations de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé. Il s'agit notamment du revenu, du statut matrimonial et de la taille du ménage » (03). « Parmi les déterminants structurels qui influencent l'accessibilité aux soins de santé chez les Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé, se trouvent : l'accueil, la nature des rapports soignant/soigné, la disponibilité des soins et du personnel de prise en charge » (04).

La méthode utilisée dans le cadre de la présente recherche obéit à une approche interdisciplinaire au regard du caractère multidimensionnel que revêt le concept de santé. En effet, les schèmes d'intelligibilités qui ont été capitalisés dans la présente réflexion s'inscrivent dans des thématiques relatives à la sociologie générale, à la sociologie de la santé, à l'anthropologie de la santé, à l'économie de la santé et à la géographie de la santé. Il s'agit à cet égard des théories suivantes : la théorie des représentations sociales de MOSCOVICI, de l'individualisme méthodologique de BOUDON, le modèle explicatif (The explanatory model) de KLEINMAN, le modèle des recours d'ANDERSEN et d'ADEY et la théorie de la micro-économie d'ARROW. Aussi, une triangulation des outils de collecte de données à savoir, l'observation documentaire, l'observation directe, l'entretien semi directif et le récit de vie a-t-elle été effectuée. Dans le cadre de cette recherche, c'est l'échantillonnage sur place qui a été utilisé. Il a permis de cibler 100 TS séropositives et une vingtaine d'autres informateurs. Ainsi, les entretiens ont été menés auprès des TS séropositives, du personnel de prise en charge des KP au sein des FOSA et des personnels de prise en charge d'Horizons Femmes. Pour protéger l'identité des interrogés, une clairance éthique a été obtenue auprès de la Délégation Régionale de la santé pour le Centre. Et sur le terrain, les principes de confidentialité et d'anonymat ont été valorisés. Les données ont été traitées et analysées à l'aide des techniques d'analyse de contenu de BARDIN.

Les hypothèses parcourues tout le long de cette recherche et validées par les principaux résultats obtenus dans ce travail scientifique ont permis de parvenir à la conclusion selon laquelle les problèmes de santé ont toujours été et resteront au centre des préoccupations. En effet, l'un des défis majeurs que rencontre le monde entier et lié à la présente génération est l'éradication de la grande pandémie qu'est le VIH/SIDA, tant elle a engendré des pertes en vies humaines et la mobilisation d'innombrables ressources humaines, infrastructurelles et économiques. La communauté internationale, par le truchement des organismes tels que : l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Organisation des Nations Unies, diverses Organisations non Gouvernementales ainsi que les Associations à but non lucratif en collaboration avec les Ministères de la santé publique de chaque pays, n'ont eu de cesse de mettre sur pied des stratégies de riposte contre cette pandémie. L'une des stratégies mise en œuvre par ces Ministères étant le ciblage de plusieurs secteurs tels que : les « groupes à haut risques » à l'instar des Travailleuses de Sexe. Dès lors, pour mener à bien cette mission, plusieurs experts ont été engagés dans la riposte et les sociologues ne sont pas en reste. Surtout, lorsqu'il est avéré que la maladie n'est pas que physiologique, mais comporte également une part de social.

L'identification des facteurs qui alimentent la vulnérabilité socio-sanitaire des TS séropositives et l'analyse des facteurs qui influencent leur accès aux soins de santé adaptés dans la ville de Yaoundé, montrent que les difficultés d'accessibilité aux soins de santé de meilleure qualité chez ces cibles s'expliquent à la fois par des déterminants socio-culturels, économiques, structurels et géographiques. De ce fait, l'analyse de ces déterminants a été faite par le recours à une multitude d'approches théoriques. En effet, nombre de théories ont été mobilisées dans le cadre de cette recherche afin de pouvoir saisir l'objet dans sa profondeur en prenant en compte son contexte extrêmement large.

Parmi les déterminants socio-culturels qui ont été identifiés, se trouvent : le niveau d'instruction, le réseau relationnel et les représentations sociales. L'analyse de ces déterminants a été étayée par la théorie des représentations sociales. Cette dernière, faut-il le rappeler, a permis de saisir comment le corps social arrive à définir les identités spécifiques à chaque groupe social, à orienter les comportements et les pratiques et à justifier des postures et des comportements en société. À cet égard, dans la présente recherche, cette théorie a permis de mettre en exergue la place prépondérante qu'occupent les construits sociaux dans la définition des identités sociales ainsi que la place à attribuer à un individu en fonction de son identité sociale. Il s'agit, en fait, de le cataloguer en tant que déviant ou normal, en se référant à la marge de normalité associée à l'acte posé. Ainsi, si cet acte est considéré comme louable, alors l'individu sera érigé en modèle social. Par contre, si l'acte est perçu comme une trahison autant dire une atteinte aux idéaux sociaux, l'individu responsable de cet affront sera taxé de déviant et sera considéré par ses confrères comme un paria. Dans le cas d'espèce, cette analyse a conduit à la conclusion selon laquelle la Travailleuse de sexe séropositive, parce qu'elle « vend » son corps, mérite le sort qui lui est réservé, notamment sa séropositivité. Celle-ci est perçue comme « le salaire de ses pêchés » autant dire, comme la conséquence de ses actes. La violence exercée sur elle par les forces de l'ordre et la stigmatisation en milieu hospitalier deviennent, dès lors, justifiées. Car, le Travail de Sexe est encore perçu en contexte camerounais comme une « manière de faire » déviante et donc passible de condamnation. La présente analyse a également montré que dans le cadre de la prostitution féminine, ce sont les femmes qui sont à l'origine de l'offre pour laquelle elles sont d'ailleurs stigmatisées, pendant que les hommes qui sont responsables de la demande ne sont nullement inquiétés. En réalité, l'analyse des représentations sociales a également permis de montrer que malgré le fait que ce sont les hommes qui sont majoritairement à l'origine de la demande dans la relation prostitutionnelle, la sanction du corps social ne concerne que les femmes. Parmi les TS interrogées, celles qui ont

été arrêtées pour racolage ont souligné qu'en aucun moment le client n'avait été inquiété par les forces de l'ordre qui, dans ces cas étaient des hommes. N'est-il pas possible de voir en cela une sorte de discrimination sexualisée ou même une sorte de pérennisation de la domination masculine ? Cette analyse a conduit à s'interroger sur la question de savoir pourquoi les sanctions sociales appliquées aux prostituées ne concerneraient-elles pas également le client ? Ce qui permet de conclure qu'au sein de cette couche sociale, les inégalités de sexe sont encore plus accentuées que dans les autres catégories sociales. La dialectique TS/client, TS/force de l'ordre, TS/personnel soignant en constitue la flagrante illustration.

Pour ce qui relève des déterminants économiques, ceux qui ont été identifiés sont les suivants : l'activité menée par la TS, le nombre d'enfant et le statut matrimonial. Dans le cadre de cette recherche, l'analyse de ces déterminants a été soutenue par la théorie de la micro-économie. À titre de rappel, cette dernière a pour but d'étudier le marché des soins en questionnant les règles qui régissent l'offre et la demande. Dans le cas d'espèce, cette théorie a permis de comprendre comment les tarifs associés aux prestations de santé ainsi que l'indisponibilité du personnel soignant pouvaient conduire les usagers à reconsidérer leurs itinéraires thérapeutiques. Cela a d'ailleurs été démontré dans la présente recherche. En fait, l'analyse de l'offre et de la demande des soins dans le cadre de la prise en charge des TSS a permis de mettre en lumière le caractère intermittent des examens gratuits, les absences du médecin, de même que les ruptures de stocks du matériel alloué à la prévention. Cette découverte a à juste titre permis de comprendre pourquoi malgré la gratuité des prestations sanitaires destinées aux TSS, celles-ci continuent-elles de recourir à des trajectoires proscrites par le personnel biomédical. Aussi, faut-il signaler que la gratuité mise en avant dans le cadre du traitement du VIH a également été bien élucidée dans le cadre de cette analyse. En effet, contrairement à ce qui est communément admis à savoir que le traitement du VIH est gratuit, il faut savoir que cette gratuité n'est limitée qu'aux ARVs. Car, en réalité, les examens ainsi que tout le processus qui conduit à la prise de ces ARVs restent payant. Pourtant, la présente analyse a révélé que le pouvoir d'achat des TSS était des plus faibles. Ce qui rend leur accès aux soins dans les institutions hospitalières difficile.

Parlant des déterminants géographiques, il s'agit de : l'accessibilité géographique des lieux de prise en charge ; la mobilité des TS et la répartition spatiale des lieux de prise en charge. L'analyse de ces déterminants a été soutenue par la théorie des recours d'ANDERSEN et d'ADEY. Cette théorie met au centre de son analyse un ensemble de facteurs dont il est important de comprendre les éléments constitutifs dans les recours aux soins de santé. En guise

de rappel, ces facteurs sont tout d'abord les facteurs prédisposant : ici l'on retrouve des variables géographiques telles que l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, la taille de la famille et le statut matrimonial pour ne citer que ceux-là. Puis, l'on a les facteurs de capacité : ici l'on peut citer le revenu, les assurances, l'accès aux sources de soins, la régularité des soins et la disponibilité de ces soins. En fin, les facteurs déclenchant : ici, il est question de l'évaluation des besoins des usagers en fonction de leur maladie. L'analyse de tous ces facteurs a permis de comprendre par exemple, comment le niveau d'instruction pouvait constituer un élément déterminant dans les choix thérapeutiques. Pour ce qui est des TSS séropositives, l'on a pu mettre en évidence le fait que ce sont celles qui ont un niveau d'instruction bas qui recourent systématiquement à l'automédication malgré les mises en garde du personnel soignant. Par contre, celles qui ont un niveau d'instruction élevé recourent à la biomédecine tels que prescrit par leurs traitants. Cette observation a permis de soutenir que le niveau d'instruction joue un rôle pertinent dans les choix thérapeutiques des TSS.

Quant aux déterminants structurels il a été noté : la disponibilité des soins et du personnel de prise en charge, la disponibilité du matériel de prévention, la nature des rapports soignant/soigné et le rôle des FOSA dans la prise en charge des TS. À ce niveau, c'est le modèle explicatif qui a été davantage sollicité. Il stipule que les individus forgent des modèles explicatifs des maladies dont ils sont victimes en combinant leur idiosyncrasie et leur expérience de la maladie avec les croyances répandues en société. Ainsi, dans la présente recherche, cette théorie a permis de comprendre comment les malades vivent et ressentent leur maladie et comment le personnel biomédical dans leur rapports avec les patients, gèrent le « disease », en prenant ou non appui sur le « sickness » et le « illness ». En fait, l'analyse de ces trois dimensions de la maladie a permis de déceler que le personnel soignant, dans leur traitement du « disease », ne tient pas toujours compte les deux autres dimensions qui, pourtant, ne sont pas à négliger. Ce qui soulève la problématique de l'intégration du malade dans le processus de guérison. C'est d'ailleurs pour cette même raison qu'il a été jugé opportun de comprendre les logiques individuelles qui structurent les choix thérapeutiques des TSS ainsi que l'influence que ces choix pouvaient avoir sur leur accès à des soins de santé adéquats. Cet aspect a davantage été exploré en prenant pour socle l'individualisme méthodologique. Comme cela a été signalé dans la partie méthodologique, cette théorie met au centre de l'analyse sociologique les motivations individuelles. L'analyse des logiques des TSS a permis de mettre en lumière le fait que pour pallier aux problèmes d'ordre économique, ces TSS multiplient des pratiques et comportements à haut risque tels que le recours à l'automédication, les rapports

non protégés, l'usage de drogues, pratiquent les avortements clandestins ainsi que l'insertion de plantes dans leurs parties intimes. Or, ces pratiques constituent des obstacles à la réussite du travail de prévention entrepris par les institutions de prise en charge pour enrayer le VIH et les infections y afférente au sein de cette population. Cependant, bien que la prise en compte de tous ces déterminants soit d'une importance capitale dans la compréhension des pesanteurs qui freinent l'accès de ces TS aux structures de santé modernes, il importe tout de même de signaler que leur analyse a révélé l'existence de déterminants mineurs et de déterminants majeurs.

Après analyse, les déterminants qui se sont révélés comme majeurs sont : les déterminants économiques et les déterminants structurels. Ainsi, la majeure partie des TS interrogées a affirmé avoir recouru à des trajectoires peu recommandables telles que l'automédication, du fait de l'insuffisance de leurs moyens financiers. C'est dire en d'autres termes qu'à ce niveau, la difficulté d'accès aux soins adaptés a pour cause les barrières économiques rencontrées au sein des institutions de prise en charge au Cameroun. Plus de la moitié des interrogées ont relevé cette difficulté. Ce qui biaise à coup sûr leur accès à des soins et services sanitaires optimales. Or, les initiatives prises par la structure à travers le projet « CHAMP » pour réduire ces problèmes d'accessibilité financière, regorge de plusieurs lacunes. En effet, la mise sur pieds des examens gratuits est une initiative plutôt remarquable, sauf qu'elle apparaît insuffisante du fait de son caractère intermittent. De plus, même le matériel de prévention connaît des ruptures de stocks. Ce qui n'améliore pas du tout la situation précaire à laquelle font déjà face ces TS. Aussi, la structure Horizons Femmes, à travers le projet « CHAMP », a-t-elle davantage mis l'accent sur les aspects cliniques de la prise en charge et négligeant de fait même, les aspects socio-anthropologiques. Pourtant, la présente analyse montre à suffisance pourquoi il apparaît plus que nécessaire de capitaliser ce dernier aspect, afin d'améliorer la prise en charge de ces TS. En effet, à en croire les perceptions de ces dernière sur les dispositifs (la prévention, les soins et le traitement, le dépistage, le suivi, le soutien et l'accompagnement) mis sur pieds à leur égard, ceux-ci méritent d'être revisités. Quant à leur accès aux prestations sanitaires adéquates, il est biaisé par les recours multiples et peu recommandables. Ces derniers sont, à leur tour, justifiés à la fois par des motivations d'ordre social et clinique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle même s'il est avéré que les déterminants économiques et structurels sont davantage soulignés, au regard du caractère interdépendant de tous les déterminants sus évoqués, il convient de tous les prendre en compte pour une saisie plus globale des différentes pesanteurs qui influent sur l'accès aux soins sanitaires chez les TSS. Par exemple, pour ce qui est de la distance entre le lieu de résidence de

la TSS et son lieu de prise en charge, les résultats de la présente recherche ont montré que la distance plus ou moins longue du trajet à parcourir dans la quête des soins, pouvait nécessiter la mobilisation de plus ou moins de moyens financiers. Ce qui laisse entrevoir une corrélation entre la distance qui est un facteur géographique et les moyens financiers, facteur économique. Toujours dans la même veine, les résultats de cette recherche ont montré qu'il existe une étroite relation entre les déterminants économiques et les déterminants socio-culturels. En effet, en prenant par exemple le réseau relationnel du malade, l'on s'est rendu compte que même si les choix thérapeutiques effectués par ce dernier se référaient à leur propre vécu et expérience de la maladie, il a été constaté que la dimension économique y était également pour quelque chose. Car, la décision de capitaliser un recours dépend également de l'accessibilité financière liée à ses prestations. À titre illustratifs certains proches du patient préfèrent choisir certains laboratoires d'analyses médicales non pas parce qu'ils ont la réputation de produire des résultats d'analyses un peu plus fiables, mais davantage du fait du faible coût des examens cliniques. Dans le cas d'espèce, nombre de TSS ont affirmé avoir une préférence pour l'hôpital de Biyem-assi lorsqu'il s'agit de faire leur charge virale. Car, selon elles cet examen clinique est à moindre coût dans cette structure hospitalière tandis qu'au centre pasteur par exemple, il est plus coûteux.

En dehors de ce qui précède, les résultats de la présente recherche ont également montré que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, les logiques qui structurent les choix thérapeutiques des TSS ne sont pas différentes de celles du reste de la population. En effet, les TSS choisissent leur recours tout d'abord en fonction du degré de gravité de la maladie, selon qu'elle est plus ou moins rebelle, ou encore selon la connaissance qu'elles semblent avoir de l'affection dont elles souffrent en procédant à l'identification en amont de ses symptômes. Ensuite, les TSS choisissent leurs trajectoires thérapeutiques en fonction de leurs moyens financiers, de la distance à parcourir pour avoir les soins et enfin, de la qualité des prestations de santé dans les FOSA. Tous ces éléments résument assez bien les différents déterminants sus évoqués.

De plus, pour un diagnostic et un traitement plus efficaces, il est important que le personnel de prise en charge ainsi que tous les acteurs qui interagissent dans la prise en charge des malades en général et des séropositifs en particulier, prennent en compte les aspects socio-anthropologiques à l'instar des déterminants des recours thérapeutiques des malades ou même de leur accessibilité aux soins. En tout état de cause, dans le cadre de cette recherche, l'analyse de ces déterminants a permis de mettre en évidence le fait qu'au regard des problèmes financiers

auxquels font face les TS séropositives et du caractère instable des services gratuits offerts par le projet et les FOSA sans oublier leur inhospitalité, tous constituent une entrave dans la prise en charge de ces cibles. Aussi, les résultats de cette recherche ont-ils permis de mettre en évidence le fait qu'il existe effectivement une corrélation entre les déterminants de l'accessibilité aux services sanitaires chez les TS séropositives et leur prise en charge. En effet, les analyses précédentes montrent qu'autant les déterminants de cette accessibilité influencent leurs choix thérapeutiques, autant ces choix thérapeutiques influencent leur prise en charge. En fait, ces choix thérapeutiques favorisent le pluralisme thérapeutique en milieu hospitalier qui, pourtant constitue un frein voire un obstacle majeur dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH en particulier et dans la riposte contre le VIH en général.

Par ailleurs, étant donné que l'œuvre humaine reste perfectible, et eu égard les difficultés rencontrées, il se trouve qu'au regard du caractère actuel et pluridimensionnel du VIH/SIDA, bien des aspects de cette pandémie méritent plus d'investigations. C'est d'ailleurs le cas des hommes ayant des relations sexuels avec d'autres hommes (HSH). En réalité, en plus de constituer eux-aussi une population à « haut risque », leur situation épidémiologique est tout aussi inquiétante avec un taux de séroprévalence s'élevant à 26 % selon le CNLS.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES GÉNÉRAUX

- **ABBOTT, A.** (2001). *Time matters. On theory and method*, Chicago, The University of Chicago Press.
- **ANSART, P.** (1990). *Les sociologies contemporaines*, Paris, Seuil.
- **BALANDIER, G.** (1981). *Sens et Puissance : les dynamiques sociales*, Paris, PUF.
- **BARDIN, L.** (1986). *L'analyse de contenu*, Paris, PUF.
- **BERELSON, B.** (1952). *Content analysis in communication research*, Glencoe, New York Hafner, The Free Press.
- **BERTAUX, D.** (2003). *Les récits de vie*. Paris, Nathan Université.
- **BLANCHET, A.** (2015). *Dire et faire dire l'entretien*. Paris, Armand Colin.
- **BLANCHET, A., et GOTMAN, A.** (2007). *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*, Paris, Armand Colin, 2e éd.
- **BOURDIEU, P.** (2002). *La domination masculine*. Paris, Seuil.
- **BOURDIEU, P., PASSERON, J-C. et CHAMBOREDON, J-C.** (1968). *Le métier de sociologue*, Paris, Mouton-BORDAS.
- **BOZON, M. et LOCOH, T.** (2000). *Rapports de genre et questions de population. II. Genre, population et développement*. Paris, INED.
- **CEFAÏ, D.** (2010). *L'engagement ethnographique*, Paris : Editions de l'EHESS.
- **COMBESSIE, J-C.** (2007). *La méthode en sociologie*. Paris, La Découverte.
- **CORCUFF, P.** (2004). *Les nouvelles sociologies*, Paris, Armand COLIN.
- **CROZIER, M. et FRIEDBERG, E.** (1981). *L'acteur et le système, les contraintes de l'action collective*, Paris, ED du Seuil.
- **DEMAZIERE, D. et DUBAR, C.** (1997). *Analyser les entretiens biographiques*, Paris : Nathan.
- **DURKHEIM, E.** (1893). *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, PUF.
- **DURKHEIM, E.** (1897). *Le suicide. Etude de sociologie*, Paris, PUF.
- **DUVOUX, N. et ASTIER, I.** (2006). *La société biographique : une injonction à vivre dignement*, Paris : L'harmattan.
- **ELIAS, N.** (1993). *Engagement et distanciation*, Paris, Fayard.
- **ELIAS, N.** (1991). *La société des individus*. Paris, Fayard.
- **ELKAIM, M.** (2001). *Panorama des thérapies familiales*, Paris : Éditions du Seuil.

- **FISCHER, G. N.** (2005). *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris, Dunod.
- **GIDDENS, A.** (1987). *La constitution de la société*. Paris, PUF.
- **GHIGLIONE, R. et MATALON, B.** (1991). *Les enquêtes sociologiques : Théorie et pratique*, Paris, Armand Colin.
- **GOFFMAN, E.** (1956). *La Mise en scène de la vie quotidienne I. La Présentation de soi*. Paris, Editions de minuit.
- **GOFFMAN, E.** (1974). *Les rites d'interaction*. Paris, Editions de Minuit.
- **GOFFMAN, E.** (1991). *Les cadres de l'expérience*. Paris, Editions de minuit.
- **GOFFMAN, E.** (2002). *L'arrangement des sexes*. Paris, La Dispute.
- **GRIGNON, C. PASSERON, J.-C.** (1989). *Le savant et le populaire*, Paris, Le Seuil/Gallimard.
- **GURVITCH, G.** (1960). *La vocation actuelle de la sociologie*, Paris, PUF, 4^e éd.
- **HESSE-BIBER, S. N. et LEAVY, P.** (2004). *Approaches to qualitative research : A reader on theory and practice*, Oxford : Oxford University Press.
- **HUGHES, E. C.** (1996). *Le regard sociologique. Essais choisis*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales.
- **JAGET, C.** (1975). *Une vie de putain*, Paris, Presses d'Aujourd'hui.
- **JAVEAU, C.** (2003). *Sociologie de la vie quotidienne*. Paris, PUF.
- **KAUFMANN, J.-C.** (2016). *L'entretien compréhensif*. Paris, Arman Colin.
- **LAHIRE, B.** (2002). *Portraits sociologiques. Dispositions et variations individuelles*, Paris : Nathan.
- **LAPLANTINE, F.** (1987). *L'anthropologie*. Paris, Seghers.
- **Le BRETON, D.** (2016). *La sociologie du corps*. Paris, PUF.
- **LOCOH, T. et Al (dir.)** (1996). *Genre et développement : des pistes à suivre*. Paris, Document et manuels du Ceped.
- **MACE, G. et PETRY, F.** (2000). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en science social*, Laval, éd. De Boeck.
- **MANNHEIM, K.** (2011). *Le problème des générations*, Paris : Nathan.
- **MARTUCCELLI, D.** (2010). *La société singulariste*, Paris : Armand Colin.
- **MENDEZ, A.** (2010). *Processus. Concepts et méthodes pour l'analyse temporelle en sciences sociales*, Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant.

- **MENDRAS, H.** (1989). *Eléments de sociologie*. Paris, Arman Colin.
- **MERTON, R. K.** (1951). *Eléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris, Plon.
- **MERTON, R. K.** (1968). *Social Theory and social Structure*, New York : The Free Press.
- **MUCCHIELLI, R.** (1991). *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris, ESF Editeur.
- **NGA NDONGO, V.** (1993). *Les médias au Cameroun. Mythes et délires d'une société en crise*. Paris, L'Harmattan.
- **NGA NDONGO, V.** (2003). *Plaidoyer pour la sociologie africaine*. Yaoundé, Presses Universitaires de Yaoundé.
- **NGA NDONGO, V.** (2015). *Leçons de sociologie africaine*. Paris, L'harmattan.
- **NGA NDONGO, V.** (dir.) (2016). *Dynamiques sociales en Afrique noire : Chantiers pour la sociologie africaine*. Paris, L'Harmattan.
- **PARSONS, T.** (1955). *Eléments pour une sociologie de l'action*. Paris, Plon.
- **SCHUMACHER, B.,** (éd.) (2019). *L'éthique de la dépendance face au corps vulnérable*. Toulouse, Érès.
- **SCHUTZ, A.** (1987). *Le chercheur et le quotidien : phénoménologie des sciences sociales*, Paris, Klincksieck.
- **STRAUSS, A.** (1985). *La trame de la négociation : Sociologie qualitative et interactionnisme*. Paris, L'Harmattan.
- **STRAUSS, A. & CORBIN, J.** (2004). *Les fondements de la recherche qualitative*. Frieburg, Academic press.
- **TOURAINE, A.** (1974). *Pour la sociologie*, Paris, Seuil.
- **WEBER, M.** (1922). *Economie et Société*. Paris, Plon.
- **ZIEGLER, J.** (1980). *Retournez les fusils ! Manuel de sociologie d'opposition*, Paris, Seuil.

II-OUVRAGES SPÉCIALISÉS

- **ABRIC, J.C.** (dir) (2003). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse, Eres.
- **ABRIC, J.C.** (dir.) (1997). *Pratiques sociales et représentations*. Paris, PUF.
- **ADAM, P. et HERZLICH, C.** (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, NATHAN Université.

- **ADDAMS, J.** (1972). *A New Conscience and an Ancient Evil*, New York, Arno Press.
- **ARROW K. J.** (1951). *Social Choice and Individual Values* (2^{ème} éd: 1963), Yale University Press, New York: Wiley.
- **AUDAS, R. et WILLMS, J.D.** (2001). *Engagement scolaire et décrochage : perspective de la trajectoire de vie*. Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique, développement des ressources humaines du Canada.
- **AUGE, M., HERZLICH C.** (éd.) (1984) *Le sens du mal. Anthropologie, Histoire, Sociologie de la maladie*. Paris, Editions des Archives contemporaines.
- **BAILLY, A. and BEGUIN H.** (1998). *Introduction à la géographie humaine*. 7^{ème} ed. Paris, Armand Colin.
- **BARBARA et DE CONINCK C.** (1977). *La partagée*, Paris, Minit.
- **BARRY, K.** (1982). *L'esclavage sexuel de la femme*, Paris, Editions Stock.
- **BAUELLE, G.** (2000). *Géographie du peuplement*. Cursus Géographie, Armand Colin.
- **BEAUVOIR, S.** (1949). *Le deuxième sexe*, tome 2, Paris, Gallimard.
- **BECKER, H. S.** (1963). *Outsiders, études de sociologie de la déviance*. Paris, Métaillié.
- **BELL, S.** (1995), *Whore Carnival*, New York, Autonomedia.
- **BERESNIAK, A. and DURU G.** (1994). *Economie de la santé*, Paris, Masson.
- **BERGER, P. et LUCKMANN, T.** (1861). *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens-Klincksieck.
- **BIDART, C.** (2006). *Devenir adulte aujourd'hui : perspectives internationales*. Paris, L'Harmattan.
- **BOA, T.R.** (2010). *La sorcellerie n'existe pas*. Abidjan, CERAP.
- **BOZON, M.** (2005). *Sociologie de la sexualité*, Paris, Armand Colin.
- **BROCK, D.R.** (2009). *Making Work, Making Trouble. The Social Regulation of Sexual Labour*, Toronto, University of Toronto Press.
- **BRODIEZ-DOLINO, A. et al.** (2014). *Vulnérabilité sanitaire et sociale*, ISBN, Presses Universitaires de Rennes.

- **BRUCKERT, C.** (2002). *Taking it off. Putting it on. Women in the Strip Trade*, Toronto, Women's Press.
- **BUCHMANN, M.** (1989). *The script of life in modern society. Entry into adulthood in a changing world*, Chicago, The University of Chicago Press.
- **CABRAL, C., CASTELLETTI, S. De VINCENZI, L. et SERRE A.** (1993). *Recherche-action auprès de transsexuels et travestis prostitués à Paris*, Paris, PASTT.
- **CARTHONNET, C. et MENDIBIL, C.** (2003). *J'ai des choses à vous dire. Une prostituée témoigne*, Paris, Robert Laffont.
- **CAZALS, A.** (1995). *Prostitution et proxénétisme en Europe, ministère de l'Intérieur et de l'aménagement du territoire, Direction des libertés publiques et des affaires juridiques, Direction centrale de la police judiciaire*, Paris, La documentation française.
- **CHAPKIS, W.** (1997). *Live Sex Acts. Women Performing Erotic Labour*, Routledge, New York.
- **CHARTON, L. et LEVY, J. J.** (2009). *Génération et cycles de vie*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- **COPPEL, A., DE VINCENZI, I., BRUNET, J.-B., BESSON, S. et BRAGGIOTTI, L.** (1990). *Recherche-action prostitution et santé publique*, AFLS, DGS, Œuvre hospitalière de l'ordre de Malte, centre collaborateur OMS Sida.
- **CORBIN, A.** (1982). *Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution au XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Flammarion, Collection Champs.
- **CORBIN, A.** (1991). *Le temps, le désir et l'horreur*, Paris, Aubier.
- **CORDELIER, J.** (1976). *La dérobade*, Paris, Hachette.
- **CRÉPAULT, C.** (1997). *La sexoanalyse*, Paris, Payot.
- **CURTIS S., LUCAS GABRIELLI V., and TONNELIER F.** (1998). *Peut-on traduire RAWP en français ?* In : *Allocation des ressources et géographie des soins*, Paris, CREDES.
- **DAVIS, N. J.** (1971). *The prostitute: developing a deviant identity*, In : HENSLIN J. M. et al., *Studies in the sociology of sex*, Appleton-Century-Crofts.
- **DAVIS, N. J.** (1993). *Prostitution. An international handbook on trends, problems and policies*, Westport and London, Greenwood Press,
- **DAVIS, S.** (1995). *Prostitution in Canada: The Invisible Menace or the Menace of Invisibility?* Vancouver, Commercial Sex Information Service.

- **DURBAN, P.** (1969). *La psychologie des prostituées*, Paris, Maloine.
- **De ROSNY, E.** (1992). *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala.
- **D'HOUTAUX A.** (1999). *La Santé à travers les sciences humaines et sociales. Approche linguistique et sociologique*, Paris, Masson.
- **DOITTEAU, N.** (2004). *La perception de femmes prostituées quant à leur relation avec leur(s) enfant(s)*, Mémoire de maîtrise (Service social), Québec, Université Laval.
- **DORAIS, M.** (2003). *Travailleurs du sexe*, Montréal, VLB éditeur.
- **DORAIS, M. et CORRIVEAU, P.** (2006). *Jeunes filles sous influence, Prostitution juvénile et gangs de rue*, Québec, VLB Éditeur.
- **DORAIS, M. et MENARD, D.** (1987). *Les enfants de la prostitution*. Québec, VLB Éditeur.
- **DURBAN, P.** (1969). *La psychologie des prostituées*, Paris, Maloine.
- **DURU G.** (1994). *Analyses et évaluations en Economie de la santé. Nouvelles méthodologies. Résultats. Interdisciplinarités et nouveaux outils*, éd. D. G, Paris, Hermès.
- **EBOKO, F., ABE, C. et LAURENT, C.** (2010). *Collection sciences sociales et le sida : Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise*, Paris, éd EDK.
- **ELIAS, N.** (1973). *La civilisation des moeurs*. Paris, Calmann- Lévy.
- **EPELBOIN, A.** (1996). *Possession par les djinns en région parisienne. In Soigner au pluriel*, J. Benoist (Sous la dir. de), Paris, Karthala.
- **EPSTEIN, R.S.** (1994). *Keeping Boundaries : Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*, Washington DC., American Psychiatric Press Inc.
- **FAINZANG, S.** (1986). *L'intérieur des choses. Maladie, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina Faso*. Paris, L'Harmattan.
- **FAINZANG, S.** (1996). *Ethnologies des anciens alcooliques. La liberté ou la mort*. Paris, PUF, coll. « Ethnologies ».
- **FIERRO, F. WELZER-LANG D.** (1995). *Annuaire Prostitution*, PRISM, Les Traboules.
- **FOUCAULT, M.** (1976). *Histoire de la sexualité I : La volonté de savoir*, Paris, Gallimard.
- **GADOU, D.** (2011). *La sorcellerie, une réalité vivante en Afrique*. Abidjan, CERAP.

- **GAGNON, J. H.** (1968). *Prostitution, International Encyclopedia of the Social Sciences*, DAVID L. SILLS editor, The Macmillan Company and the Free Press.
- **GEADAH, Y.** (2003). *La prostitution : un métier comme un autre ?*, Montréal, VLB.
- **GHERGHEL, A. et SAINT-JACQUES, M.-C.** (2013). *La théorie du parcours de vie. Une approche interdisciplinaire dans l'étude des familles*. Québec, Les Presses de l'Université Laval.
- **GIDDENS, A.** (1991). *Modernity and Self-Identity : Self and Society in the Late Modern Age*, Stanford, CA., Stanford University Press.
- **GIDDENS, A.** (2004). *La transformation de l'intimité : sexualité, amour et érotisme dans les sociétés modernes*, Paris, Hachette littérature.
- **GIDDENS, A.** (1991). *Modernity and Self-identity*, Stanford : Stanford University Press.
- **GOFFMAN E.** (1975). *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, édition de Minuit.
- **GOFFMAN, E.** (1959). *The presentation of Self in Everyday Life*, New York, Anchor Books.
- **GOFFMAN, E.** (1986). *Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity*, New York, Touchstone Edition.
- **GOFFMAN, E.** (1968). *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Les Editions de Minuit, Collection, Le sens commun.
- **GUILLAUME, J.-F., LALIVE D'ÉPINAY, C. et THOMSIN, L.** (2005). *Parcours de vie. Regards croisés sur la construction des biographies contemporaines*, Belgique, Éditions de l'Université de Liège.
- **GUIMELLI, C.** (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Lausanne, Delachaux et Niestlé.
- **HADDAD, S.** (1992). *Utilisation des services de santé en pays en développement*, in Institut d'analyse des systèmes biologiques et socio-économiques, Université de Lyon, Claude Bernard, Lyon.
- **HOCHSCHILD, A.R.** (1983). *The Managed Heart : Commercialization of Human Feeling*, Berkeley, University of California Press.
- **HOIGARD, C. et FINSTAD, L.** (1992). *Backstreets, Prostitution, Money and Love*, Cambridge, Polity Press.
- **JOLIVET A.** (2011). *Médecine KB ; Santé Publique*, 2ème éd, Vernazobres Greco.

- **KAUFMANN, J.-C.** (2004). *L'invention de soi : une théorie de l'identité*, Paris, Hachette.
- **KINSEY, A., POMEROY, W. et MARTIN C.** (1953). *Sexual behavior in the human male*, Philadelphia and London, Saunders.
- **KLEINMANN, A.** (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press.
- **KONDJI KONDJI, D.** (2005). politique et système de santé. Evolution historique au Cameroun: de la conceptualisation à l'opérationnalisation, 1^{ère} éd.
- **LAPLANTINE, F.** (1978). *La médecine populaire des campagnes françaises aujourd'hui*. Paris, Delarge.
- **LAURINDO DA SUVA, L. et BILAL, S.** (1992). *Prostitution masculine et prévention du VIH à Paris*, Paris, APARTS.
- **LE MOAL, P.** (1969). *Etude sur la prostitution des mineures. Problèmes sociaux, psychologiques et psychiatriques observés auprès de cent prostituées mineures*, Paris, Editions sociales françaises.
- **LEVY E., et al.** (1975). *Economie du système de santé*, Paris, Dunod pour Sandoz editions.
- **LOMBROSO, C. et FERRERO, G.** (1896). *La Donna delinquents la prostituta e la donna normale*, Paris, Alcan.
- **LUNJWIRE K,** (2007). *Le comportement de la population de Goma dans la recherche des soins. Etude des cas de diarrhée*, ville de Goma, ULPGL.
- **MANCINI, J.-G.** (1979). *Prostitution et proxénétisme*, Paris, Presses Universitaires de France, Que sais-je?
- **MASSE, R.** (1995). *Culture et santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal, Gaëtan Morin.
- **MASSE, R. et BENOIST, J.** (2002). (Sous la dir. de), *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris, Karthala.
- **MATHIEU, L.** (2001). *Mobilisation de prostituées*, Paris, Éditions Berlin.
- **MATHIEU, L.** (1998). *L'action collective des prostituées. Le cheminement incertain de la constitution d'un groupe*. Thèse en Science politique, sous la direction de Monsieur Michel Dobry, Université Paris X Nanterre.

- **MCINTOSH, N.** (1999). *The Educated Heart. Professional Guidelines for Massage Therapists, Bodyworkers and Movement Teachers*, Memphis, TN, Decatur Bainbridge Press.
- **MENSAH, M.-N.** (2005). « Une troisième vague féministe au Québec ? », dans *Dialogues sur la troisième vague du féminisme*, Québec, Éditions du Remue-ménage.
- **MENSAH, M.-N., TIBOUTOT, C. et L. Toupin** (2011). *Luttés XXX : Inspirations du mouvement des travailleuses du sexe*, Montréal, Éditions du Remue-ménage.
- **MERENNE-SCHOUMAKER B.** (1996). *La localisation des services. Géographie d'aujourd'hui*, ed. P.J. R, Paris, Nathan Université.
- **MESSERVIER, H.** (1999). *La perception des femmes prostituées de la rue face à leur sexualité en lien avec leurs clients et leur partenaire amoureux*, Rapport d'activité de maîtrise en sexologie, Montréal, Université du Québec à Montréal.
- **MIMCHE, H. et FEUDJIO, Y. B.** (2018), *Famille et santé en Afrique : regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, L'Harmattan.
- **MIZRAHI A.**, *La Consommation médicale. Microéconomie. L'économiste*, ed. T. P. 1982, Paris, Presse Universitaire de France.
- **MOLINA, N.** (1988). *L'automédication*. Paris, PUF, collection Les champs de la santé.
- **MOLINER, P.** (2013). *La dynamique des représentations sociales*. Grenoble, PUG.
- **MONTEILLET, N.** (2005). *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun. Crises hospitalières et nouvelles pratiques populaires*, Paris, Karthala.
- **MOSCOVICI, S.** (1961). *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF.
- **MOSCOVICI, S.** (1972). *Introduction à la psychologie sociale*. vol. 1. Paris, Larousse.
- **MOUGEOT, M.** (1994). *Systèmes de Santé et Concurrence*, Paris, Economica.
- **NINACS, W.A.** (2008). *Empowerment et intervention. Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Presses de l'Université Laval.
- **O'DEYE, A et JOSEPH, V.** (2006). *La prostitution de mineurs à Paris : Données, acteurs et dispositifs existants*. Rapport final, Paris, Cabinet Anthropos.
- **OUVRARD, L.** (2000). *La prostitution : analyse juridique et choix de politique criminelle*, Paris, L'Harmattan.
- **PHELPS, C.** (1997). *Les Fondements de l'Economie de la santé*, Paris, Nouveaux Horizons.

- **PICHERAL, H.** (1998). *Territoires et valeurs d'usage de l'espace: éléments d'une géopolitique de la santé.* In : *Allocation des ressources et géographie des soins*, Paris, CREDES.
- **PUMAIN, D. and SAINT JULIEN T.** (2001). *Les interactions spatiales. Flux et changements dans l'espace géographique*, Cursus Géographie, Paris, Armand Colin.
- **QUEEN, C.** (2002). *Real Live Nude Girl : Chronicles of Sex Positive Culture*, San Francisco, Cleis Press.
- **SACKETT, D. et al.** (1996). *Evidence-based medicine (EBM): what it is and what it isn't*, London, BMJ.
- **SCHIFTER, J.** (1998). *Lila's house : male prostitution in Latin America*, New York, Harrington Park Press.
- **SOULET, M.-H. (2008).** *La vulnérabilité. Un problème social paradoxal.* In: **SOULET, M.-H. (2004).** *Quel avenir pour l'exclusion?* Fribourg, Editions universitaires.
- **STRAUSS, A. et al.** (1985). *The social organization of medical work*, Chicago, the University of Chicago press.
- **TABET, P.** (1998). *La construction sociale de l'inégalité des sexes*, Paris, L'Harmattan.
- **TABET, P.** (2004). *La grande arnaque : Sexualité des femmes et échange économicosexuel*, Paris, L'Harmattan.
- **TAX B.** (1988). "Attitudes toward Health, illness and medicine: culture or nature"? In: *Health representations. Les représentations de la santé. Bilan actuels, nouveaux développements.* Nancy: INSERM.
- **TAYLOR, D. et NEWTON-WEST A.** (1994). *Gigolos. The Secret Lives of Men Who Service Women*, Boston, Mt. Yvy Press.
- **VERNAZZA-LICHT, N.** (1996). Face au SIDA, les recours parallèles. In *Soigner au pluriel*, BENOIST.J. (Sous la dir. de), Paris, Karthala.
- **VIDAL, L.** (1996). *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique.* Paris, Anthropos, Economica.
- **VIDAL et al.** (1997). Structures sanitaires et malades confrontés à la prise en charge du sida à Abidjan (Côte d'Ivoire). Quelques éléments de réflexion. Dans, *Le sida en Afrique. Recherches en 92 sciences de l'homme et de la société. Collection, sciences sociales et sida.* ANRS/ORSTOM.

- **WELZER-LANG, D., BARBOSA, O. et MATHIEU, L.** (1994). *Prostitution : les uns, les unes et les autres*, Paris, Éditions Métailié.

III. ARTICLES SCIENTIFIQUES

- **ABELHAUSER, A. LEVY, F. LASKA, S. et WEILL-PHILIPPE.** (2001). « Le temps de l'adhésion », In : Agence Nationale de Recherche contre le Sida, *L'observance aux traitements contre le VIH/Sida Mesures, Déterminants, Evolution*, coll. Sciences Sociales et Sida, Paris, pp. 79-85.
- **ABRIC, J.C.** (1994). « Les représentations sociales : aspects théoriques ». In ABRIC, J.C. *Pratiques sociales et représentations*, Paris, PUF, pp. 12-35.
- **AFOLABI, A.O.** (2008). « Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population », *Annals of African Medicine*, vol. 7, n°3, pp. 120 – 127.
- **AINSWORTH et TEOKUL, W.** (2000). « Breaking the silence: setting realistic priorities for AIDS control in less-developed countries », *The lancet*, juil, vol CCCLVI, pp. 55-59.
- **AKIN, J.S., GUILKEY, D. K., DENTON, E.H.** (1995). « Quality of Services and Demand for Health Care in Nigeria: A Multinomial Probit Estimation », *Social Science and Medicin*, 1527-1537.
- **AKOTO, E.** (2002). « Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Benin, Côte D'ivoire et Mali) », *Les cahiers de l'IFORD* n° 27, pp. 157-165.
- **ALEXANDER, P.,** (1987), « Prostitution : Still a Difficult Issue », In : DELACOSTE F., ALEXANDER P. (Eds), *Sex Work : Writings by Women in The Sex Industry*, Pittsburg, Cleis Press, 184-230.
- **BAJOS, N., PRYEN, S., WARSAWSKI, J. et SERRE, A.** (1987). « le groupe ACSF, Sexualité vénale et gestion du risque de transmission sexuelle du sida. Une analyse des données de l'enquête ACSF », *Sciences sociales et santé*, pp.15-3.
- **BALTES, P. B.** (1987). « Theoretical propositions of life-span developmental psychology : On the dynamics between growth and decline », *Developmental Psychology*, 23(5), pp. 611- 626.
- **BALTES, P. B., LINDENBERGER, U. et STAUDINGER, U. M.** (1998). « Life-span theory in developmental psychology ». In : R. M. Lerner (dir.), *Handbook of Child Psychology : Theoretical Models of Human Development*, 5e éd., vol. 1, pp. 1029- 1143.

- **BANGSBERG, F.M. et al.** (2000). « Adherence to protease inhibitors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population », *Aids*, vol. XIV no 4, pp. 357-366.
- **BARAL, S. et al.** (2012). « Burden of HIV among female sex workers in low-outcome and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet Infectious Disease*, vol. 12, n°7, pp. 542-543.
- **BARRY, K.** (1986). « La prostitution est un crime, «Débat: Violences sexuelles et positions féministes ». Organisation des Nations-Unies pour l'éducation, la science et la culture. Réunion internationale d'experts sur les causes socioculturelles de la prostitution et stratégies contre le proxénétisme et l'exploitation sexuelle des femmes, *Déviance et Société*, 10, 3, pp. 299-303.
- **BARRY, K.** (1984). « La politique internationale et l'esclavage sexuel des femmes », *Nouvelles questions féministes*, pp. 8-33.
- **BECK, U. et BECK-GERNSHEIM, E.** (1993). « Individualization and Precarious Freedoms : Perspectives and Controversies of a Subject-oriented Sociology ».In : P. Heelas, S. Lash et P. Morris (dir.), *Detraditionalization. Critical Reflections on Authority and Identity*, pp. 23-48.
- **BERNSTEIN, E.** (2007). « Sex Work for the Middle Classes », *Sexualities*, 10, 4, pp. 473-488.
- **BIDART, C.** (2006). « Les temps de la vie et les cheminements vers l'âge adulte », *Lien social et politique*, pp. 54 : 51-63.
- **BIDART, C.** (2006). « Crises, décisions et temporalités : autour des bifurcations biographiques ». *Cahiers internationaux de sociologie*, 1(120), pp. 29-57.
- **BIDART, C.** (2008). « Devenir adulte : un processus ». In : D. Vrancken et L. Thomsin (dir.), *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, pp. 209-226.
- **BILLONG, S. C., (CNLS) et al.** (2015)., « La distribution épidémiologique de l'infection à VIH chez les femmes enceintes dans les dix régions du Cameroun et implication stratégiques pour les programmes de prévention », In : *The Pan African Medical Journal*, pp. 2-4.
- **BIRD, K. et KRUGER, H.** (2005). « The secret of transitions : The interplay of complexity and reduction in life course analysis ». In : R. Levy, P. Ghisletta, J.-M. Le Goff, D. Spini et E. Widmer (dir.), *Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life course* pp. 173-194.

- **BLANE, D., NETUVELI, G. et STONE, J.** (2007). « The development of life course epidemiology ». *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 55(1), pp. 31-38.
- **BLIBOLO, A.D.** (2005). « Le sida en Afrique : réponse des praticiens de la médecine africaine en matière de prise en charge thérapeutique et psychosociale en Côte d'Ivoire ». *Nyansa-pô, Revue africaine d'anthropologie*, n°3, Abidjan, EDUCI, pp. 74-92.
- **BLIBOLO, A.D.** (1995). « Les couples de séropositifs au VIH face à l'usage des préservatifs ». In : *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien*. ORSTOM Editions, Collection colloques et séminaires, pp.143-148.
- **BLOOR, M. J., BARNARD, M. A., FINLAY, A. et McKEGANAY, N. P.** (1993). « HIV-related risk practices among Glasgow male prostitutes: Refraining concepts of risk behavior ». *Medical Anthropology Quarterly*, 7 (2), pp. 152-169.
- **BODEN D. M.** (2007). « Alienation of Sexuality in Male Erotic Dancing », In : MORRISON T.G., WHITEHEAD B. W. (Eds), *Male Sex Work. A Business Doing Pleasure*, Binghamton, N.Y., The Haworth Press, Inc., pp. 129-152.
- **BONNET, P.** (2002). « Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins », dossier de DEA GEOS, Université Paul Valéry, Montpellier 3, In: DOMINICE. P. (dir.), Regards pluriels sur l'approche biographique: entre discipline et indiscipline. *Cahiers de la section des sciences de l'éducation*, n°. 95, pp. 2-12.
- **BOURDIEU, P.** (1994). « Le corps et le sacré, Actes de la recherche en sciences sociales », *Le commerce des corps*, pp.104- 2.
- **BOURDIEU, P.** (1986). « L'illusion biographique ». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, pp. 69-72.
- **BOZON, M.** (1993). « L'entrée dans la sexualité adulte: le premier rapport et ses suites », In : BOZON M., LÉRIDON H., Eds, *Sexualité et sciences sociales, Population*, INED-Presses Universitaires de France, 5, pp. 1317-1349.
- **BRADLEY, M.S.** (2007). « Girlfriends, Wives, and Strippers : Managing Stigma in Exotic Dancer Romantic Relationships », *Deviant Behavior*, 28, 4, pp. 379-406.
- **BRANNEN, J. et NIELSEN, A.** (2005). « Individualisation, choice and structure : A discussion of current trends in sociological analysis ». In : *Sociological Review*, 53, pp. 412-428.

- **BRÜCKNER, H. et MAYER, K. U.** (2005). « De-standardization of the life course : What it might mean? And if it means anything, whether it actually took place? » *Advances in Life Course Research*, 9, pp. 27-53.
- **BRÛNOTT, L.** (1986). « La prostitution comme travail », *Déviance et Société*, 10, 3, pp. 293-297.
- **BUCHMANN, M.** (1989). « Contemporary societal transformations and the changing nature of life course ». In : M. Buchmann (dir.), *The Script of Life in Modern Society*. pp. 43- 78.
- **CASTRO-LEAL, F., et al.** (2000). “Public spending on health care in Africa: do the poor benefit?” *Bulletin of the World Health Organization*, pp. 66-67.
- **CAVALLI, S.** (2007). « Modèle de parcours de vie et individualisation ». *Gérontologie et société*, 123(4), pp. 55-69.
- **CHATEL, V. et ROY, S.** *Penser la vulnérabilité. Visages de la fragilisation du social*. Québec, PUQ, pp. 65-87.
- **CHARBONNEAU, J.** (2005). « La question des temporalités dans l’analyse du social ». In : D. Mercure (dir.), *L’analyse du social. Les modes d’explication*, pp. 169-182).
- **CHAUMONT, J.M. et WIBRIN, A.-L.** (2007). « Traite des Noirs, traite des Blanches : même combat »?, *Cahiers de Recherche Sociologique*, 43, pp. 121-132.
- **CODERRE, C. et PARENT, C.** (2000). « Corps en danger, mères sous contrôle : les pratiques en service social concernant la prostitution », In : FRIGON S., KÉRISIT M., *Du corps des femmes. Contrôles, surveillance, résistances*, Ottawa, Presses de l’université d’Ottawa, pp. 52-92.
- **COMTE, J.** (2010). « Stigmatisation du travail du sexe et identité des travailleurs et travailleuses du sexe », In : *Déviance et Société*, 3 Vol. 34, pp. 425-446.
- **CORBIN, A.** (1977). « Le péril vénérien au début du siècle: prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale ». *Recherches, L'haleine des faubourgs*, 29, pp. 245-283.
- **CORBIN, A., WALKOWITZ, J.** (1980). « Prostitution and Victorian society. Women, class and the state », *Métiers de femmes*, Cambridge, Cambridge University Press, 140, pp.139-141.
- **CORRIVEAU, P.** (2010). « Réguler le travail du sexe. Entre la victimisation et la liberté de choisir », dans C. Parent, C. Bruck ert, P. Corriveau, M.N. Mensah et L.

Toupin (dir.), *Mais oui c'est un travail ! Penser le travail du sexe au-delà de la victimisation*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 29-54.

- **DE ALBUQUERQUE, K.** (1998). « Sex, Beach Boys, and Female Tourists in the Caribbean », *Sexuality & Culture*, 2, pp. 87-111.
- **DE CONINCK, F. et GODARD, F.** (1990). « L'approche biographique à l'épreuve de l'interprétation. Les formes temporelles de la causalité », *Revue française de sociologie*, 31 (1), pp. 23-53.
- **DELCROIX, C.** (2009). « Transmission de l'histoire familiale et de la mémoire historique face à la précarité », *Migrations Société*, 21(123-124), pp. 143-157.
- **DE MOYA, E.A. et GARCÍA, R.** (1999). « Three Decades of Male Sex Work in Santo Domingo », In : AGGLETON P. (Ed.), *Men Who Sell Sex. International perspectives on male prostitution and HIV/AIDS*, Philadelphia, Temple University Press, pp. 127-139.
- **DEWILDE, C.** (2003). « A life-course perspective on social exclusion and poverty », *British Journal of Sociology*, 54(1), pp. 109-128.
- **DJOUDA FEUDJIO, Y. B.**, (2010). « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun », In : *REDES-Revista hispana para el analisis de redes sociales*, Vol, 18, 6, junio 2010. [http:// revista-redes. Rediris.es](http://revista-redes.Rediris.es), pp. 8-9.
- **DJOUDA FEUDJIO, Y. B.**, (2019). « Violences et vulnérabilités dans les hôpitaux publics au Cameroun », In : *RECSO*, Vol, 1, n°1, pp. 27-28.
- **Dorais, M.** (1993). « Diversité et créativité en recherche qualitative », *Service Social*, vol. 42, no°2, p. 7-27.
- **EDEN, J.** (1998). "Measuring access to care through population based surveys in a managed care environment: Where are we now?", In: *Measuring access to care through population based surveys in a managed care environment*, Bindman A.B., Gold M.R.
- **ELDER, G. H.** (1997). « The life course and human development », In : R. M. Lerner (dir.), *Handbook of child psychology : Theoretical models of human developpement*, vol.1, pp. 939-991.
- **ELDER, G. H., JOHNSON, M. K. et CROSNOE, R.** (2005). The Emergence and Development of Life Course Theory. Dans J. Mortimer et M. J. Shanahan (dir.), *Handbook of the Life Course*, pp. 319-319.

- **ETOUNOU, M. et al.** (1996). « Évolution des Programmes Nationaux de Lutte Contre l'Infection à VIH et le Sida au Cameroun de 2000 à 2015 », *Home* > Vol 17, n°1, pp. 1-7.
- **FAINZANG, S.** (2010). « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n°1, pp. 115-133.
- **FAINZANG, S.** (1989). « Pour une anthropologie de la maladie en France. Un regard africaniste ». Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, collection, *Les cahiers de l'Homme*, pp. 116-119.
- **FASSIN, D.** (1992). « Les enquêtes d'accès aux soins en Afrique ». *Problèmes méthodologiques*. Vol. 38, Paris, Masson, pp. 89-99.
- **FIELD, M.** (1992). « De la prostitution, Autrement, L'argent ». *Pour une réhabilitation morale*, 132, pp. 39-50.
- **FILLEULE, O.** (2001). « Propositions pour une analyse processuelle de l'engagement individuel. Postscriptum », *Revue française de science politique*, 51(1-2), pp. 199-215.
- **FILLIEULE, O.** (2012). « Le désengagement d'organisations radicales. Approche par les processus et les configurations », *Lien social et Politiques*, (68), pp. 37-59.
- **FOSSÉ-POLIAK, C.** (1984). « La notion de prostitution, une définition préalable », *Déviance et Société*, 8, 3, pp. 251-266.
- **FOUCAUD, J. BURY, JA. BALCOU-DEBUSSCHE, M, EYMARD, C.** (2010). « Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation ». Saint-Denis, Inpes, Collection, *Santé en action*, pp. 197-230.
- **GAUDET, S.** (2005). « Qu'est-ce que répondre de soi à l'âge adulte? », *Revue canadienne de sociologie et d'anthropologie / Canadian Review in Sociology and Anthropology*. pp. 42, 25-50.
- **GAUDET, S.** (2007). « How the ethical experience defines adulthood : A sociological analysis. Advances ». In : *Life Course Research*, 11, pp. 335-357.
- **GAUDET, S.** (2011). « La participation sociale à travers le parcours de vie des Canadiens », *Canadian Public Policy/Analyse de politiques*, 37, pp. 33-56.
- **GAUDET, S.** (2013). « Comprendre les parcours de vie : une lecture au carrefour du singulier et du social », In : S. Gaudet (dir.), *Repenser les familles et ses transitions, Repenser les politiques publiques*, pp. 15-51.

- **GAUDET, S.** (2011). « La participation sociale des Canadiens : Une analyse selon l'approche des parcours de vie », *Revue canadienne de Politiques publiques/ Canadian Public Policies*, 37(1), pp. 33-56.
- **GAUDET, S. et al.** (2011), « Working after Childbirth : A Lifecourse Transition Analysis of Canadian Women from the 1970s to the 2000s », *Canadian Review of Sociology-Revue Canadienne de Sociologie*, vol. 48, no 2, pp. 153-180.
- **GEERTMAN, S.C.M. et RITSEMA Von Eck J.R.** (1995). "GIS and models of accessibility potential: an application in planning". *International journal of Geographic Information Systems*, pp. 67-80.
- **GENG, EH, et al.** (2010). « Rétention des soins chez les patients infectés par le VIH dans des milieux aux ressources limitées : nouvelles perspectives et nouvelles orientations. », *Curr HIV/AIDS Rep*, 7(4), pp. 234-244.
- **GENBERG, B.L et al.** (2015). « Lien et engagement dans la prise en charge du VIH à l'ouest du Kenya : une étude d'observation basée sur des estimations de la population à travers des conseils et des tests à domicile ». *The Lancet*, 2(1), pp. 20-26.
- **GEOFFROY, M.-C. et al.** (2012). « Parental characteristics associated with childcare use during the first 4 years of life : results from a representative cohort of Quebec families », *Canadian Journal of Public Health*, 103(1), pp. 76-81.
- **GIAMI, A.** (1995). « Représentations de la sexualité et représentations des partenaires à l'époque du sida », In : BAJOS N., BOZON M., GIAMI A., DORÉ V., SOUTEYRAND Y., *Sexualité et Sida. Recherches en sciences sociales*, ANRS, Collection Sciences sociales et Sida, pp. 15-38.
- **GINGRAS, M. A. et LACHARITE, C.** (2009). « Trois perspectives sur la personne, la famille et le changement ». In : C. Lacharité et J. P. Gagnier (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : repères conceptuels et stratégies d'action* (p.129-154). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- **Glick, P.** (1947). The family cycle. *American Sociological Review*, 12, pp. 164–174.
- **GOBATTO, I.** (1997). « De la sexualité vénale aux formes d'échanges monnayés. De «la» variable aux interactions: l'intérêt des nuances », *Sciences sociales et santé*, 15, 3, pp. 61-67.
- **GOODMAN, D.C., et al.** (1997). "The distance to community medical care and the likelihood of hospitalization: is closer always better?" *American journal of Public health*, pp. 1144-1150.

- **GREEN, W.H.** (2000). "Econometric Analysis". 4^o ed. International Edition., New Jersey, *Prentice Hall international Inc*, pp. 1004-1005.
- **GROSSETTI, M.** (2006). « L'imprévisibilité dans les parcours sociaux », *Cahiers internationaux de sociologie* 120(1), pp. 5-28.
- **GUILLAUMIN, C.** (1978). "Pratiques de pouvoir et idée de nature: (1) L'appropriation des femmes", *Questions féministes*, 2, pp. 5-30.
- **GUILLAUME, J.-F. et QUENIART, A.** (2004). « Engagement social et politique dans le parcours de vie », *Lien social et Politiques*, 51, pp. 5-14.
- **GUILLEMARD, A.-M.** (2003). « La nouvelle flexibilité temporelle du cours de vie ». In : S.Cavalli, J.-P. Fragnière (dir), *L'avenir. Attentes, projets, (des)illusions, ouvertures Réalités sociales*, pp. 27-42.
- **GUIENNE, V.** (2006). « La prostitution, une catégorie sociale construite », dans J. Danet et V. Guienne (dir.), *Action publique et prostitution*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 19-33.
- **GUIENNE, V.** (2007). « Savoir se vendre : qualité sociale et disqualification sociale », *Cahiers de Recherche Sociologique*, 43, pp. 7-20.
- **GWATKIN, D.R.** (2000). "Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?" *Bulletin of the World Health Organization*, pp. 3-4.
- **HAMEL, J.** (2010). « Réflexions sur la réflexivité en sociologie ». *Social Science Information*, 46(3), pp. 471-85.
- **HIRSCHI, T.** (1962). "The professional prostitute", *Berkeley Journal of Sociology*, 7, 1, pp. 33-49.
- **HOGAN, D. P. et ASTONE, N. M.** (1986). « The Transition to Adulthood », *Annual Review of Sociology*, 12, pp. 109–30.
- **HUGHES, E. C.** (1937). « Institutional office and the person », *American Journal of Sociology*, 43, pp. 404–413.
- **HUGHES, E. C.** (1997). « Careers ». *Qualitative Sociology*, 20(3), pp. 389-97.
- **JAMES, J.** (1977). *Prostitutes and prostitution*, In: SAGARIN E., MANTANINO F., Eds, and Deviants: Voluntary actors in a hostile world. New York, General learning press, pp. 368-423.
- **KAYE, K.** (2007). « Sex and the Unspoken in Male Street Prostitution », In : MORRISON T.G., WHITEHEAD B.W. (Eds), *Male Sex Work. A Business Doing Pleasure*, Binghamton, N.Y., The Haworth Press, Inc., pp. 37-73.

- **KOHLI, M.** (1988). « Ageing as a Challenge for Sociological Theory », *Ageing and Society*, 8(4), pp. 367-394.
- **KRUGER, H. et LEVY, R.** (2001). « Linking Life Courses, Work, and the Family : Theorizing a not so Visible Nexus between Women and Men », *Canadian Journal of Sociology*, 26(2), pp. 145-166.
- **KUH, D. et al.** (2003). « Life course epidemiology », *Journal of Epidemiology Community Health*, 57, pp. 778-783.
- **LALIVE D'EPINAY, C.** (1994). « La construction sociale des parcours de vie et de la vieillesse en Suisse au cours du XXe siècle », In : G. Heller (dir.), *Le poids des ans. Une histoire de la vieillesse en Suisse romande*, SHSR & Editions d'en bas, pp.127-150.
- **LALIVE D'ÉPINAY, C., BICKEL, J.-F., CAVALLI, S. et SPINI, D.** (2005). « De l'étude des personnes âgées au paradigme du parcours de vie ». In : D. Mercure (dir.), *L'analyse du social : les modes d'explication*, pp. 141-167.
- **LAPERRIERE, A.** (1997). « La théorisation ancrée : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées », In : J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. P. Pires (dir), *La recherche qualitative, enjeux épistémologiques et méthodologiques*, pp. 309-340.
- **LAPOINTE, D.** (1993). « L'intimité dans la relation médecin-patient : sa nature et ses limites », *Bulletin Corporation des médecins du Québec*, 33, 5, pp. 26-47.
- **LAUDE, L.** (2012). « Observer les organisations de l'intérieur », *Revue internationale de psychosociologie et de gestion des comportements organisationnels*, 18, pp. 55-76.
- **LAVALLEE, D.** (2003). « Ethique publique : Sexe, jeu, drogue. Du moralisme à l'éthique publique », In : *Revue internationale d'éthique sociétale et Gouvernementale* vol. 5, n° 2, pp. 2-11.
- **LECOMTE, T.** (1999). « Chiffres de l'automédication en France et à l'étranger », Queneau P (ed). *Automédication, autoprescription, autoconsommation* (2^e colloque de l'Apnet). Paris, John Libbey, pp. 49-56.
- **LEISERING L.** (2003). « Government and the life course ». In: J. T. Mortimer, M. J. Shanahan (dir), *Handbook of the life course*, pp. 205-225.
- **LEVY, R. et THE PAVIE TEAM.** (2005). « Why look at life courses in an interdisciplinary perspective? ». In: R. Levy, P. Ghisletta, J.-M. Le Goff, D. Spini et E. Widmer (Dir.), *Towards an Interdisciplinary Perspective on the Life Course* pp. 3-32.

- **LEWIS, J., MATICKA-TYNDALE, E., SHAVER, F. et SCHRAMM, H.** (2005). « Managing Risk and Safety on the Job : The Experiences of Canadian Sex Workers ». In: PARSONS J.T. (Ed.), *Contemporary Research on Sex Work*, Binghamton, NY, Haworth Press Inc., pp. 147-167.
- **LIAO, T. F. et HRONIS, C.** (2007). « The ‘Polish peasant’ and the sixth life course principle », *Polish Sociological Review*, 158, pp. 173-185.
- **LICHTENSTEIN, B.** (1998). « Reframing « Eve » in the AIDS Era : The Pursuit of Legitimacy by New Zealand Sex Workers », *Sexuality & Culture*, 2, pp. 37-59.
- **LIGUORI, A.L. et AGGLETON, P.** (1999). « Aspects of Male Sex Work in Mexico City », In : AGGLETON P. (ed.), *Men Who Sell Sex. International perspectives on male prostitution and HIV/AIDS*, Philadelphia, Temple University Press, pp. 103-125.
- **LYNCH, A. et KLOTZ, C.** (1999). « Le constructivisme dans la théorie des relations internationales ». *Critique internationale*, 2(2), pp. 51-62.
- **LUCAS, V. and TONNELIER, F.** (1996). « Géographie de l'Offre de soins: tendances et inégalités ». *Données Sociales, Credes n° 1117*, pp. 259-264.
- **LUCAS, V. and TONNELIER, F.** (1996). « Distance réelle d'accès et attraction hospitalière », In : *Solidarité Santé*, pp. 47-56.
- **MACMILLAN, R. et COPHER, R.** (2005). « Families in the Life Course : Interdependency of Roles, Role Configurations, and Pathways », *Journal of Marriage and Family*, 67(4), pp. 858-879.
- **MAUGER, G.** (2009). « Générations et rapports de générations ». In : A. Quéniart et R. Hurtibise(dir.), *L'intergénérationnel. Regards pluridisciplinaires*, pp.17-49.
- **MCDANIEL, S. et BERNARD, P.** (2011). « Life Course as a Policy Lens : Challenges and Opportunities ». *Canadian Public Policy/Revue de Politiques publiques*, 27, pp. 1-13.
- **MANSSON, S.-A.** (1990). L'homme dans le commerce du sexe, in *La prostitution, 40 ans après la convention de New-York*, Actes du congrès organisé à Bruxelles les 1, 2 et 3 mars, Bruxelles, Bruylant, 1990, pp. 315-371.
- **MERTON, R. K.** (1968). « The Matthew Effect in Science, *The Reward and Communication Systems of Science are considered*. *Science*, 159, pp. 56–63.
- **MORRISON, T.G. et WHITEHEAD, B.W.** (2007). « Nobody's Ever Going to Make a Fag Pretty Woman » : Stigma Awareness and the Putative Effects of Stigma Among a Sample of Canadian Male Sex Workers, in MORRISON T.G., WHITEHEAD B.W.

(Eds), *Male Sex Work. A Business Doing Pleasure*, Binghamton, N.Y., The Haworth Press, Inc., 201-217.

- **MWABU, G., AINSWORTH, M., NYAMETE, A.** (1993). « Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: An empirical analysis », *The Journal of Human Resource*, pp. 838-862.
- **NEUGARTEN, B. et DATAN, N.** (1973). « Sociological perspectives on the life cycle ». Dans P. B. Baltes et K. W. Schaie (dir.), *Life- Span Development Psychology, Personality and Socialization*, pp. 53-79.
- **NGIMA MAWONG., G.** (2010). « L'entretien en sciences sociales dans le contexte africain : état des lieux », In : NGA NDONGO, V., et KAMDEM, E., *La sociologie aujourd'hui : une perspective africaine*, Paris, L'Harmattan, pp.147-155.
- **OERTON, S. et PHOENIX, J.** (2001). « Sex-bodywork : Discourses and practices », *Sexualities*, 4, 4, pp. 387-412.
- **PARENT, C.** (2001). « Les identités sexuelles et les travailleuses de l'industrie du sexe à l'aube du nouveau millénaire », *Sociologie et sociétés*, vol. 33, no 1, 159-178.
- **PARENT, C. et C. BRUCKETT.** (2010). « Le débat actuel sur le travail du sexe », dans C. Parent, C. Bruck ert, P. Corriveau, M.N. Mensah et L. Toupin (dir.), *Mais oui c'est un travail ! Penser le travail du sexe au-delà de la victimisation*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, pp. 7-27.
- **PARENT, C. et BRUCKERT, C.** (2005). Le travail du sexe dans les établissements de services érotiques : une forme de travail marginalisé, *Déviance et Société*, 29, 1, pp. 33-53.
- **PARENT, C. et CODERRE, C.** (2000). Le corps social de la prostituée : regards criminologiques, In : FRIGON S., KÉRISIT M., *Du corps des femmes. Contrôles, surveillance, résistances*, Ottawa, Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 93-124.
- **PARENT, C. et C. CODERRE.** (2000). « Corps en danger, mères sous contrôle : les pratiques du service social concernant la prostitution », dans S. Frigon et M. Kérisit, *Du corps des femmes*, Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa, pp. 57-92.
- **PASKO, L.** (2002). Naked Power : « The Practice of Stripping as a Confidence Game », *Sexualities*, 5, 1, pp. 49-66.
- **PETTIGREW, A.** (1997). « What is a Processual Analysis? », *Scandinavian Journal of Management*, 13(4), pp. 337-348.

- **PHETERSON, G.** (2001). *Le prisme de la prostitution*, Paris, L'Harmattan. Sloan, L. et S. Wahab (2000). « Feminist Voices on Sex Work : Implications for Social Work », *Affilia*, vol. 15, no 4, pp. 457-479.
- **PHETERSON, G.** (1998). « The Social Consequences of Unchastity », In : DELACOSTE, F., ALEXANDER, P. (Eds), *Sex Work. Writings by Women in the Sex Industry*, San Francisco, Cleis Press, pp. 231-246.
- **POOLER J.A.** (1995). "The use of spatial separation", In: the measurement of transportation accessibility". *Transportation Research*, pp. 421-427.
- **POWELL M.** (1995). "On the outside looking", In: medical geography, medical geographers and access to healthcare". *Health and Place*, pp. 41-50.
- **RAYNAUD, D.** (2008). Les déterminants du recours à l'automédication, *Revue française des affaires sociales*, n° 1, pp. 81-94.
- **RILEY, M. W.** (1987). « On the Significance of Age in Sociology », *American Sociological Review*, 52(1), pp. 1-14.
- **ROBERTS, R., BERGSTROM, S. et LA ROOY, D.** (2000). « UK Students and Sex Work : Current Knowledge and Research Issues », *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, pp. 141-146.
- **ROCHAIX L.** "Information asymmetry and search in the market for physicians services". *Journal of Health Economics*, 1989, pp. 53-84.
- **ROSENHECK, R., et al.** (1998). "Service System Integration, Access to Services, and Housing Outcomes in a Program for Homeless Persons With Severe Mental Illness". *The American Journal of Public Health*, pp.1610-1611.
- **RUTTER, M.** (1986). « The developmental psychopathy of depression : Issues and perspectives », In : M. Rutter, C. E. Izard et P. B. Read (dir), *Depression in young people, Developmental and clinical perspectives*, pp. 3-30.
- **RUTTER, M.** (1996). « Transitions and turning point in developmental psychopathology : As applied to the age span between childhood and mid-adulthood » *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), pp. 603-626.
- **SANCHEZ, TAYLOR J.** (2001). « Dollars are a Girl's Best Friend ? Female Tourists' Sexual Behaviour in the Carribean », *Sociology*, 35, 3, pp. 749-764.
- **SANDERS, T.** (2002). « The Condom as Psychological Barrier: Female Sex Workers and Emotional Management », *Feminism & Psychology*, 12, 4, pp. 561-566.

- **SANDERS, T. (2004).** « Controllable Laughter. Managing Sex Work through Humour », *Sociology*, 38, 2, pp. 273-291.
- **SANDERS, T. (2005).** « It's Just Acting »: Sex Workers' Strategies for Capitalizing on Sexuality, Gender », *Work and Organization*, 12, 4, pp. 319-342.
- **SCAMBLER, G. (2007).** « Sex Work Stigma: Opportunist Migrants in London », *Sociology*, 41, 6, pp. 1079-1096.
- **SCOTT, J., MINICHELLO, V., MARIÑO, R., HARVEY, G. P., JAMIESON, M. et BROWNE, J. (2005).** « Understanding the New Context of the Male Sex Work Industry », *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 3, pp. 320-342.
- **SEWELL, W. H. Jr. (1996).** « Three temporalities: toward an eventful sociology ». In: T. McDonald (dir.), *the historic turn in human sciences*, pp. 245-280.
- **SHANAHAN, M. J. (2000).** « Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective », *Annual Review of Sociology*, 26, pp. 667-692.
- **SHAVER, F. M. (2005).** « Sex Work Research: Methodological and Ethical Challenges », *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 3, pp. 296-319.
- **SOULET, M.-H. (2008).** « Vers une nécessaire individualisation des politiques sociales », In : D. Vrancken et L. Thomsin (dir.), *Le social à l'épreuve des parcours de vie*, pp. 59-76.
- **STORER, G. (1999).** Bar Talk : « Thai Male Sex Workers and Their Customers », In : AGGLETON P. (ed.), *Men Who Sell Sex. International perspectives on male prostitution and HIV/AIDS*, Philadelphia, Temple University Press, pp. 223-240.
- **Stratégies spatiales. (2019).** « Analyse géographique de la couverture sanitaire au Cameroun ». *Réparation des formations sanitaires et de la charge du personnel au Cameroun*, n°002, pp. 1-20.
- **TAN, M.L. (1999).** « Walking the Tightrope : Sexual Risk and Male Sex Work in the Philippines », In : AGGLETON P. (Ed.), *Men Who Sell Sex. International perspectives on male prostitution and HIV/AIDS*, Philadelphia, Temple University Press, pp. 241-261.
- **TOUPIN, L. (2002).** « La scission politique du féminisme international sur la question du « trafic des femmes » : vers la « migration » d'un certain féminisme radical « ?, *Recherches féministes*, 15, 2, pp. 9-40.

- **TOUPIN, L.** (2006). Analyser autrement la « prostitution » et la « traite des femmes », *Recherches féministes*, 19, 1, pp. 153-176.
- **VANDECASTEELE, L.** (2010). « Poverty Trajectories After Risky Life Course Events in Different European Welfare Regimes », *European Societies*, 12(2), pp. 257-278.
- **VAN DER GEEST, S. et al.,** (1996). « The Anthropology of Pharmaceuticals: A Biographical Approach », *Annual Review of Anthropology*, vol. 25, pp. 153-178.
- **VAN DER GEEST, S.** (1987). Self-care and the informal sale of drugs in south Cameroon, *Soc. Sci. Med.*, vol. 25, n°3, pp. 293-305.
- **VIDAL, L.** (1992). Itinéraire thérapeutique et connaissance de la maladie chez les patients séropositifs pour le VIH (Abidjan-Côte d'Ivoire). *Cahiers santé d'études et de recherches francophones*, pp. 312-321.
- **VIDAL, L.** (1995). Enjeux d'une anthropologie de la connaissance du sida : les expériences des séropositifs des centres antituberculeux d'Abidjan. In : Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien. ORSTOM Editions. Collection, *colloques et séminaires*, pp.177-186.
- **VINEL, V.** (2009). « De la jeune fille à la veille femme. Passages biologiques et passages sociaux chez les Moose du Burkina Faso », In : L. Charton et J. J. Lévy (dir), *Génération et cycles de vie, Au carrefour des temps biologiques et psychosociaux*, pp. 141-166).
- **WAHAB, S.** (2002). « For Their Own Good ? Sex Work, Social Control and Social Workers, a Historical Perspective », *Journal of Sociology and Social Welfare*, vol. 29, no 4, pp. 39-57.
- **WAHAB, S.** (2004). « Tricks of the Trade, What Social Workers Can Learn about Female Sex Workers through Dialogue », *Qualitative Social Work*, vol. 3, no 2, pp. 139-160.
- **WARDLOW, H.** (2004). « Anger, Economy, and Female Agency: Problematizing « Prostitution » and Sex Work among the Huli of Papua New Guinea », *Signs : Journal of Women in Culture and Society*, 29, 4, pp. 1017-1040.
- **WARR, D.J. et PYETT, P.M.** (1999). « Difficult relations: sex work, love and intimacy », *Sociology of Health & Illness*, 21, 3, pp. 290-309.

- **WATTS, P.R., et al.** (1999.). "Accessibility and Perceived Value of Health Services in Five Western Illinois Rural Communities". *Journal of Community Health*, 24 (2), pp. 147-157.
- **WEITZER, R.** (2005). « Flawed Theory and Method in Studies of Prostitution », *Violence Against Women*, 11, 7, pp. 934-949.
- **WEITZER, R.** (2005). « Rehashing Tired Claims About Prostitution. A Response to Farley and Raphael and Shapiro », *Violence Against Women*, 11, 7, pp. 971-977.
- **WEITZER, R.** (2007). « The Social Construction of Sex Trafficking: Ideology and Institutionalization of a Moral », *Crusade, Politics & Society*, 35, 3, pp. 447-475.
- **WILLEKENS, F. J.** (1999). « The Life Course: Models and Analysis ». In : L. J .G. Van Wissen et P. A. Dykstra (dir), *Population Issues, An Interdisciplinary Focus*, pp. 23-51.
- **ZATZ, N.D.** (1997). « Sex Work/Sex Act: Law, Labor, and Desire in Constructions of Prostitution », *Signs*, 22, 2, pp. 277-308.
- **ZEMPLINI, A.** (1985). La maladie et ses causes. Introduction. *L'ethnographie*, pp. 13-44.

IV. DICTIONNAIRES ET LEXIQUES

- **BOUDON, R. et BOURRICAUD, F.** (1982). *Dictionnaire critique de la sociologie*, Paris, PUF.
- **GRAWITZ, M.** (2001). *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 3è éd, pp.584-585.
- **GRAWITZ, M.** (2004). *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 6è éd, pp.744-745.
- **LAMBERT D.C.** (1985). *Lexique d'Economie de la Santé*, Paris, Economica, pp. 129-130.
- **PICHERAL H.** (2001). *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. GEOS, Atelier Géographie de la santé, Montpellier, Université Montpellier 3 - Paul Valéry, pp. 307-308.
- **QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L. V.** (2006). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

V. MEMOIRES ET THESES

- **ABOUTAIEB, R.** (2007). « Droit à la Santé et Développement », Mémoire de Master en Droits fondamentaux, Université de Nantes.
- **MOUSTAPHA MOHAMED NSANGOU MBOUEMBOUE.** (2010). « les comportements sexuels et reproductifs des femmes vivant sous antirétroviraux au Cameroun », Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé I.
- **MOUSTAPHA MOHAMED NSANGOU MBOUEMBOUE.** (2014). « La demande des soins de santé chez les femmes infectées par le VIH. Contribution à une analyse des itinéraires thérapeutiques des séropositives au Cameroun », Thèse de Doctorat en sociologie, thèse en Sociologie, Université de Yaoundé I.
- **NGA NDONGO, V.** (1999). « L'opinion camerounaise : problématique de l'opinion en Afrique Noire », Thèse de Doctorat d'Etat ès Lettres et sciences humaines, Tome 1, Université Paris-Nanterre.
- **NTOUTOU G. L.** (2019). « Déterminants des recours thérapeutiques chez les Travailleuses de Sexe nouvellement dépistées séropositives dans le cadre du projet « CHAMP » à Horizons Femmes Yaoundé. », Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé I.
- **WAMBERT MASSAMBA, G.** (2005). « Les déterminants des recours thérapeutiques à Libreville (Gabon) », Mémoire de Master en démographie, Université de Yaoundé II (IFORD).

VI. RAPPORTS

- **BAHOAYILA, B.** (2016). Cours de pratique des enquêtes. Master, Congo.
- **BOUCHON, M.** (2011). Cultures et interprétations de la santé et de la maladie. Impacts de la précarité et de l'exclusion sur la santé Anthropologie médicale.
- **CARRIN, G., PERROT J., et SERGENT F.** (1994). The influence of Financial participation by the population on the Demand for Health Care. WHO. Division of Intensified Cooperation with Countries In: Greatest need.ICO: Geneva.
- **DOUOMONG YOTTA, S.** (2014). « Investir sur les populations clés pour inverser la tendance du VIH », *Plaidoyer pour le positionnement des MARPS dans le financement du Fond Mondial au Cameroun.*

- **Colloque Automédication**, (2002). Rapport du Professeur Charles Caulin.
- **CONTANDRIOPOULOS A-P. et al.** (1995). *Evaluation des mesures incitatives visant à l'amélioration de la répartition géographique des médecins au Québec.*, Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Santé Canada.: Montréal Canada.
- **Document Stratégique pour la Croissance et l'Emploi** (DSCE).
- **Expertise France - IMEA.** (2015). *Prise en charge globale des patients VIH dans les pays à ressources limitées : guide de formation à l'usage des professionnels de santé*, 2e édition révisée, EXPERTISE FRANCE -IMEA.
- **FIERRO, F.** (1994). *Approche de la prostitution toulousaine.* Recherche-action. Rapport final, recherche commanditée par l'Amicale du Nid, financée par l'Agence française de lutte contre le sida et réalisée par l'association Pour la recherche et l'information sociale et médicale (PRISM).
- **INGOLD, F.-R. TOUSSIRT M. et al.** (1993). *Le travail sexuel, la consommation des drogues et le HIV: Investigation ethnographique de la prostitution à Paris, 1989-1992*, rapport de l'Institut de Recherche en Epidémiologie de la Pharmacodépendance, financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et par la Direction de l'Action Sociale.
- Institut National de la Statistique, *Annuaire statistique du Cameroun*, 2013.
- **KINNELL, H. et GRIFFITHS, R. K.** (1989). *Sexual and injecting risk behavior amongst drug users in Birmingham, England*, Poster presentation, V International Conference on AIDS : Montréal, Canada.
- **LE PEN C.** (1996). *Efficacité et Equité en Economie de la Santé. Quelques remarques introductives.* in *Journées des Economistes Français de la Santé. Economie de la Santé et équité.* Dijon: LATEC Groupe de Recherche en Economie de la santé et de la Protection sociale. Université de Bourgogne. Faculté des Sciences Economiques de Dijon.
- **LOUIS, M.-V.** (1992). *La conférence européenne sur le trafic des femmes: Vers une reconnaissance légale du proxénétisme*, Projets féministes, pp. 33-57.
- **LOUIS, M.-V.** (1994). *Cette violence dont nous ne voulons plus.* Chronique féministe. Université des femmes, « Prostitution et féminisme », n°51, janvier/février.
- **LOUIS, M.-V.** (1997). *A propos des violences, de la prostitution, de la traite, de la sexualité...*, Chronique féministe. Université des femmes, «Violences: une stratégie patriarcale», mai/juin, 62, pp. 10-19.

- **LOUIS, M.-V. (1997).** Le code de la honte, Chronique féministe. Université des femmes, «Violences: une stratégie patriarcale», mai/juin, 62, pp. 20-21.
- **LUGEN, M. (2012)** *Petit guide de méthodologie de l'enquête* », [igateat.ULB.ac.be> media> enseignement](http://igateat.ulb.ac.be/media/enseignement), 2012.
- **Manuel des procédures administratives, financières et comptable de l'Association HF**, Rapport 2011.
- **Comité de Réflexion de la Fédération des Femmes du Québec**, Rapport 2004.
- **MINJUSTICE**, (2010). Rapport : Situation des Droits de l'Homme au Cameroun.
- **MINSANTE**, (2011). Recensement général des personnels du secteur de la santé au Cameroun.
- **MINSANTE**, (2001-2015), Stratégie Sectorielle de la Santé.
- **MINSANTE**, Rapport CNLS (2011-2015). Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST.
- **MINSANTE**, (2001-2015). Stratégie Sectorielle de Santé.
- **MINSANTE**, (2014). Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA Cameroun Global Aids rapport Response Progress (GARP), ONU/SIDA.
- **MINSANTE**, (CNLS 2015). Rapport, Les estimations et projections sur le VIH et le sida au Cameroun période : 2010-2020.
- **MINSANTE**, (2017). Directives pour la mise en œuvre de la stratégie Test and traitement au Cameroun. Yaoundé, Cameroun.
- **NKOMA POUHE, P. (2015).** « Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication », *7eme Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis"*, Novembre 2015, Johannesburg, Afrique du Sud, <<http://uaps2015.princeton.edu/>>. <Hal-01339418>.
- **OMS**, (2011). Rétention dans les programmes de lutte contre le VIH : définir les défis et identifier les solutions. Rapport de la réunion, 13-15 Septembre 2011. Genève, Suisse.
- **OMS**, Les objectifs du millénaire pour le développement.
- **OMS**, (2003). Pauvreté et santé : Stratégie de la Région africaine, Brazzaville, Organisation mondiale de la santé, Bureau régional de l'Afrique.
- **OMS**, (2015). Stratégie de coopération de l'OMS avec les pays 2010-2015.
- **ONU/SIDA**, Rapport de Décembre 2011.

- **ONU/SIDA**, (2014). Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA *Cameroon Global Aids Rapport Response Progress (GARP)*.
- **ONU/SIDA**, (2015). Rapport, Global AIDS.
- **Plan Stratégique National de Lutte contre le VIH, le SIDA et les IST 2018-2022**.
- **Programme national de lutte contre le VIH et les IST**, (2013). Unité de traitement, de soins et de soutien. Procédures opérationnelles standard pour la rétention et le rétablissement des patients. Ministère de la santé, Jamaïque.
- **SPRAGUE, C. et SIMON, S.E.** (2014). Comprendre les reTARVds dans la prise en charge du VIH dans le Sud des États-Unis et le rôle du niveau social dans l'engagement et la rétention des soins pour le VIH : une étude qualitative. *Int J Equity Health*.
- **Stratégie Sectorielle de Santé**, (2016-2027).
- **UNAIDS**, Rapport, *AIDS by the numbers 2016*.
- **World Bank International Draft**, (2013). Rapport, Analyse de la situation épidémiologique et de la réponse à l'infection par le VIH au Cameroun.

VII. DOCUMENTS OFFICIELS

- Constitution camerounaise du 18 janvier 1996.
- Code pénal camerounais de 1967.
- Déclaration d'Alma Ata, 1978.
- initiative de Bamako, 1987.

VIII. WEBOGRAPHIE

- Centres de contrôle et de prévention des maladies. Lien avec les soins médicaux et la rétention pour le VIH. Atlanta, Géorgie, États-Unis (2013). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/programs/pwp/linkage.html>, (consultée le 15/juin/2019)
- Google, <https://fr.m.wikipedia.org> (consultée le 15/juin/2019)
- Google, m. Huffington post.fr, (consultée le 15/juin/2019)
- <https://www.prostitutionetsociete.fr/politiques-publiques/legislation-nationales/les-politiques-en-europe>, (consultée le 15/juin/2019)
- [https://journals. Openedition.org](https://journals.Openedition.org), (consultée le 15/juin/2019)

- OLIVIER DE SARDAN, J-P. (1995). « La politique du terrain », Enquête, le terrain de l'enquête, (en ligne), URL : <http://enquete.revues.org/document263.html.p.7>, (consultée le 07/juillet 2019).
- Ministère de la santé et de la protection sociale (MOHSW). Procédures opérationnelles standard pour les services de conseil et de dépistage du VIH (CTH). Dodoma, Tanzanie; 2009. Disponible l'adresse suivante: http://www.jica.go.jp/project/tanzania/001/materials/pdf/vct_10.pdf. (consultée le 15/ mars/2021)
- OMS. Déterminants sociaux de la santé.[en ligne] Disponible sur : https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/fr/
- INPES. Qu'est-ce qui détermine notre état de santé ? santé publique France, [en ligne],: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/ISS/determinants-sante.asp>. (consultée le 15/ mars/2021).
- La prostitution, zone de vulnérabilité social: <https://www.cairn.info/REVUE-nouvelles-questions-feministes-2002.2-page-55.htm>, (consultée le 14/août/2022)
- <https://www.vie-publique.fr/rapport/33564-situation-sanitaire-et-sociale-des-personnes-prostituees>, (consultée le 14/août/2022)
- https://www.researchgate.net/publication/301214942_Etat_de_sante_des_personnes_en_situation_de_prostitution_et_des_travailleurs_du_sexe_et_identification_des_facteurs_de_vulnerabilite_sanitaire, (consultée le 14/août/2022)
- <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2011/revue-medicale-suisse-301/travailleuses-du-sexe-un-acces-aux-soins-limite>, (consultée le 15/août/2022)
- <https://www.cairn.info/revue-les-cahiers-de-la-justice-2019-4-page-667>, (consultée le 16/août/2022)
- https://classiques.uqac.ca/contemporains/Faizang_sylvie/maladie_objet_anthropo_sociale/maladie_objet_anthro_soc_texte.html, (consultée le 22/août/2022)
- <https://www.erudit.org/en/journals/as/1900-v1-n1-as619/007445ar/>, (consultée le 22/août/2022)
- <https://journals.openedition.org/vertigo/16603>, (consultée le 27/août/2022)
- <https://anr.fr/fr/agenda/presentation-des-precedents-colloques/vulnerabilite-sociales-et-sanitaires-bilan-et-perspectives/booklet/>, (consultée le 27/août/2022)
- <https://calenda.org/882094>, (consultée le 27/août/2022)
- https://www.researchgate.net/publication/359006941_sur_la_sociologie_du_corps, (consultée le 30/août/2022)

- <https://books.openedition.org/pur/23990?lang=fr>, (consultée le 30/août/2022)
- https://www.senscritique.com/livre/Sociologie_de_la_prostitution/critique/244273133, (consultée le 30/août/2022)
- <https://ecomatin.net/cameroun-le-personnel-des-hopitaux-x-publics-annonce-un-mouvement-de-greve-le-16-aout-prochain/>, (consultée le 06/septembre/2022)
- <https://www.cairn.info/revue-pernsee-plurielle-2011-2-pages-93htm>, (consultée le 06/septembre/2022)

ANNEXES

Annexe 1 : Attestation de recherche

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES
ET SCIENCES HUMAINES

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS
AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiante **NTOUTOU Guyleine Leonelle**, Matricule **10L423**, est inscrite en thèse de Doctorat/Ph.D, option Population et développement. Elle effectue, sous la direction du Professeur **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand** un travail de recherche sur le thème : « *Trajectoires de vie et accès aux soins de santé des travailleuses de sexe séropositives dans la ville de Yaoundé* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le 09 DEC 2021

Le Chef de Département



Armand LEKA ESSOMBA
Maître de Conférences

Annexe 2 : Demande d'autorisation de recherche

NTOUTOU

Yaoundé le 07 janvier 2022

GUYLEINE LEONELLE

Adresse : 694555174/653011749

E-mail : guyleinentoutou@yahoo.fr

A

**Madame la Présidente Exécutive
d'Horizons Femmes-Yaoundé**

Objet : Demande d'autorisation de recherche

Madame,

J'ai l'honneur de venir auprès de votre haute personnalité solliciter une autorisation de recherche au sein de la structure dont vous avez la charge.

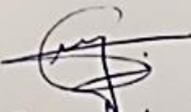
En effet, je suis étudiante au Département de Sociologie à l'Université de Yaoundé I, matricule 10L423 et inscrite en thèse de Doctorat/Ph.D option population et développement. J'effectue sous la direction du Professeur Yves-Bertrand DJOUDA FEUDJIO un travail de recherche sur le thème : « **Trajectoires de vie et accès aux soins de santé des travailleuses de sexe séropositives dans la ville de Yaoundé** ».

Aussi, dans le cadre de ma recherche en Master II, ai-je effectué un stage académique de trois mois et collecté des données utiles à cette recherche au sein de votre structure en 2017-2018. Ce qui m'a d'ailleurs permis de soutenir mon Master. Ainsi, dans le but de poursuivre ma recherche en thèse dans le même domaine, je vous prie de bien vouloir me donner la possibilité une fois de plus de collecter des données au sein de votre structure.

Vous trouverez ci-joints :

- Une attestation de recherche ;
- Un protocole de recherche ;
- Mes outils de collecte des données.

Dans l'expectative d'une suite favorable à la présente, veuillez agréer Madame la Présidente Exécutive, l'expression de ma parfaite considération.


Guyléine L. Ntoute

Annexe 3 : Attestation de prise de connaissance des principes éthiques d'HF

Horizons Femmes

ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE, RECEPTION DE COPIE
ET D'ACCEPTATION DES PRINCIPES D'ÉTHIQUE &
RÈGLES DE DÉONTOLOGIE DE HORIZONS FEMMES

Je soussigné : Guyline Léonelle Ntoutou

Déclare avoir pris part à une séance d'imprégnation, et avoir accepté les
contenus du Code d'Éthique et de Déontologie de l'Association Horizons Femmes,
dont copie m'a ensuite été remise pour mon exploitation personnelle.

Je m'engage à m'y conformer strictement.

Noms et prénoms (en lettres capitales) : GUYLINE LEDNELLE
NTOUTOU

Fonction : ENQUÊTRICE

Signature : [Signature]

Date : 02/02/22

Annexe 4 : Lettre d'autorisation de recherche

Horizons Femmes
Education Formation & Insertion Socioprofessionnelle de la Femme

Yaoundé, le 31 janvier 2022

REF : 016 /HF/PE/01/22

A
Madame **NTOUTOU** Guylène
Léonelle

Objet : Lettre d'autorisation de recherche

Madame,

J'accuse bonne réception de votre demande reçue en date du 11 janvier 2022 relative à l'autorisation de recherche sur le thème « *Trajectoires de vie et accès aux soins de santé des travailleuses de sexe séropositives dans la ville de Yaoundé* ».

Y faisant suite, je viens par la présente marquer l'accord pour vos travaux de recherche au sein de notre Association Horizons Femmes Siège-Yaoundé pour une durée de **03 mois**.

Durant cette période de recherche, vous serez tenue de vous conformer aux horaires de travail, ainsi qu'au code éthique en vigueur au sein de l'Association dont vous prendrez connaissance sur place.

Par ailleurs, au terme de vos recherches, vous êtes invitée à déposer un exemplaire corrigé de votre mémoire au secrétariat de notre Association.

Veuillez agréer Madame, l'expression de notre parfaite considération.

La Présidente Exécutive

Denise NGATCHOU

BP : 8480 Yaoundé; Tél : Siège 237 22 31 43 02 // 222 31 39 02, Douala 233 37 30 44, Ouest 233 44 59 96 ;
Email: horizons_femmes@yahoo.fr, horizons_femmes_littoral@yahoo.fr, horizons_femmes_ouest@yahoo.fr Site web:
www.horizonsfemmes.org Page facebook: www.facebook.com/HorizonsFemmesofficiel

Annexe 5 : Clairance éthique régionale

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN <i>Paix - Travail - Patrie</i></p> <p>MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE</p> <p>SECRETARIAT GENERAL</p> <p>COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE</p> <p>Tél : 222 21 20 87/ 677 75 73 30</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON <i>Peace - Work - Fatherland</i></p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>SECRETARIAT GENERAL</p> <p>CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE FOR HUMAN HEALTH RESEARCH</p>
<p>CE N° 0600 /CRERSHC/2022</p>		<p>Yaoundé, le 06 MAI 2022</p>

CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : «Trajectoires de vie et accès aux soins de santé des travailleuses de sexe séropositives dans la ville de Yaoundé » soumis par Mademoiselle/Madame NTOUTOU Guyleine Léonelle.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressée est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Éthique. En outre, elle est tenue de:

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations:
CNERSH



LE PRESIDENT,
Pharmacie Boye Casimir
Pharmacien

www.minsante.gov.cm

Annexe 6 : Demande de clairance éthique

NTOUTOU

Mardi 22 février 2022.

GUYLEINE LEONELLE

Adresse : 694555174 :653011749

Email : guyleinentoutou@yahoo.fr

A

Monsieur le Président du CRERESH-Ce

Objet : Demande de clairance éthique

Monsieur le Président,

Je viens auprès de votre haute personnalité solliciter une clairance éthique au sein de la structure dont vous avez la charge.

En effet, je suis étudiante au Département de Sociologie à l'Université de Yaoundé I, matricule 10L423 et inscrite en thèse de Doctorat ph/D option population et développement.

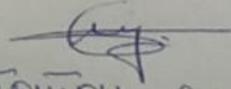
J'effectue sous la direction du Professeur Yves-Bertrand DJOUDA FEUDJIO un travail de recherche intitulé : « **Trajectoires de vie et accès aux soins de santé des Travailleuses de Sexe séropositives dans la ville de Yaoundé** ».

Afin de collecter des données de terrain dans le respect de la déontologie et de l'éthique propres à la recherche en sciences sociales, je vous prie de bien vouloir me délivrer une clairance éthique Régionale à cet effet.

Vous trouverez ci-jointes :

- Une photocopie de ma CNI ;
- Une copie de mon certificat de scolarité ;
- Une copie de mon CV ;
- Une copie de mon protocole de recherche signée par mon Directeur de thèse ;
- Une copie hard dudit protocole ;
- Une photocopie du reçu de paiement des frais d'évaluation.

Dans l'expectative d'une suite favorable à la présente, veuillez agréer Monsieur le Président, l'expression de ma parfaite considération.


Ntoutou G. Leonelle

Annexe 7: Liste des informateurs

A. LISTE DU PERSONNEL DE PRISE EN CHARGE DE H.F INTERROGE

Noms et Prénoms	Poste occupé	Lieu et date de l'entretien
MANDAMA Madeleine	Réceptionniste	HF Yaoundé, le 01/02/2022
KUIDJEU Aymar d'Aquin	Ingénieur technico-médico-sanitaire	HF Yaoundé, le 01/02/2022
NGA Fridoline	Conseillère psycho-sociale Lead	HF Yaoundé le 04/04/2022
SAFEUDIEU Alvine	Infirmière	HF Yaoundé, le 01/02/2022
Dr OMGBA	Médecin	HF Yaoundé, le 01/02/2022
MABOU Marceline	Conseillère psycho-sociale	HF Yaoundé, le 01/02/2022
ONDOA Hortense	Chargé de la Mobilisation Communautaire	HF Yaoundé, le 01/02/2022
KEGNI Josiane	Chargé de la Mobilisation Communautaire	HF Yaoundé, le 01/02/2022
NGO SINGOG Martine	Conseillère relais	HF Yaoundé, le 01/02/2022
MOUDJOUEM Rosalie	DIC Manager	HF Yaoundé, le 01/02/2022

B. LISTE DU PERSONNEL DE PRISE EN CHARGE INTERROGE DES FOSA

Noms et Prénoms	Poste occupé	Lieu et date de l'entretien
ANONYMAT 1	Infirmière	Hôpital de Biyem-assi, Yaoundé, le 31/03/2022
ANONYMAT 2	Infirmière	Hôpital de Biyem-assi, Yaoundé, le 31/03/2022
ANONYMAT 3	Infirmière	Hôpital de Biyem-assi, Yaoundé, le 31/03/2022
ANONYMAT 4	Infirmière	Hôpital de Biyem-assi, Yaoundé, le 31/03/2022
ANONYMAT 5	Infirmière	Cité Verte, Yaoundé le 06/05/2022
ANONYMAT 6	Infirmière	Cité Verte, Yaoundé le 06/05/2022
ANONYMAT 7	Infirmière	Cité Verte, Yaoundé le 06/05/2022

ANONYMAT 8	Infirmière	Cité Verte, Yaoundé le 06/05/2022
ANONYMAT 9	Infirmière	Cité Verte, Yaoundé le 06/05/2022
Dr. OMGBA	Médecin	Cité Verte, Yaoundé le 04/04/2022

c. LISTE DES TSS INTERROGEE

Désignation	Date et lieu de l'entretien
1. Sandrine	H.F Yaoundé, le 02/02/2022.
2. Fanny B	H.F Yaoundé, le 02/02/2022.
3. Pauline	H.F Yaoundé, le 02/02/2022.
4. Jolie	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
5. Fanny A	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
6. Clarice	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
7. Géné	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
8. Marie B	H.F Yaoundé, le 02/02/2022.
9. Hortense	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
10. Bernadette	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
11. Yolande	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
12. Laure	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
13. Doris	H.F Yaoundé, le 02/02/2022.
14. Diane	H.F Yaoundé, le 07/03/2022.
15. Marie-Chantal	H.F Yaoundé, le 07/03/2022.
16. Nadine	HF Yaoundé le 04/04/2022.
17. Marie-Paule	HF Yaoundé le 05/05/2022.
18. Aline	HF Yaoundé le 05/05/2022.
19. Olga	HF Yaoundé le 05/05/2022.
20. Anne-Marie	HF Yaoundé le 05/05/2022.
21. Emma	H.F Yaoundé, le 07/03/2022.
22. Sylvie	H.F Yaoundé, le 07/03/2022.
23. Danielle	H.F Yaoundé, le 07/03/2022.
24. Solange	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.

25. Marie C	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
26. Jeannette	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
27. Cécile	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
28. Nelly	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
29. Alice	H.F, Yaoundé, 17/03/2022.
30. Marthe	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
31. Marlyse	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
32. Christèle	H.F, Yaoundé, 15/03/2022.
33. Dany	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
34. Berline	H.F, Yaoundé, le 05/04/2022
35. Victoriane	H.F Yaoundé, le 10/03/2022.
36. Véronique	H.F, Yaoundé, le 05/04/2022
37. Thérèse	H.F, Yaoundé, le 05/04/2022
38. Liliane-Michelle	H.F, Yaoundé, le 05/04/2022
39. Eugène-Marie	H.F, Yaoundé, le 05/04/2022
40. Pélagie	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
41. Sabine	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
46. Marie-A	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
47. Abeline	H.F, Yaoundé, 02/02/2022.
48. Edith	H.F, Yaoundé, 02/02/2022.
49. Joselyne Christèle	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
50. Catherine Florence	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
51. Catherine	H.F, Yaoundé, 15/02/2022.
52. Rosine	H.F, Yaoundé, 15/02/2022.
53. Marceline	H.F, Yaoundé, 15/02/2022.
54. Estelle	H.F, Yaoundé, 04/02/2022.
55. Suzy	H.F, Yaoundé, 04/02/2022.
56. Aurélie	H.F, Yaoundé, 04/02/2022.
57. Julie A	H.F, Yaoundé, 16/02/2022.
58. Emilienne	H.F, Yaoundé, 16/02/2022.
59. Sandy	H.F, Yaoundé, 23/02/2022.
60. Noel	H.F, Yaoundé, 23/02/2022.

61. Darelle	H.F, Yaoundé, 23/02/2022.
62. Joanne	H.F, Yaoundé, 18/02/2022.
63. Ariane	H.F, Yaoundé, 18/02/2022.
64. Philomène	H.F, Yaoundé, 18/02/2022.
65. Annie	H.F, Yaoundé, 25/02/2022.
66. Doriane	H.F, Yaoundé, 25/02/2022.
67. Angèle	H.F, Yaoundé, 25/02/2022.
68. Marie-Bernadette	H.F, Yaoundé, 18/02/2022.
69. Ange	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
70. Anita	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
71. Liliane	H.F, Yaoundé, 03/02/2022.
72. Lyse	H.F, Yaoundé, 17/03/2022.
73. Martine	H.F, Yaoundé, 17/03/2022.
74. Esther A	H.F, Yaoundé, 17/03/2022.
75. Anne-Sophie	H.F, Yaoundé, 17/03/2022.
76. Alex	H.F, Yaoundé, 23/03/2022.
77. Claire A	H.F, Yaoundé, 23/03/2022.
78. Marine	H.F, Yaoundé, 25/03/2022.
79. Prisca	H.F, Yaoundé, 25/03/2022.
80. Stéphanie	H.F, Yaoundé, 25/03/2022.
81. Mélanie	H.F, Yaoundé, 31/03/2022.
82. Gabrielle	H.F, Yaoundé, 31/03/2022.
83. Myrice	H.F, Yaoundé, 06/04/2022.
84. Paulette	H.F, Yaoundé, 06/04/2022.
85. Nathalie	H.F, Yaoundé, 06/04/2022.
86. Clémentine	H.F, Yaoundé, 13/04/2022.
87. Kéline	H.F, Yaoundé, 13/04/2022.
88. Davina	H.F, Yaoundé, 13/04/2022.
89. Raïssa	H.F, Yaoundé, 13/04/2022.
90. Annette	H.F, Yaoundé, 13/04/2022.
91. Nafi	H.F, Yaoundé, 27/04/2022.
92. Charlaine	H.F, Yaoundé, 27/04/2022.

93. Charlie	H.F, Yaoundé, 27/04/2022.
94. Claire B	H.F, Yaoundé, 12/05/2022.
95. Esther B	H.F, Yaoundé, 12/05/2022.
96. Julie B	H.F, Yaoundé, 12/05/2022.
97. Christine	H.F, Yaoundé, 12/05/2022.
98. Hélène	H.F, Yaoundé, 17/05/2022.
99. Léonie	H.F, Yaoundé, 17/05/2022
100. Léa-Anne	H.F, Yaoundé, 17/05/2022

Annexe 8: Guide d'entretien spécifique pour les TS

I- Caractéristiques sociodémographiques

- 1- Age
- 2- Statut matrimonial
- 3- Niveau d'étude
- 4- Religion
- 5- Lieu de résidence
- 6- Ethnie
- 7- Nombre d'enfants
- 8- Autre activité menée

DETERMINANTS DE L'ACCES AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SEROPOSITIVES AU CAMEROUN

- 9- Que faites-vous et où allez-vous lorsque vous êtes malade ?
- 10- Qu'est-ce qui vous motive dans le choix de ce lieu de traitement?
- 11- Vous est-il déjà arrivé de vous rendre ailleurs qu'à l'hôpital lorsque vous êtes malade ?
Si oui pourquoi là-bas plutôt qu'à l'hôpital ?
- 12- La distance entre votre lieu de résidence et le lieu de prise en charge constitue-t-elle un souci pour vous ? si oui pouvez-vous nous dire pourquoi ?
- 13- Comment gérez-vous financièrement votre traitement ?
- 14- En cas d'interruption de services gratuits, que faites-vous?
- 15- Comment gérez-vous en cas de rupture de stocks de matériels de prévention ?
- 16- En tant que TS comment êtes-vous reçu dans votre lieu de prise en charge ?
- 17- Comment votre famille vit-elle avec vous au regard de votre statut sérologique ?
- 18- Comment êtes-vous perçu par votre entourage au regard de votre statut sérologique?

PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SEROPOSITIVES SUR LES PRESTATIONS SANITAIRES OFFERTES PAR LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET PAR LE PROJET « CHAMP »

- 19- Comment percevez-vous l'accompagnement dans cette structure?
- 20- Comment trouvez-vous les services du counseling offerts par cette structure?

- 21- Etes-vous satisfaite des soins et du traitement qui vous sont offerts au sein de cette structure?
- 22- Comment qualifierez-vous le suivi dont fait preuve cette structure à votre égard ?
- 23- Etes-vous satisfaite du matériel de prévention qui vous est distribué par cette structure?
- 24- Comment percevez-vous le personnel de prise en charge de cette structure?
- 25- Quelle est la nature de vos rapports avec ce personnel ?
- 26- Vos besoins et préoccupations sont-ils pris en compte dans l'offre de services qui vous est délivrée ?
- 27- Comment appréciez-vous le traitement offert par Horizons Femmes et les FOSA?
- 28- Quels sont selon vous les dispositifs à mettre en œuvre pour améliorer votre prise en charge au sein cette structure

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE PERSONNEL DE PRISE EN CHARGE DES TS

I- Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.

- 1- Noms et prénoms
- 2- Sexe
- 3- Fonction
- 4- Nombre d'année d'expérience dans la prise en charge

DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN : DES INSTITUTIONS PUBLIQUES AUX INITIATIVES PRIVEES

- Comment la prise en charge des TS est-elle organisée ici à Horizons Femmes?
- Quel rôle jouez-vous dans la prise en charge des TS ?
- Quel rôle joue le Ministère de la Santé publique dans cette prise en charge ?
- Pouvez-vous nous en dire plus sur votre collaboration ?

DETERMINANTS DE L'ACCES AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SEROPOSITIVES AU CAMEROUN

- Quels sont les soins et services disponibles pour les TS ?
- Quelles sont les caractéristiques des TS qui demandent le plus les soins ?
- Parvenez-vous à satisfaire toutes leurs demandes? Si oui, pouvez-vous en parler davantage et sinon pourquoi ?
- Selon vous, pourquoi avec tous les services gratuits que vous offrez aux TS ici, certaines n'adhèrent toujours pas au traitement et comment gérez-vous cette situation ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'offre des soins ?
- Quels sont selon vous, les autres lieux de soins qu'elles fréquentent ?
- À votre avis qu'est-ce qui peut justifier un tel choix ?
- Selon vous, en quoi le choix d'un lieu de prise en charge peut-il constituer un frein dans l'accès des TS à des soins adaptés ? pouvez-vous nous en donner un exemple ?
- Pouvez-vous dire à ce jour que le traitement offert à ces TS est efficace ? Si non pourquoi ?

PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SEROPOSITIVES SUR LES PRESTATIONS SANITAIRES OFFERTES PAR LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET PAR LE PROJET « CHAMP »

- Comment sont vos rapports avec les TS ?
- Quelles sont les plaintes que formulent généralement les TS ?
- Comment trouvez-vous l'implication du MINSANTE ?
- Quelles sont selon vous, les mesures à mettre en œuvre ici à Horizons Femmes pour améliorer la prise en charge des TS séropositives maintenant et sur le long terme ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

GUIDE D'ENTRETIEN SPÉCIFIQUE POUR LE PERSONNEL DU MINSANTÉ EN CHARGE DE LA PEC DES TS SÉROPOSITIVES

II- Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles.

5- Noms et prénoms

6- Sexe

7- Fonction

8- Nombre d'année d'expérience dans la prise en charge des TS séropositives

DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN : DES INSTITUTIONS PUBLIQUES AUX INITIATIVES PRIVÉES

- Comment la prise en charge des TS est-elle organisée par le MINSANTÉ?
- Quel rôle jouez-vous dans la prise en charge des TS ?
- Quel rôle joue le Ministère de la Santé publique dans cette prise en charge ?
- Comment appréciez-vous votre collaboration avec HF?

DÉTERMINANTS DE L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN

- Quels sont les soins et services mis à la disposition des TS par le MINSANTÉ?
- Comment définissez-vous les caractéristiques des TS à prendre en charge ?
- Qu'en est-il de celles qui vivent en périphérie ?
- Parvenez-vous à satisfaire toutes leurs demandes? Si oui, pouvez-vous en parler davantage et sinon pourquoi ?
- Selon vous, pourquoi avec la gratuité des services, certaines TS n'adhèrent toujours pas au traitement et quelles sont les mesures prises dans ce cas-là ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'offre des soins des TS?
- Quels sont selon vous, les autres lieux de soins qu'elles fréquentent ?
- A votre avis qu'est-ce qui peut justifier un tel choix ?
- Le choix de ce lieu de prise en charge peut-il constituer un frein dans leur accès à des soins adaptés ? Si oui pouvez-vous nous dire pourquoi et comment ?

PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUR LES PRESTATIONS SANITAIRES OFFERTES PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET PAR HF A TRAVERS LE PROJET « CHAMP »

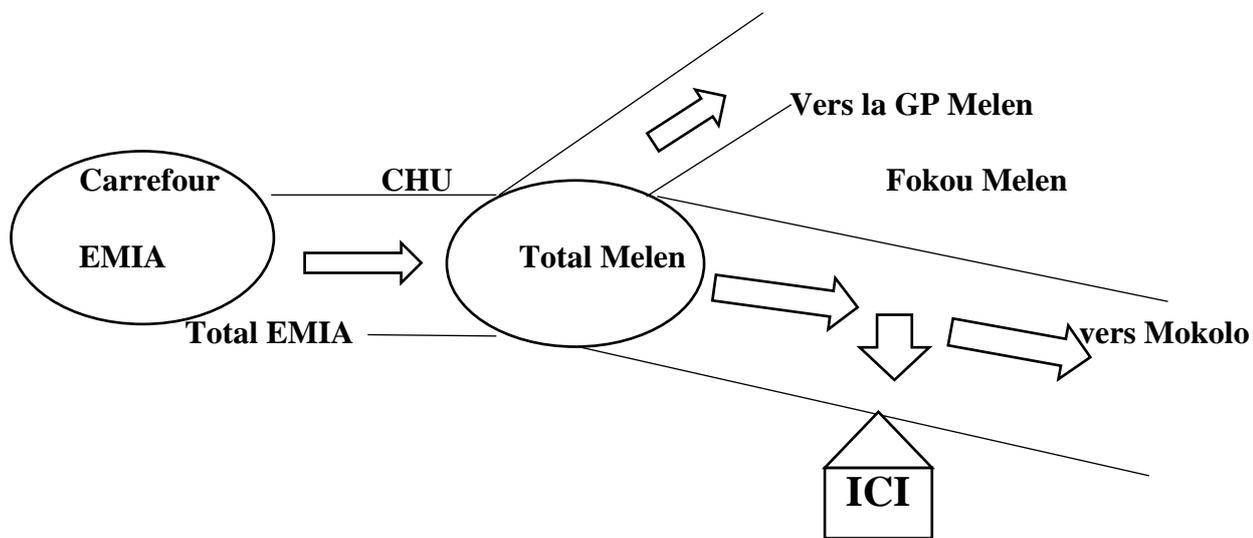
- Comment sont vos rapports avec les TS ?
- Quelle approche utilisez-vous pour entrer en contact avec elle ?
- Que pouvez-vous nous dire de spécial sur cette population ?
- Quelles sont les plaintes formulées par les TS qui vous reviennent régulièrement?
- Comment évaluez-vous les prestations que votre structure met à la disposition d'HF et en êtes-vous satisfait ? si non pouvez-vous nous dire pourquoi ?
- À ce jour, comment évaluez-vous l'efficacité du traitement offert à ces TS ?
- Comment qualifiez-vous la contribution du Ministère de la santé publique dans la PEC des TS ?
- Quelles sont selon vous, les mesures à mettre en œuvre par votre hiérarchie pour améliorer la prise en charge des TS séropositives maintenant et sur le long terme ?

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION

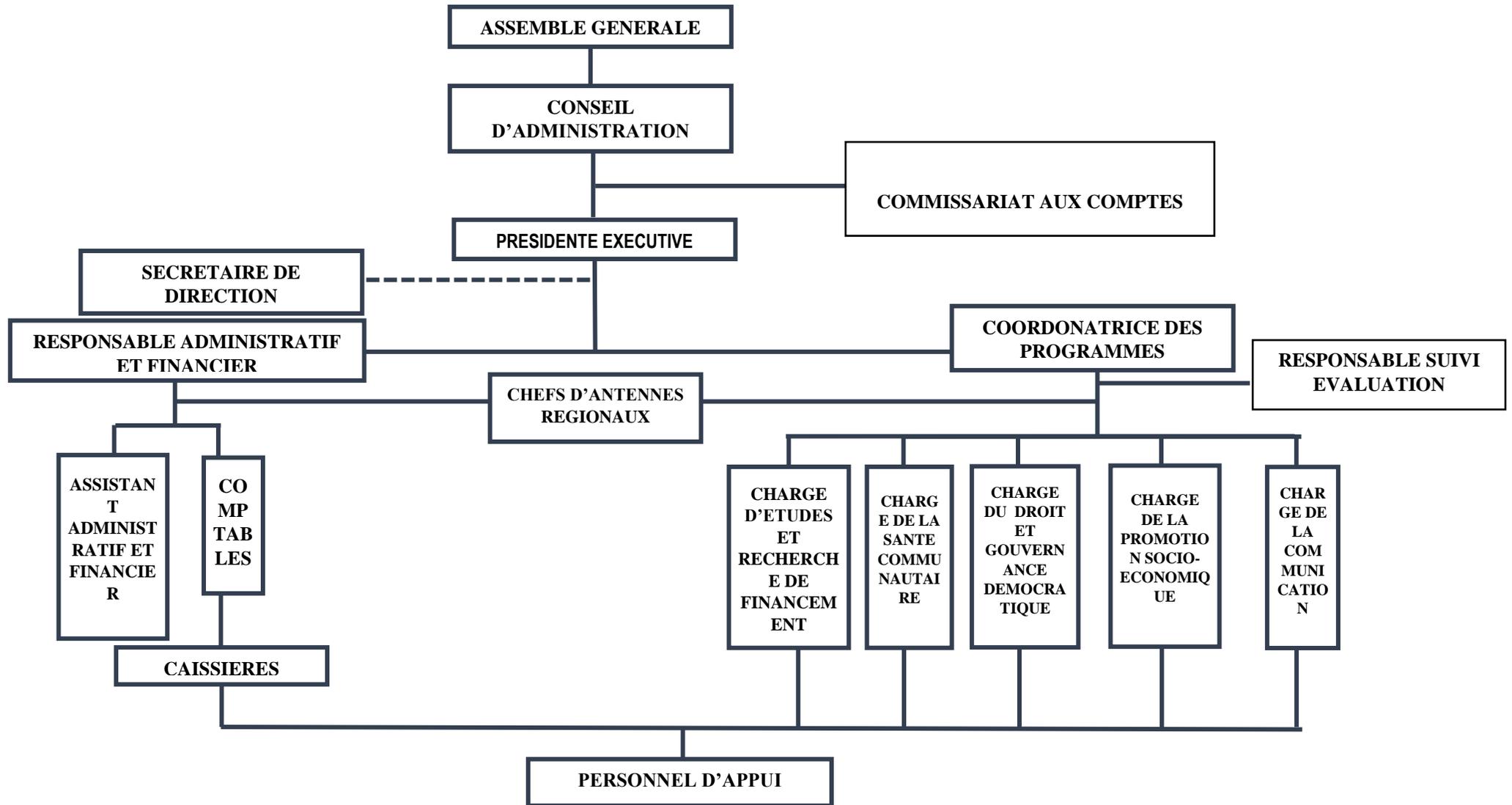
Annexe 9: Fiche d'identification de l'association HF

Nom de l'association	Horizons Femmes
SIGLE	H.F
Statut juridique	Association à but non lucratif
Siège social	Yaoundé-Melen (Mini-ferme)
Boite postale	8480- Yaoundé
Adresse Email	Horizons_femme@yahoo.fr
Téléphone	00 237 22 31 43 02
Site Web	www.horizonsfemme.org
Type de société	Humanitaire
Objet social	Education, formation et promotion socio-économique de la femme.

Annexe 10 : Plan de localisation d'Horizons Femmes-Yaoundé



Annexe 11: Organigramme de l'Association H.F



Annexe 12: Outil d'évaluation SIMS

Standards to be met / Standards à atteindre par indicateur**SET 4A: KEY POPULATIONS – SCORE AT COMMUNITY ASSESSMENT POINT**

<i>Number</i>	<i>Abbreviated Title</i>	<i>Standard</i>
C_4.01 [226]	Condom Availability	Each service delivery point has a consistent supply of non-expired condoms that are easily accessible to beneficiaries/clients.
C_4.02 [249]	Lubricant Availability	Each service delivery point serving sex workers and men who have sex with men has a reliable supply of water- or silicone-based lubricants that are easily accessible to the beneficiaries/clients. Lubricants have at least one month of shelf life before expiration, and are displayed so that they are easily accessible to beneficiaries/clients.
C_4.03 [261]	STI Screening and Management Among Key Populations	All service delivery points providing STI screening services do so regardless of HIV sero-status and have a protocol for performing and documenting STI screening at the initial or first consultation and then routinely thereafter. The provision of STI services is in line with national or WHO STI guidelines either onsite or through referral.
C_4.04 [262]	Monitoring Outreach for Key Populations	Each community assessment point serving a key population (sex workers, MSM, transgender or people who inject drugs) maintains a record of outreach services in order to monitor service uptake and repeat use of services by unique beneficiaries/clients. Records are kept private and secure.

C_4.05 [263]	Peer Outreach Management	Each community assessment point provides peer educators with standardized supportive supervision, including mentorship and training to better perform their role in outreach. Supervision results are shared with peer educators to improve their outreach efforts.
C_4.06 [250]	Family Planning/HIV Integration Service Delivery in Community Settings	Each service delivery point supporting services for this population provides access to high quality family planning (FP) education and services, directly or through referrals. The quality of the provision of these services is monitored at least quarterly.
C_4.07 [264]	Service Referral System	Service delivery points serving key populations (sex workers, MSM, transgender persons or people who inject drugs) that make referrals to other services (community and/or facility), track those referrals to support successful completion.
C_4.08 [265]	Data Reporting Consistency – KP_PREV	Indicator reports in DATIM match summary reports maintained at an organization assessment point level for the same reporting period.

Start Time: _____

End Time: _____

CEE #: C_4.01 [226] Condom Availability [KP]			
STANDARD: Each service delivery point has a consistent supply of non-expired condoms that are easily accessible to beneficiaries/clients.			
<i>Instructions: Only assess this CEE at an Organization Assessment Point + or a Service Delivery Point Level 1.</i>			
Comment:			
	Question	Response	Scoring
Q1 	Are non-expired condoms available at this service delivery point?	Y N	If N=Red
If Y, then Q2			
Q2	Has there been consistent supply (without stock-outs) of non-expired condoms in the past three months at this service delivery point?	Y N	If N=Yellow
If Y, then Q3			
Q3 	Are condoms easily accessible to beneficiaries/client sat this service delivery point? <i>Note: Condoms are considered “easily accessible” if they are available onsite to beneficiaries/clients, regardless of whether they are sold for a fee (i.e., as part of social marketing) or are distributed for free (e.g., in a bowl on the counter, in a dispenser, or distributed directly to beneficiaries/clients or through programs).</i>	Y N	If N=Yellow
If Y, then Q4			
Q4 	Is there visual information promoting correct condom use at this service delivery point?	Y N	If N=Light Green If Y=Dark Green

	SCORE		
--	--------------	--	--

CEE #: C_4.02 [249] Lubricant Availability [KP]			
STANDARD: Each service delivery point serving sex workers and men who have sex with men has a reliable supply of water- or silicone-based lubricants that are easily accessible to the beneficiaries/clients. Lubricants have at least one month of shelf life before expiration, and are displayed so that they are easily accessible to beneficiaries/clients.			
<i>Instructions: Only assess this CEE at an Organization Assessment Point + or a Service Delivery Point Level 1.</i>			
Comment:			
	Question	Response	Scoring
Q1 	Are lubricants available at this service delivery point and/or during outreach activities?	Y N	If N=Red
If Y, then Q2			
Q2	Has there been consistent supply (without stock-outs) of non-expired lubricants during the past three months?	Y N	If N=Yellow
If Y, then Q3			
Q3 	Are lubricants easily accessible to beneficiaries/clients? <i>Note: Lubricants are considered “easily accessible” if they are available onsite to beneficiaries/clients, regardless of whether they are sold for a fee (i.e., as part of social marketing) or are distributed for free (e.g., in a bowl on the counter, in a dispenser, or distributed directly to beneficiaries/clients or through programs).</i>	Y N	If N=Yellow

	If Y, then Q4		
Q4 	Are lubricants packaged in discreet sachets?	Y N	If N=Light Green If Y= Dark Green
	SCORE		

CEE #: C_4.03 [261] STI Screening and Management Among Key Populations [KP]			
STANDARD: All service delivery points providing STI screening services do so regardless of HIV sero-status and have a protocol for performing and documenting STI screening at the initial or first consultation and then routinely thereafter. The provision of STI services is in line with national or WHO STI guidelines either onsite or through referral.			
<i>Instructions: Only assess this CEE at an Organization Assessment Point + or a Service Delivery Point Level 1.</i>			
<i>Does this service delivery point receive PEPFAR funding to conduct STI screening and management for key populations?</i>			
<i>If No, check NA, and SKIP CEE.</i>			
<i>NA <input type="checkbox"/></i>			
<i>Note: If this assessment point is only providing referrals for STI screening and treatment, assess STI Education in Community Settings CEE.</i>			
Comment:			
	Question	Response	Scoring
Q1	Are all Key Population (KP) beneficiaries/clients routinely offered syndromic screening for STIs (e.g., vaginal or ureteral discharge, (ano) genital ulcer disease, or, for women, lower abdominal pain) at the initial STI consultation and then routinely thereafter?	Y N	If N=Red
	If Y, then Q2		
Q2	Are all KP beneficiaries/clients routinely offered syphilis testing at the initial consultation and then routinely thereafter?	Y N	If N=Red

	Note: <i>If national guidelines do not recommend routine syphilis testing for KP = Y.</i>		
	If Y, then Q3		
Q3	Do beneficiaries/clients with STI signs or symptoms have access to STI treatment either onsite or through referral?	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q4		
Q4	<p><i>Review 10 beneficiary/client records (individual or logbook) from within the last three months.</i></p> <p>What percent of reviewed records have documentation of syndromic screening for STIs (e.g., vaginal or ureteral discharge, (ano) genital ulcer disease, or, for women, lower abdominal pain) at the last consultation?</p>	_____ %	<p>If <70%=Yellow</p> <p>If 70-89%=Light Green</p>
	If ≥90%, then Q5		
Q5	Is the service delivery point able to diagnose STIs using laboratory diagnostics (either on or off site)?	Y N	<p>If N=Light Green</p> <p>If Y=Dark Green</p>
	SCORE		

CEE #: C_4.04 [262] Monitoring Outreach for Key Populations [KP]

STANDARD: Each community assessment point serving a key population (sex workers, MSM, transgender or people who inject drugs) maintains a record of outreach services in order to monitor service uptake and repeat use of services by unique beneficiaries/clients. Records are kept private and secure.

Instructions: Does this assessment point conduct outreach services for key populations?

*If No, check NA, and **SKIP CEE.NA***

Comment:

	Question	Response	Scoring
Q1 	Is there a standardized system (paper or electronic system) to record outreach services delivered or supported by the assessment point?	Y N	If N=Red
	If Y, then Q2		
Q2 	Are data on outreach services delivered (paper or electronic) kept in a locked location and only accessible by staff?	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q3		

Q3	Can a report be generated to identify how many unique individuals received an outreach service by site?	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q4		
Q4	Do peer educators/outreach coordinators receive results of monitoring data on at least a quarterly basis to inform activity implementation?	Y N	If N=Light Green If Y=Dark Green
	SCORE		
CEE #: C_4.05 [263] Peer Outreach Management[KP]			
STANDARD: Each community assessment point provides peer educators with standardized supportive supervision, including mentorship and training to better perform their role in outreach. Supervision results are shared with peer educators to improve their outreach efforts.			
<i>Instructions: Does this assessment point conduct peer outreach services for key populations?</i>			
<i>If No, check NA, and SKIP CEE.</i>			
<i>NA <input type="checkbox"/></i>			
Comment:			
	Question	Response	Scoring
Q1	Do peer educators have a plan that includes peer education objectives, activities, and targets for outreach?	Y N	If N=Red

	If Y, then Q2		
Q2	Have peer educators received onsite outreach supervision at least once within the past 3 months?	Y N	If N=Red
	If Y, then Q3		
Q3	Are standard tools used to conduct outreach supervision?	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q4		
Q4	Are outreach supervision results documented and shared with peer educators?	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q5		
Q5	Are high performing peer educators recognized for outstanding performance, at least annually?	Y N	If N=Light Green If Y=Dark Green
	SCORE		

CEE #: C_4.06 [250] Family Planning/HIV Integration Service Delivery in Community Settings [KP]

STANDARD: Each service delivery point supporting services for this population provides access to high quality family planning (FP) *education and services*, directly or through referrals. The quality of the provision of these services are monitored at least quarterly.

Instructions: Only assess this CEE at an Organization Assessment Point + or a Service Delivery Point Level 1.

Does the community assessment point’s agreement with the prime partner or USG implementing agency include funding to support family planning education and services, directly or through referrals?

*If No, check NA, and **SKIP** CEE.*

NA

Comment:

	Question	Response	Scoring
Q1	Do trained community care providers deliver information on family planning, safe pregnancy, and available FP services to community members and groups?	Y N	If N=Red
	If Y, then Q2		
Q2	Do all community care providers provide referrals to a health facility for additional information on FP services and FP methods?	Y N	If N=Red
	If Y, then Q3		

Q3	Do health providers and/or supervisors conduct supportive supervision visits on at least a quarterly basis to monitor the quality of FP activities provided by community care providers?	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q4		
Q4	Is there a process for tracking FP referrals to confirm the beneficiary/client received the service, or is the service directly provided?	Y N	If N=Yellow
	If Y, then Q5		
Q5	Do community care providers directly provide family planning counseling and distribute family planning methods within the community?	Y N	If N=Light Green If Y=Dark Green
	SCORE		

CEE #: C_4.07 [264] Service Referral System [KP]

STANDARD: Service delivery points serving key populations (sex workers, MSM, transgender persons or people who inject drugs) that make referrals to other services (community and/or facility), track those referrals to support successful completion.

Instructions: Only assess this CEE at an Organization Assessment Point + or a Service Delivery Point Level 1.

Comment:

	Question	Response	Scoring
Q1	Is there a system in place to document referrals of beneficiaries/clients to facility- or other community-based services?	Y N	If N=Red
	If Y, then Q2		
Q2	When personal health information is transmitted as part of the referral, are beneficiaries/clients informed that information on their health will be shared and are they offered a chance to opt out of the inclusion of their personal health information? OR Is the referral tracking system designed so that no personal health information is collected?	Y N	If N to BOTH=Yellow
	If Y to EITHER, then Q3		

Q3 	Does the referral system include follow-up and documentation to determine if the beneficiary/client accessed the services provided by the referral?	Y N	If N=Yellow
If Y, then Q4			
Q4 	Are beneficiary/client referrals tracked using a unique identifier system?	Y N	If N=Light Green If Y=Dark Green
SCORE			

Source : enquête de terrain.

Annexe 13: Registre des obstacles à l'adhésion et des interventions (outil d'évaluation des risques et des interventions en l'endroit des défailants (LTFU))

INFORMATION DU CLIENT			
NUMÉRO DU CLIENT :		CENTRE DE SANTÉ :	
AGE :			
SEXE :			
RÉGIME ARV			
_____		Date de lancement : JJ / MM / AA	
_____		Date de lancement : JJ / MM / AA	
COUNSELING D'ADHÉRENCE SESSION 1 - PLANIFICATION DU CLIENT			
DATE: JJ / MM / AA	ÉTAPES DE LA VIE:	OBSTACLES	PLAN DU CLIENT / PLAN D'ACCOMPAGNEMENT
	Transport		
	Respecter les dates de rendez-vous et obtenir des recharges		
	Calendrier quotidien des médicaments FE		
	Stockage des médicaments		
	Voyager loin de l'habitation		
	Assistance sociale		
	Violence / menace de violence		
	Faire face aux effets secondaires		
	Communiquer avec l'équipe de traitement		
	Usage de substances		
Gestion des doses ratées			

INTERVENTIONS D'ASSISTANCE DES PRESTATAIRES	
OBSTACLES CLÉS	SERVICE/ OUTILS /SUPPORT
<input type="checkbox"/> Travailleur migrant	<input type="checkbox"/> Contacts téléphoniques réguliers / enregistrement des SMS. La fréquence: _____ <i>Confirmez quand le client prévoit de voyager, enregistrez ci-dessous.</i> <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence: ____ <input type="checkbox"/> Orientation vers une dispensation du TARV sur plusieurs mois (6 mois ou plus) <input type="checkbox"/> Planifier pour garantir l'accès au TARV au cours de son voyage <input type="checkbox"/> Identifier des contacts supplémentaires en cas de voyage / travail migrant
<input type="checkbox"/> Antécédents de la violence <input type="checkbox"/> Préoccupé par la divulgation de la violence	<input type="checkbox"/> Prévention de la violence / conseils d'intervention <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Consommation de stupéfiants	<input type="checkbox"/> Conseil en toxicomanie <input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers la désintoxication
SPÉCIFIQUE À LA POPULATION CLÉ	
<input type="checkbox"/> Risque de changer le lieu / lieu pour le travail du sexe <input type="checkbox"/> Antécédents d'arrestation / d'emprisonnement / de harcèlement de la police <input type="checkbox"/> Statut de la PC inconnue des partenaires / de la famille <input type="checkbox"/> PC Jeune / adolescente <input type="checkbox"/> Facteurs de risque composés (par exemple, travailleuse du sexe transgenre, sans-abri, interactions médicamenteuses	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial par un prestataire formé à la prestation de services de la PC <input type="checkbox"/> Prévention de la violence spécifique à la PC, conseil et soutien <input type="checkbox"/> Orientation vers une assistance juridique <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation de la famille/notification du partenaire et l'orientation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services d'assistance sociale (pour les adolescents, les sans-abri, etc.) <input type="checkbox"/> Orientation vers des soins cliniques spécialisés pour les femmes transgenres
avec l'hormonothérapie, etc.)	
<input type="checkbox"/> Pauvreté / Incapable de s'absenter au travail <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire / dispensation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services sociaux (par exemple, régime national d'assurance)
<input type="checkbox"/> Peur de la divulgation	<input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires
<input type="checkbox"/> Dépression / santé mentale	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial <input type="checkbox"/> Orientation vers un soutien professionnel en santé mentale
<input type="checkbox"/> Connaissance (comprendre le TARV et le VIH) <input type="checkbox"/> Mythes / croyances	<input type="checkbox"/> Éducation sur le VIH / TAR <input type="checkbox"/> Instructions écrites <input type="checkbox"/> Pilulier hebdomadaire pour les médicaments (fournir / recommander)
<input type="checkbox"/> Manque d'assistance sociale <input type="checkbox"/> Stigmatisation	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire / de soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Renvoi à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Fatigue du traitement // inconfort / effets secondaires	<input type="checkbox"/> Conseils sur la gestion des effets secondaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un clinicien <input type="checkbox"/> Aide à la navigation (accompagnement au rendez-vous avec le clinicien)
<input type="checkbox"/> Non national	<input type="checkbox"/> Interprétation linguistique / référence aux services appropriés
<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Autre
Priorité: <input type="checkbox"/> Risque élevé des rendez-vous ratés <input type="checkbox"/> Risque moins élevé des rendez-vous ratés	Commentaires:
Références:	Date de suivi : JJ/MM/AA Heure estimée de la journée : ____ Avant midi / Après-midi (encerclez une réponse)
Nom du prestataire (en lettres majuscules) :	Signature du prestataire :

SEANCE 2: CONSEIL SUR L'ADHÉSION	
DATE : JJ/MM/AA	
CHARGE VIRALE (SI CONNUE)	
_____ C/MM ³ DATE: JJ/MM/AA	
LES INTERVENTIONS DE SOUTIEN DES PRESTATAIRES	
OBSTACLES CLÉS	SERVICE/ OUTILS /SUPPORT
<input type="checkbox"/> Travail migrant	<input type="checkbox"/> Contacts téléphoniques réguliers / enregistrement des SMS. La fréquence : _____ <i>Confirmez quand le client prévoit de voyager, enregistrez ci-dessous</i> <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence : ____ <input type="checkbox"/> Orientation vers une dispensation de TARV sur plusieurs mois (6 mois ou plus) <input type="checkbox"/> Planifier pour garantir l'accès au TARV au cours de son voyage <input type="checkbox"/> Identifier des contacts supplémentaires en cas de voyage / travail migrant
<input type="checkbox"/> Antécédents de la violence <input type="checkbox"/> Préoccupé par la divulgation de la violence	<input type="checkbox"/> Prévention de la violence / conseils d'intervention <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Consommation des stupéfiants	<input type="checkbox"/> Conseil en toxicomanie <input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers la désintoxication
SPÉCIFIQUE À LA POPULATION CLÉ	
<input type="checkbox"/> Risque de changer le lieu / lieu pour le travail du sexe <input type="checkbox"/> Antécédents d'arrestation / d'emprisonnement / de harcèlement de la police <input type="checkbox"/> Statut de la PC inconnue des partenaires / de la famille <input type="checkbox"/> PC Jeune / adolescente <input type="checkbox"/> Facteurs de risque composés (par exemple, travailleuse du sexe transgenre, sans-abri, interactions médicamenteuses avec l'hormonothérapie, etc.)	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial par un prestataire formé à la prestation de services de la PC <input type="checkbox"/> Prévention de la violence spécifique à la PC, conseil et soutien <input type="checkbox"/> Orientation vers une assistance juridique <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation de la famille/notification du partenaire et l'orientation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services d'assistance sociale (pour les adolescents, les sans-abri, etc.) <input type="checkbox"/> Orientation vers des soins cliniques spécialisés pour les femmes transgenres
<input type="checkbox"/> Pauvreté / Incapable de s'absenter au travail <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire/dispense <input type="checkbox"/> Orientation vers les services sociaux (par exemple, le système d'assurance nationale)
<input type="checkbox"/> Peur de la divulgation	<input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation/notification du partenaire
<input type="checkbox"/> Dépression / santé mentale	<input type="checkbox"/> Assistance psychosociale <input type="checkbox"/> Orientation vers un soutien professionnel de la santé mentale
<input type="checkbox"/> Connaissance (comprendre le TARV et le VIH) <input type="checkbox"/> Mythes / croyances	<input type="checkbox"/> Éducation sur le VIH et la thérapie antirétrovirale <input type="checkbox"/> Instructions écrites <input type="checkbox"/> Boîte à pilules hebdomadaire pour les médicaments (prévoir/recommander)
<input type="checkbox"/> Manque d'assistance sociale <input type="checkbox"/> Stigmatisation	<input type="checkbox"/> Assistance psychosociale <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation/notification du partenaire <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire/de soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Orientation vers l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Fatigue du traitement // inconfort / effets secondaires	<input type="checkbox"/> Conseils sur la gestion des effets secondaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un clinicien <input type="checkbox"/> Assistance à la navigation (accompagnement au rendez-vous avec le clinicien)
<input type="checkbox"/> Non national	<input type="checkbox"/> Interprétation de la langue / orientation vers les services appropriés
<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Autres:
Priorité: <input type="checkbox"/> Risque élevé des rendez-vous ratés <input type="checkbox"/> Risque moins élevé des rendez-vous ratés	Priorité:
Références:	Date de suivi : JJ/MM/AA Heure estimée de la journée : ____ Avant midi / Après-midi (encercler une réponse)
Nom du prestataire (en lettres majuscules) :	Signature du prestataire :

SÉANCE 3: CONSEIL DE L'ADHÉSION	
DATE : JJ/MM/AA	
CHARGE VIRALE (SI CONNU)	
_____ C/MM ³ DATE : JJ/MM/AA	
LES INTERVENTIONS DE SOUTIEN DES PRESTATAIRES	
OBSTACLES CLÉS	SERVICE/ OUTILS /SUPPORT
<input type="checkbox"/> Travail migrant	<input type="checkbox"/> Contacts téléphoniques réguliers / enregistrement des SMS. La fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence _____ <i>Confirmez quand le client prévoit de voyager, enregistrez ci-dessous.</i> <input type="checkbox"/> Rappels de rendez-vous par SMS / téléphone. La fréquence : _____ <input type="checkbox"/> Orientation vers une dispensation de TARV sur plusieurs mois (6 mois ou plus) <input type="checkbox"/> Planifier pour garantir l'accès au TARV au cours de son voyage <input type="checkbox"/> Identifier des contacts supplémentaires en cas de voyage / travail migrant
<input type="checkbox"/> Antécédents de la violence <input type="checkbox"/> Préoccupé par la divulgation de la violence	<input type="checkbox"/> Prévention de la violence / conseils d'intervention <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Consommation des stupéfiants	<input type="checkbox"/> Conseil en toxicomanie <input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers la désintoxication
SPÉCIFIQUE À LA POPULATION CLÉ	
<input type="checkbox"/> Risque de changer le lieu / lieu pour le travail du sexe <input type="checkbox"/> Antécédents d'arrestation / d'emprisonnement / de harcèlement de la police <input type="checkbox"/> Statut de la PC inconnue des partenaires / de la famille <input type="checkbox"/> PC Jeune / adolescente <input type="checkbox"/> Facteurs de risque composés (par exemple, travailleuse du sexe transgenre, sans-abri, interactions médicamenteuses avec l'hormonothérapie, etc)	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial par un prestataire formé à la prestation de services de la PC <input type="checkbox"/> Prévention de la violence spécifique à la PC, conseil et soutien <input type="checkbox"/> Orientation vers une assistance juridique <input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation de la famille/notification du partenaire et l'orientation <input type="checkbox"/> Orientation vers les services d'assistance sociale (pour les adolescents, les sans-abri, etc.) <input type="checkbox"/> Orientation vers des soins cliniques spécialisés pour les femmes transgenres
<input type="checkbox"/> Pauvreté / Incapable de s'absenter au travail <input type="checkbox"/> Transport <input type="checkbox"/> Statut d'assurance	<input type="checkbox"/> Identification d'un compagnon de traitement / autre soutien social <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire/dispense <input type="checkbox"/> Orientation vers les services sociaux (par exemple, le système d'assurance nationale)
<input type="checkbox"/> Peur de la divulgation	<input type="checkbox"/> Conseil sur la divulgation/notification du partenaire
<input type="checkbox"/> Dépression / santé mentale	<input type="checkbox"/> Assistance psychosociale <input type="checkbox"/> Orientation vers un soutien professionnel de la santé mentale
<input type="checkbox"/> Connaissance (comprendre le TARV et le VIH) <input type="checkbox"/> Mythes / croyances	<input type="checkbox"/> Éducation sur le VIH et la thérapie antirétrovirale <input type="checkbox"/> Instructions écrites <input type="checkbox"/> Boîte à pilules hebdomadaire pour les médicaments (prévoir/recommander)
<input type="checkbox"/> Manque d'assistance sociale <input type="checkbox"/> Stigmatisation	<input type="checkbox"/> Conseil psychosocial <input type="checkbox"/> Conseils sur la divulgation / notification aux partenaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un groupe d'adhésion communautaire / de soutien par les pairs <input type="checkbox"/> Renvoi à l'aide juridique
<input type="checkbox"/> Fatigue du traitement // inconfort / effets secondaires	<input type="checkbox"/> Conseils sur la gestion des effets secondaires <input type="checkbox"/> Orientation vers un clinicien <input type="checkbox"/> Assistance à la navigation (accompagnement au rendez-vous avec le clinicien)
<input type="checkbox"/> Non-national	<input type="checkbox"/> Interprétation de la langue / orientation vers les services appropriés
<input type="checkbox"/> Autres:	<input type="checkbox"/> Autres:
Priorité: <input type="checkbox"/> Risque élevé des rendez-vous ratés <input type="checkbox"/> Risque moins élevé des rendez-vous ratés	Priorité:
Références:	Date de suivi : JJ/MM/AA Heure estimée de la journée : ____ Avant midi / Après-midi (encercler une réponse)
Nom du prestataire (en lettres majuscules) :	Signature du prestataire:

Annexe 14 : Outil d'évaluation QA/QI

STANDARDS	Copies à fournir	RESPONSABLES	SUPERVISION
Beneficiary/client rights and stigma and discrimination	<p>1-agrandir et imprimer sur format A2 les messages sur la non-discrimination et sur les droits des clients.</p> <p>2-Faire une copie des différentes conventions sur des droits des femmes et autres violences.</p> <p>3-Archiver les rapports de causerie de l'expert juriste.</p> <p>4-Faire des copies des fiches de consentement éclairé signé par les bénéficiaires.</p> <p>5-Faire une copie des rapports des réunions d'imprégnation annuelle et TDR et agenda de la réunion.</p> <p>6-Documenter une fiche de décharge de réception du code éthique par tout le staff.</p> <p>7-Présenter les attestations de fin de formation du staff sur les droits humains, la violence et la discrimination.</p> <p>8-Présenter la boîte à suggestion.</p> <p>9-Procéder au dépouillement de la boîte à suggestion.</p> <p>10-Présenter le rapport de dépouillement présentant les actions prises pour remédier aux suggestions des clients.</p>	Point focal plaidoyer	M&E

Annexe 15: Fiche de suivi externe de QA/QI**SERVICE : RECEPTION**

Questionnaire:

1) Nouveau [] ou ancien []

2) Sexe : F [] ou M [].

3) Age : a)-15ans b) 16-17ans c)18-25ans d) 26-35ans e)36-50ans f) 51-70ans.

3) Service désiré? a)Dépistage b) traitement c) prendre le kit

4) Que pensez- vous des services offerts à la réception ?

a)Bon b) Mauvais c)lente ;d) passable

5) Que faut- il améliorer dans le service pour mieux vous satisfaire ?

6) Que suggérez- vous à Horizons Femmes comme activité(s) pouvant participer à votre épanouissement personnel ?

7) quel autre type de service aimeriez-vous recevoir d'Horizons Femmes ?

8) Aimerez-vous toujours être servi par la réceptionniste qui vous a reçu ? OUI [] NON []
Pourquoi ?_____.

9) Aimez- vous la localisation de Horizons femmes ? OUI [] NON []. Si non pourquoi ?

10) êtes- vous confortable avec les horaires des services de HORIZONS FEMMES .OUI []
NON [].Si non quel horaires pouvez-vous suggérer ?_____.

Merci de le mettre dans la boîte à suggestion.

Fiche de suivi de QA/QI de laboratoire

Sexe : Homme ; Femme

Age : 15 - 19 ; 20 – 24 ; 25 – 29 ; 30 – 34 ; 35 – 39 ; 40 – 44 ; 45 – 49 ; 50 ans et plus

1) Comment trouvez- vous la qualité de services au laboratoire ? a) bon ; b) mauvais ; c) passable .pourquoi ?_____

2) Comment avez-vous trouvé l'atmosphère du laboratoire ? a) propre ; b) sale. 287

3) Quelle est la lettre de la personne qui vous a pris en charge : A ; B ; C ; D ; E ; F au laboratoire et avez-vous aimé la façon dont il ou elle vous a traité, pourquoi?
_____.

4) Avez-vous reçu un counseling au laboratoire ? OUI ; NON. Avez-vous aimé ?
Pourquoi ?_____.

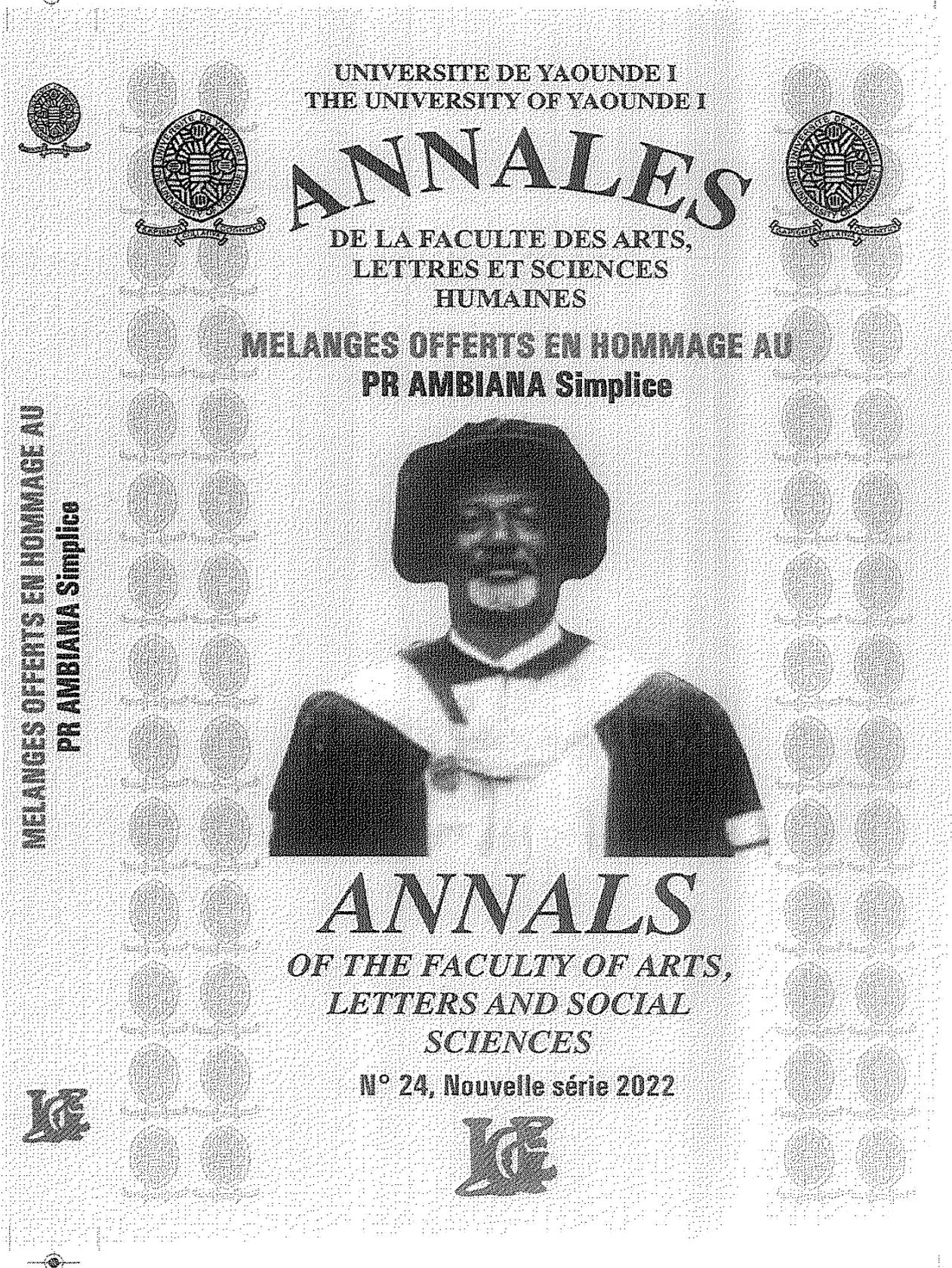
5) Selon-vous que faut-il améliorer dans les services. -----

6) Quelle note donnerez-vous sur 10 aux services du laboratoire_____.

NB : SVP, les clients pour les dépistages doivent retenir les lettres des membres du personnel qui les prendront en charge au laboratoire.

Merci de le mettre dans la boîte à suggestion.

Annexe 16: Article Scientifique Publié



UNIVERSITE DE YAOUNDE I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

ANNALES

DE LA FACULTE DES ARTS,
LETTRES ET SCIENCES
HUMAINES

MELANGES OFFERTS EN HOMMAGE AU
PR AMBIANA Simplicie



ANNALS

OF THE FACULTY OF ARTS,
LETTERS AND SOCIAL
SCIENCES

N° 24, Nouvelle série 2022

MELANGES OFFERTS EN HOMMAGE AU
PR AMBIANA Simplicie



UNIVERSITE DE YAOUNDE I / THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
ANNALES DE LA FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
 N° 23, Nouvelle série 2021, Premier semestre
 ANNALS OF THE FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCES

Patronage : Professeur Maurice Aurélien SOSSO, Recteur de l'Université de Yaoundé I

Directeurs émérites, anciens Doyens : Jean Felix LOUNG (†), Pierre NGIJOL NGIJOL (†) Emmanuel SOUNDJOCK SOUNDJOCK (†) Joseph MBOUL (†) MBASSI MANGA (†) Martin NJEUMA (†), Joseph Marie ESSOMBA (†), Jean Louis DONGMO, Emmanuel GWAN ACHU (†), ANDRE Marie NTSOBE (†), Daniel ABWA, Richard Laurent OMGBA, Lucien AYISSI.

Comité de direction : Pr. Christiane Félicité EWANE épouse ESSOH Doyen, Pr. Valentine UBANAKO, Vice-Doyen ; Pr. Roger Bernard ONOMO ETABA, Vice-Doyen ; Pr. PAKI MATIO Rosine épouse SALÉ, Vice-Doyen ; Pr. Vandelin MGBWA, C/DAASR.

Directeur de publication : Pr. Christiane Félicité EWANE épouse ESSOH, Doyen de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines, Université de Yaoundé I.

Rédacteur en Chef : Pr. Valentine UBANAKO, Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération, Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines.

Comité Scientifique :

Université de Yaoundé I : Christiane Félicité EWANE épouse ESSOH, Pr. Lucien AYISSI, Pr. Louis Martin ONGUENE ESSONO, Pr. Richard Laurent OMGBA, Pr. Daniel ABWA, Pr. Emmanuel GWAN ACHU, Pr. Jean-Louis DONGMO, Pr. David SIMO, Pr. Sosthène ONOMO ABENA, Pr. Edmond BILOA, Pr. TANGWA Godfroy BANYUY, Pr. Simplicie AMBIANA, Pr. Charles ALOBWEDE D'EPHE, Jean Jacques Marie ESSONO, Pr. Raymond MBEDE, Pr. VERKIJIKA FANSO, Pr. Jean TABI MANGA, Pr. Guillaume BWELE, Pr. MBONDJI EDJENGUELE, Pr. Robert NDEBI BIYA, Pr. André NTONFO, Pr. KENGNE FODOUOP, Pr. MAURICE TSALEFAC, Pr. Valentin NGA NDONGO, Pr. Marcelline NNOMO, Pr. Jacques-Philippe TSALA TSALA, Pr. Alphonse Joseph TONYÉ, Pr. Pius ONDOUA, Pr. HUBERT MONO NDZANA, Pr. SAMMY BEBAN CHUNBOW, Pr. MUTAKA NGESSIMO, Pr. Barnabé MBALLA ZÉ, Pr. Jean Paul KOUEGA, Pr. Joseph DONG'AROGA, Pr. Alexandre KUMA NDOUMBE III, Pr. Marie-Thérèse BISSA ENAMA, Pr. Joseph Marie ZAMBO, Pr. René Joly ASSAKO ASSAKO, Pr. Paul TCHAWA, Pr. Joseph Gabriel ELONG, Pr. ECHU George ECHU, Pr. Zachée Denis BITJA'A KODY, Pr. Jean Claude MBARGA, Pr. Gabriel MBA, Pr. Albert Pascal TEMGOUA, Pr. SIMO MBOBDA, Pr. MBOL NANG, Pr. Philippe Blaise ESSOMBA, Pr. Roger NGOUFO, Pr. John NKEMNGONG NKENGASONG, Pr. DJOCKOUA MANYAKA TOKO, Pr. Moïse MOUPOU, Pr. Faustin MVOGO, Pr. Stephen MFORTEN AMBE, Pr. Paul ZANG, Pr. Roger ONOMO ETABA, Pr. Gérard-Marie NOUMSI, Pr. Germain Moïse EBA'A, Pr. Christine ONGUENE ESSONO, Pr. Désiré ATANGANA KOUNA.

Université de Douala : Pr. Rémy Silvestre BOUELET, Pr. SAME KOLE, Pr. Joseph NSAME MBONGO, Pr. Margaret NJIKAM, Pr. Emmanuel KAMDEM,

Université de Bamenda : Pr. ADAMU PANGMESH, Pr. NGONG TOH Kelvin

Université de Buea : NOL ALEMBONG, Pr. Cornelius LAMBI, Pr. FONKENG EPAH Georges.

Université de Dschang : Pr. Carl EBOBISSÉ, Pr. Martin KUETE, Pr. Charles Robert DIMI.

Université de Yaoundé II/ SOA : Pr Laurent Charles BOYOMO ASSALA,

Comité de lecture : Pr Georges ECHU, Pr. Gérard Marie NOUMSSI, Pr. Marcelin VOUNDA.

Équipe Technique : M. EDZIMBI FOUA Christ, Mme André Suzanne NGAH NOGO,

M. Joachim Désiré ENDOUGOU ATANGANA, Dr. TAMBU MBA.

EDITORIAL ANNALE N°24

La Faculté des Arts, Lettres, et Sciences Humaines présente ce 24^{ème} numéro des Annales constitué de 14 articles, qui, se prononcent sur les questions, de langues et linguistique, de littérature et civilisation, des sciences humaines et sociales et aussi sur la question de l'éducation. De façon exceptionnelle, ce numéro fait honneur au Professeur AMBIANA Simplicie décédé le 05 octobre 2021. Pourvu d'un grand contenu intellectuel ce numéro marque son importante contribution pour le rayonnement de l'Université de Yaoundé I et pour le développement du Cameroun.

Auguste Léopold MBONDE MOUANGUE

Revient sur l'épopée de *Jèki la Njambé Inono*. En effet, c'est un moyen de communication utilisé par les peuples forestiers de l'Afrique équatoriale. Sa performance, qui se fonde sur un modèle particulier de communication culturelle est un moment d' " exhibition " de la personne de l'énonciateur, c'est-à-dire de son potentiel capitalisable ; les essentialistes parleront de son énergie vitale. Jèki répond donc à des rituels de profération relativement stricts, au nombre desquels se trouve la personnalité du récitant. Seul un maître de la parole dont l'art est incontesté reçoit la visite du notable commanditaire de la performance.

ZUHMBOCHI Eric Nsuh, Département Littérature et Civilisations Africaines

L'auteur parle dans son article de l'impact marquant de la culture coloniale sur la culture africaine d'hier à aujourd'hui. En effet, il se dégage une forte influence négative au regard des changements, de la transformation de la langue, des habitudes africaines postcoloniales. Au-delà d'une transformation de la culture africaine, l'auteur pense qu'il s'agit d'une destruction du patrimoine africain.

Dr BAZYOMO Emile Pierre , Dr BATCHO Dognon Lucien, Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

Les auteurs pensent que la communication interne ne bénéficie pas d'intérêts dans les organisations. Le défaut de communication a entraîné de lourds dysfonctionnements au sein des organisations burkinabè au cours de la dernière décennie. En dépit de la rareté des mouvements sociaux, les imaginaires et les pratiques de communication interne des acteurs sont aux antipodes des paradigmes du management total.

GRAYO Jocelyn (gravojo@yahoo.fr), Université de Bangui

L'auteur revisite tous les phénomènes sociaux sournois et protéiformes, et pense que la rumeur et la dérision gagnent tous les milieux grâce à de nombreux procédés rhétoriques. La rumeur comme la dérision sont manifestes dans le roman postcolonial ; cependant les périodes de crise n'en demeurent épargnées, puisqu'elles finissent par devenir une décharge libératrice

ROSALYN MUTIA, département d'anglais

La représentation des femmes passe d'une présentation comme simples objets du désir sexuel masculin, de l'utilisation et de l'abus, à celle de femmes puissantes qui subvertissent la domination masculine et cherchent à prendre le contrôle, et enfin au portrait des femmes comme leaders qui ont pénétré l'arène politique avec une immanence divine par laquelle elles décrètent un nouvel ordre politique. L'auteur démontre donc la place de choix de la femme dans nos sociétés modernes contemporaines. Il faut donc se séparer de l'idée primitive de la femme qui la limite à la seule tâche libidinale.

FOSSI ACHILE, Département Etudes Bilingues

L'auteur revisite succinctement les grandes lignes des politiques linguistiques (pour ce qui est spécifiquement de l'usage de l'anglais et du français) en vigueur au Cameroun depuis l'époque coloniale jusqu'à nos jours, cet article effectue de façon successive une présentation du statut actuel de ces deux langues coloniales dans différents domaines de la société camerounaise pour justement établir et expliquer l'étroite connexion, et montrer finalement l'influence diachronique du poids des rapports sociohistoriques sur la trajectoire sociolinguistique camerounaise.

Philippe NGUEMETA, Département de philosophie,

L'auteur parle de l'historicisme de Karl Marx. Ce dernier opte pour la résolution par des méthodes rationnelles les problèmes sociaux les plus aigus de son temps. Pour l'auteur, l'historicisme de Karl Marx qui prédit l'évolution de l'économie et la lutte

pour la conquête du pouvoir est vivement critiqué par Karl Proper qui le traite de faux prophète.

Guyleine Léonelle NTOUTOU, Département de Sociologie/Université de Yaoundé I, Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO, Département de sociologie/ Université de Yaoundé I,

Pour nos auteurs, le VIH et le SIDA représentent encore un véritable problème de santé publique dans l'espace international et national en dépit des moyens colossaux mis en oeuvre pour les combattre. L'Etat assisté par le secteur privé à travers certains organismes et associations à l'instar de Horizons Femmes prend en charge toutes les couches sociales même celles dont le taux de séroprévalence est préoccupant. Malheureusement, cette étude montre que l'action menée par l'Etat et ses partenaires est incomplète face aux problèmes de l'environnement social

Josué NGNOMBOUOWO TENKUE, Université de Yaoundé I, Vandelin MGBWA, Université de Yaoundé I, Isabelle ROSKAM, Université Catholique de Louvain,

Il est question dans cet article de l'enfant TDAH (Trouble Déficitaire avec Hyperactivité). Alors, assigné à l'enfant TDAH une place dans le système, l'analyse de ce statut laisse émerger un paradoxe entre la volonté d'intégration et le maintien de sa différence comme quelque chose d'inassimilable. Alors que pour certain opinion l'enfant TDAH peut être assimilé à un incassable, bouscule les limites du possible, c'est parce qu'il donne l'impression d'un dynamisme destabilisant, d'une menace du système. Cependant, l'assignation à son statut d'incassable, sous l'unique prétexte que son trouble est la preuve de ce que le professionnel de l'accompagnement aimerait voir établir pour référence et pour norme, constitue une déchirure de l'être.

ANTANG YAMO, Département d'Anthropologie, UYEI

L'auteur soulève la problématique de la violence faite aux femmes en milieu conjugal. C'est ainsi que deux appréhensions se dégagent. Dans un premier temps, il pense que les violences dans la littérature globale consacrée, sont considérées à partir du prisme quelque peu déformant et spéieux des femmes battues et des hommes violents. Dans cette posture, c'est la violence physique exercée sur la femme par son conjoint qui retient l'attention. Dans un second temps, les violences conjugales s'apparentent plutôt comme une galanterie masculine dans les cultures camerounaises, une forme de séduction usuelle dans les socio-cultures Béti et Maka, qui participent de l'accomplissement sentimental et de la stabilité d'un foyer.

KEMING David Nchinda, Département d’Histoire

L’auteur revient sur la crise qui sévit dans les régions du nord-ouest et du sud-ouest Cameroun. Il établit les différentes responsabilités notamment la responsabilité du gouvernement Camerounais et la responsabilité des puissances étrangères à l’instar de la France, l’Angleterre et l’ONU. Par la suite, David Nchinda essaye de comprendre l’évolution de cette crise anglophone afin de proposer les solutions.

Nicolas Thierry ONOMO MBASSI, Département d’Histoire

L’auteur remet en question la périurbanisation de la ville de Yaoundé et établie que l’analyse de celle-ci passe nécessairement par la prise en compte de son environnement rural. Force est de constater que, l’étalement de la ville vers ses périphériques crée des tensions foncières dont la résolution butte aux enjeux pluriels. Pour le comprendre, il faut analyser les limites de la périurbanisation d’une part, les dynamiques et les enjeux de la gestion foncière entre 1980 à 2018 d’autre part.

AMSHETU MELO FORCHU NKEMLEKE, Faculté des Sciences de l’Education

L’auteur se penche sur la question du Covid-19 en milieu universitaire. En effet, avec la Covid-19, l’on est passé à un mode d’apprentissage digital. La lecture de cet article nous renseigne que, les étudiants camerounais caractérisés par une faible culture numérique (internet, appareils et téléphones androïdes) rencontrent d’énormes difficultés dans le suivi des cours en ligne au regard des statistiques. L’auteur fait un appel fort aux pouvoirs publics et propose des solutions clés afin de résoudre ce problème.

MEDIEBOU ROSE, Département de Géographie

La terre est un facteur de production pour de nombreux paysans dont l’agriculture constitue la principale activité économique. L’auteur soulève donc l’importance de la terre pour les cultivateurs majoritairement regroupés dans les zones forestières du Cameroun. La femme est donc un acteur principal dans la culture de substitution suite à la crise des cultures d’exportation. Il faut donc que tous les acteurs se mobilisent pour la recherche des solutions durables afin de limiter les difficultés foncières des femmes rurales.

Pr Christiane Félicité EWANE Epse ESSOH
Directeur de Publication

DETERMINANTS DES RECOURS THERAPEUTIQUES CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SEROPOSITIVES DANS LE CADRE DU PROJET « CHAMP »

Guyleine Léonelle NTOUTOU

Département de Sociologie/Université de Yaoundé I

E-mail : guyleinentoutou@yahoo.fr

Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO

Département de sociologie/ Université de Yaoundé I

E-mail : feudjiob@yahoo.fr

Résumé

Le VIH et le SIDA représentent encore un véritable problème de santé publique. Malgré trois décennies de lutte pour leur éradication, ils constituent toujours une réelle menace pour la communauté internationale en général et pour le Cameroun en particulier. Plusieurs programmes et projets ont été implémentés par les acteurs du secteur public (Ministère de la santé publique) et par les acteurs du secteur privé à l'instar des organismes nationaux et internationaux, des Organisations Non Gouvernementales et des associations. L'association à but non lucratif Horizons Femmes par exemple, au travers du projet « CHAMP », œuvre dans la prise en charge des Travailleuses de Sexe qui, selon le Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS), enregistre un taux de séroprévalence inquiétant de 36,7. Etant donné que l'activité à laquelle se livre ce groupe à «haut risque» les met en interaction permanente avec les autres couches sociales, l'analyse des déterminants qui alimentent leurs recours thérapeutiques ainsi que leur prise en charge dans le cadre du projet « CHAMP », retiennent l'attention. Les principaux résultats de la présente étude sociologique menée auprès de 100 travailleuses de sexe montrent que les choix thérapeutiques de ces dernières n'obéissent pas toujours aux orientations prescrites par le personnel biomédical, en raison des facteurs relevant à la fois de leur environnement social et des contraintes structurelles liées à l'accès aux soins de santé dans les institutions hospitalières au Cameroun.

Mots clés : Déterminants ; Recours thérapeutiques ; travailleuses de sexe séropositives ; projet « CHAMP ».

Abstract

HIV and AIDS still represent a real public health problem. Despite three decades of struggle for their eradication, they still constitute a real threat to the international community in general and to Cameroon in particular. Several programmes and projects have been implemented by public sector actors (Ministry of Public Health) and by private sector actors such as national and international bodies, non-governmental organisations and associations. The non-profit association Horizons Femmes, for example, through the "CHAMP" project, works in the care of sex workers who, according to the National AIDS

Control Committee (CNLS), have a worrying seroprevalence rate of 36.7. Given that the activity in which this "high-risk" group engages puts them in permanent interaction with other social strata, the analysis of the determinants that fuel their therapeutic recourse as well as their care within the framework of the "CHAMP" project, are of particular interest. The main results of the present sociological study conducted among 100 HIV-positive sex workers show that their therapeutics' choices do not always follow the guidelines prescribed by biomedical staff, due to factors related to both their social environment and structural constraints related to access to health care in hospital institutions in Cameroon.

Key Words: *Determinants; Therapeutic recourse; HIV-positive sex workers; "CHAMP" project.*

INTRODUCTION

Depuis les années 1980, parmi les défis auxquels la communauté internationale est confrontée, se trouvent le VIH et le SIDA. Les aspects liés à la prévention ou à la prise en charge continuent d'attirer l'attention et de mobiliser divers acteurs internationaux et nationaux. Selon les données de l'ONU/SIDA (2020), parmi les catégories sociales les plus exposées au risque de contracter l'infection à VIH, se trouvent les Travailleuses de Sexe et leurs clients. Cette cible dénommée « population à haut risque » présente un taux de séroprévalence particulièrement inquiétant. En contexte camerounais, selon le Comité National de Lutte contre le SIDA, les travailleuses de sexe couvrent un taux de séroprévalence s'élevant à 37 contre le faible taux national qui reste limité à 3,1.

La prévalence du VIH bien qu'ayant régressé, est restée cependant élevée dans certains groupes à « haut risque » et notamment chez les travailleuses de sexe (TS). Lors des enquêtes préliminaires, il a été demandé aux personnels de prise en charge du projet «CHAMP» quelles étaient les principales difficultés qu'ils rencontraient dans la prise en charge des travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives ; la réponse récurrente a été, le recours par les TS à d'autres types de thérapies parallèles. Pourtant, en examinant le Standard Operating Procedure (outil) du counseling, aucune question ne permettait de rechercher les causes ou les raisons qui poussent ces travailleuses de sexe à recourir à d'autres itinéraires thérapeutiques. De plus, les services qui leur sont offerts par le projet « CHAMP » sont supposés être gratuits. Il s'est avéré donc pertinent de comprendre pourquoi ces travailleuses de sexe continuent de recourir à d'autres trajectoires thérapeutiques parallèles alors même que le projet CHAMP leur offre une prise en charge gratuite ? L'intérêt de l'analyse des recours thérapeutiques chez les travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives et prises en charge dans le cadre du projet « CHAMP » réside ainsi dans la volonté de comprendre quels en sont les différents déterminants.

MÉTHODOLOGIE

La présente réflexion est une économie partielle d'un travail plus profond mené dans le cadre d'une thèse de Doctorat/Ph.D en sociologie de la santé. L'objectif spécifique documenté ici est principalement de comprendre les déterminants des recours thérapeutiques chez les travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives suivies dans le cadre du projet « CHAMP ».

Etayée par une approche socio-anthropologique meublée à partir de « la théorie des représentations sociales » (Jodelet,1989), (Abric,1988) et (Moscovici, 1961) et de « l'individualisme méthodologique » (Boudon, 1965) cette analyse met en exergue en contexte camerounais, les logiques et les pratiques qui structurent les choix thérapeutiques des travailleuses de sexe séropositives suivies dans le cadre du projet

« CHAMP » ; de même que les différentes perceptions qui en découlent, face à un environnement pluriel d'offres thérapeutiques.

Les résultats présentés ont été obtenus à partir des observations documentaires, des observations directes, des entretiens semi-directifs issus d'un processus itératif, des récits de vie, des questionnaires et des discussions informelles menées auprès des travailleuses de sexe séropositives, des travailleuses de sexe perdues de vue, du personnel de prise en charge d'Horizons Femmes à savoir les Chargés de la Mobilisation Communautaire (CMC), les Conseillers Relais (CR) travaillant dans les différentes Unités de Prise En Charge logées dans les formations sanitaires de la ville de Yaoundé, les Pear leader (PL), les Assistantes Sociales (AS) ou Case Manager (CM), les Conseillères Psycho-sociales (CPS), la réceptionniste, les infirmières, les techniciens de laboratoire, les médecins responsables de la prise en charge des travailleuses de sexe séropositives et les responsables du projet « CHAMP » à Horizons Femmes notamment la DIC Manager. Le recours à plusieurs techniques de collecte des données et à plusieurs catégories d'informateurs justifient non seulement la dimension mixte (qualitative et quantitative) de la démarche de ce travail mais surtout la volonté de trianguler les sources et les données analysées. Le principe de la saturation a permis de limiter l'échantillon à 100 TS et une vingtaine d'autres catégories d'informateurs. Les aspects éthiques ont été pris en compte. Une clairance éthique a été obtenue auprès de la Délégation Régionale de la santé pour le Centre et sur le terrain, les principes de confidentialité et d'anonymat ont été valorisés pour protéger l'identité des TS. Dans ses principaux résultats, la présente réflexion identifie premièrement les différents recours thérapeutiques des travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives et suivies dans le cadre du projet « CHAMP ». Deuxièmement, l'analyse renseigne sur les déterminants des recours thérapeutiques de ces travailleuses de Sexe ainsi que les différentes perceptions développées par elles autour des prestations sanitaires offertes par Horizons Femmes.

I. PRÉSENTATION DU PROJET « CHAMP »

Le projet "Continuum of Prevention, Care and Treatment with Most at-risk Populations (CHAMP), est financé par United States Agency for International Development (USAID), implémenté par Care International au Cameroun en collaboration avec PEPFAR, Johns Hopkins University (JHU), Global Viral (GV), Moto Action (MA), Cameroon National Association for Family Welfare (CAMNAFAW), Society for Women and Aids in Africa (SWAA)-Littoral et six Organisations à Base Communautaires (OBC) à savoir Alternative Cameroon, Association d'Assistance pour le Développement (ASAD), Cameroon Medical Women's Association (CMWA), Humanity First Cameroun et Horizons Femmes. Lors de son lancement, le projet avait une durée de 05 ans (2014-2019). Cependant, la durée de ce projet s'est vue rallongée jusqu'à ce jour. Son objectif est de réduire la mortalité et la morbidité liées aux infections à VIH/IST et de réduire l'impact du VIH sur le développement socio-économique du Cameroun. Pour ce faire, plusieurs activités ont été mises en œuvre et ce, selon les volets : prévention, dépistage et suivi, le lien au traitement (soins), soutien et accompagnement. Le projet « CHAMP » cible principalement les populations clés que sont : les travailleuses de sexe (TS) et leurs clients (CTS) ainsi que les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres Hommes (HSH). Ce projet a également créé des partenariats pour orienter les orphelins et enfants vulnérables (OEV), adolescents et jeunes femmes liés aux populations clés bénéficiant des services du programme.

II. DE L'IDENTIFICATION À LA DESCRIPTION DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUIVIES DANS LE CADRE DU PROJET « CHAMP »

Les enquêtes de terrain menées ont permis de faire le constat selon lequel, certaines travailleuses de sexe font des « va » et « vient » thérapeutiques. En effet, pendant qu'elles suivent un traitement à l'hôpital, au même moment, elles utilisent des écorces ou elles font de l'automédication posant ainsi le problème du pluralisme thérapeutique.

II.1. L'automédication

L'automédication, que ce soit avec les médicaments ou avec les remèdes traditionnels reste le premier recours thérapeutiques chez les malades. Selon les résultats des enquêtes menées dans le cadre de cette analyse, sur les 100 travailleuses de sexe interrogées sur leur recours thérapeutiques, 55 ont affirmé recourir à l'automédication. Ce recours à l'automédication apparaît comme le mode de cette série statistique, la modalité qui a le plus grand effectif. Elle enregistre ainsi un taux de 55 % et ce, malgré les différentes mises en garde du personnel soignant. C'est dire en d'autres termes que plus de la moitié des travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives suivies dans le cadre du projet « CHAMP » recourent à l'automédication.

II.2. La tradipratique ou l'ethnomédecine

Les enquêtes menées ont relevé que le recours à la médecine traditionnelle n'avait rien à voir avec l'ignorance caractérisée de certaines travailleuses de sexe comme on pourrait le croire. En effet, sur les 100 interrogées, seulement 5 ont affirmé recourir à la médecine traditionnelle pour se faire soigner, soit 5%. De plus, à partir des entretiens menés, ces cinq travailleuses de sexe ont affirmé recourir à cette trajectoire thérapeutique non pas parce qu'elles pensent que le Sida n'existe pas ou qu'il est une maladie mystique, mais c'est davantage parce que selon elles, le recours aux écorces et aux plantes fait partie de leur socio-culture. Pour elles, ces remèdes sont « naturels » et donc plus efficaces. D'où cette affirmation : *Pour moi, les écorces de chez nous sont même plus efficaces que ce qu'on nous donne là et ça soigne beaucoup de maladie¹.*

En d'autres termes, pour ces répondantes, c'est tout à fait « normal » de recourir à la tradipratique malgré les risques que cela pourrait avoir sur leur prise en charge compte tenu de leur statut sérologique. Contrairement à ce qui est communément admis au sujet du VIH/SIDA et de ses diverses représentations, force est de constater que les résultats de cette enquête au sujet de la prise en charge des travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives, révèlent que le pourcentage de celles qui recourent à la médecine traditionnelle est relativement faible. Aussi, révèlent-ils que les 5% des travailleuses de sexe qui recourent à cette trajectoire thérapeutique ne le font pas pour des raisons liées à la perception qu'elles ont du VIH/SIDA, mais davantage à la qualité des services délivrée chez le tradipraticien. En effet, MONTEILLET(2005) l'a démontré dans ses recherches en affirmant que, les malades et leurs proches recourent souvent aux services du « nganga » ou du tradipraticien, du fait de la convivialité qui y règne et qui n'est pas toujours au point dans les structures sanitaires modernes. Il a pris le cas de la gratuité du logement qui est un fait chez les tradipraticiens. Aussi, faut-il ajouter que cette constatation n'a rien à voir avec l'appartenance confessionnelle ou l'origine ethnique. En plus, lors des entretiens, certaines travailleuses de sexe ont insisté sur le fait que le médecin leur avait formellement proscrit le recours aux

écorces car, d'après leurs dires, elles pouvaient avoir un impact néfaste sur leur prise en charge. Ce qui atteste que celles qui recourent aux écorces le font en connaissance de cause. Voici les propos de l'une d'elles :

Les plantes, les écorces et produits du village sont bio et même mieux que ceux de l'hôpital et ça soigne tellement de chose. C'est seulement que les gens ne savent pas ça. Mon médecin dit que ça va beaucoup me déranger si je mélange avec nos remèdes-ci. Mais moi je ne peux pas laisser c'est aussi notre tradition.ⁱⁱ

II.3. Les thérapies religieuses

En Afrique, les champs d'analyse d'une maladie ainsi que l'interprétation qu'on en fait relèvent encore d'un certain nombre de croyances magico-religieuses. Sur le terrain des soins de santé ou de la prise en charge des maladies, de nos jours, l'offre thérapeutique émanant des Églises pentecôtistes et des groupes charismatiques met de plus en plus en péril aussi bien les recours traditionnels que les services hospitaliers. Ainsi, l'émergence en contexte africain en général et camerounais en particulier de Nouveaux Mouvements Religieux qui alimentent de nouvelles manières de penser et d'agir en société, nécessite de faire l'objet d'une analyse sur la relation qui existe entre la religion et la santé. Etant donné que jusqu'à ce jour il n'existe toujours pas de traitement définitif du VIH/SIDA permettant de recouvrer complètement la guérison, la propagation des Nouveaux Mouvements Religieux et des discours plutôt revitalisant qu'ils véhiculent, fait de cet itinéraire thérapeutique l'espace dans lequel se réfugie tout type de malade, souffrant de maladies pratiquement incurables parmi lesquelles le VIH/SIDA. A cet égard, dans l'optique de recouvrer la guérison, les travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives suivies dans le cadre du projet « CHAMP », recourent également à ces thérapies religieuses. Ainsi, lors de l'enquête par questionnaire, 10 sur 100 ont affirmé recourir à cette trajectoire thérapeutique, soit une proportion de 10%. Sur les 10 récits de vie collectés, 2 travailleuses de sexe interrogées ont affirmé avoir dû recourir aux prières dans leur quête de guérison. Aussi, importe-t-il de préciser que parmi ces 2 dernières, l'une était catholique et l'autre pentecôtiste. En ce qui concerne les 8 premières, il est à noter que 7 sont catholiques tandis qu'une seule est pentecôtiste. Cette dernière a affirmé que : *Dans notre église, le prophète nous dit toujours que la prière est la clé. C'est la solution à tous les problèmes. Donc quand je ne me sens pas bien, je prends mon livre de prière là à la maison, je fais ma prière et après, je me sens mieux.ⁱⁱⁱ*

II.4. La biomédecine

Dans le cadre de cette réflexion, il convient de dire que contrairement à certaines études (Berthe, Maguirage, Traoré, Mugisho, Drabo, AK Traoré, Dujardin, Huygens, 2009) qui ont fait état de ce que le recours aux soins modernes s'effectue souvent tardivement lorsque les autres recours à savoir l'automédication et l'ethnomédecine ont échoué, l'analyse menée sur les recours thérapeutiques des travailleuses de sexe séropositives et prises en charge dans le cadre du projet « CHAMP » a révélé que ces dernières ont recours aux soins modernes non pas parce que les autres recours ont été soldés par un échec, mais parce qu'elles trouvent la prise en charge dans les institutions hospitalières plus rassurante. Aussi, selon elles, l'accueil y est bien fait. Une a affirmé : *Quand je ne me sens pas bien, je préfère partir à l'hôpital car la santé n'a pas de prix. En plus, si j'ai mal à la tête et que je prends le para en pensant que c'est le palu alors que c'est autre chose, je fais comment ?^{iv}* De plus, il est important de signaler que les travailleuses de sexe qui pensent ainsi n'appartiennent pas à une tranche d'âge spécifique, ni à un système de croyance particulier et encore moins à une origine ethnique particulière. Ainsi, lors de l'enquête de

terrain, sur les 100 interrogées, 25 ont affirmé recourir aux soins modernes en cas de maladie, soit un taux de 25%. Ce qui fait de cette modalité le deuxième recours le plus sollicité de cette série statistique.

II.5. Le pluralisme thérapeutique

En Afrique tout comme au Cameroun, le champ thérapeutique connaît une multitude d'acteurs à savoir religieux, traditionnel, moderne et chacun d'eux mobilisant toutes les ressources nécessaires dans le but de proposer des soins de meilleure qualité et des prestations optimales aux patients, le but étant de permettre à ces derniers de recouvrer la santé. Dès lors, dans la vie quotidienne, pour saisir les attitudes et les choix des malades face à cet environnement pluriel d'offre thérapeutique, il a été observé des interactions des malades en quête de guérison. Le constat ici fait est que, ceux-ci ont souvent recours à plusieurs trajectoires thérapeutiques au même moment ; ce qui rend leur prise en charge difficile. En effet, la littérature relève que la trajectoire thérapeutique du sujet africain est le plus souvent complexe et de ce fait, il y a un mouvement incessant entre plusieurs espaces de soins : tradipraticiens, hôpital, église, si bien que pour multiplier les chances de guérison, le malade accompagné de ses proches, se retrouve souvent en train d'entremêler les recours. C'est dire en d'autres termes que pendant qu'il suit un traitement à l'hôpital par exemple, au même moment, il prend des potions concoctées par son guérisseur voire même convoque les prophètes ou les prêtres pendant la durée de sa thérapie, d'où les « va et vient » thérapeutiques. Ainsi, en ce qui concerne les travailleuses de sexe séropositives du projet « CHAMP », l'enquête de terrain montre qu'elles ne dérogent pas à la règle. En effet, sur les 100 interrogées, il s'est avéré que 5 font des « va et vient » thérapeutiques soit un pourcentage de 5%. L'une d'elles a affirmé que : *ma sœur, depuis que j'ai la maladie-ci, pour multiplier mes chances de guérir, je pars seulement partout.*^v Or, ce pluralisme thérapeutique peut constituer un obstacle dans l'accès à des soins de meilleure qualité chez les TS séropositives dans la mesure où, les différentes potions reçues çà et là, peuvent interférer avec leur traitement. Le technicien du laboratoire d'Horizons Femmes nous a renseignés à ce sujet. Voici ses propos :

Lorsque certaines TS apprennent qu'elles sont séropositives, plus tôt que de commencer directement avec le traitement antirétroviral, elles préfèrent d'abord se rendre chez les marabouts pour confirmer ou infirmer nos conclusions. D'autres, quand bien même elles acceptent de prendre le traitement ici, elles continuent avec leurs écorces. Ce qui trouble les molécules associées à leur traitement. Après, elles reviennent ici en se plaignant des effets secondaires.^{vi}

III. DES DÉTERMINANTS SOCIO-CULTURELS DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUIVIES DANS LE CADRE DU PROJET « CHAMP »

Dans le cadre de la présente analyse, les facteurs socioculturels qui ont été identifiés comme facteurs pouvant expliquer les recours thérapeutiques chez les travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives du projet « CHAMP » sont multiples. Il s'agit notamment du niveau d'instruction, du réseau relationnel et des représentations sociales.

III.1. Le niveau d'instruction

Dans le cadre de cette réflexion, le niveau d'instruction apparaît comme un facteur socioculturel pouvant expliquer le recours à une trajectoire thérapeutique plutôt qu'à une autre. En effet, l'enquête de terrain révèle que sur les 100 travailleuses de sexe séropositives interrogées par questionnaire, cinq ont

affirmé n'avoir jamais été à l'école soit 5, % ; 10 n'ont que le niveau primaire soit 10% ; 50 n'ont que le niveau CEP soit 50% ; 20, le BEPC soit 20% ; 10 ont le niveau probatoire soit 10% ; seulement 3 ont le Baccalauréat soit 3%, tandis que seulement 2 ont le niveau supérieur soit 2%. Or la modalité qui enregistre le plus grand effectif correspond au « niveau CEP » avec pour effectif 50, faisant ainsi de cette modalité le mode de cette série statistique. Ainsi, en additionnant les effectifs des modalités : « jamais été à l'école », « niveau primaire » et « niveau CEP », l'on obtient 65. Ce qui permet de déduire que plus de la moitié des travailleuses de sexe séropositives interrogées sont sous-scolarisées, soit un pourcentage de 65. Voir tableau et figure ci-dessous :

Tableau 1 : Distribution statistique des travailleuses de sexe séropositives dans le cadre du projet « CHAMP » selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectifs	Fréquences %
Jamais été à l'école	5	5
Primaire	10	10
CEP	50	50
BEPC	20	20
PROBATOIRE	10	10
BACC	3	3
Supérieur	2	2
TOTAL	100	100

Source : enquête de terrain

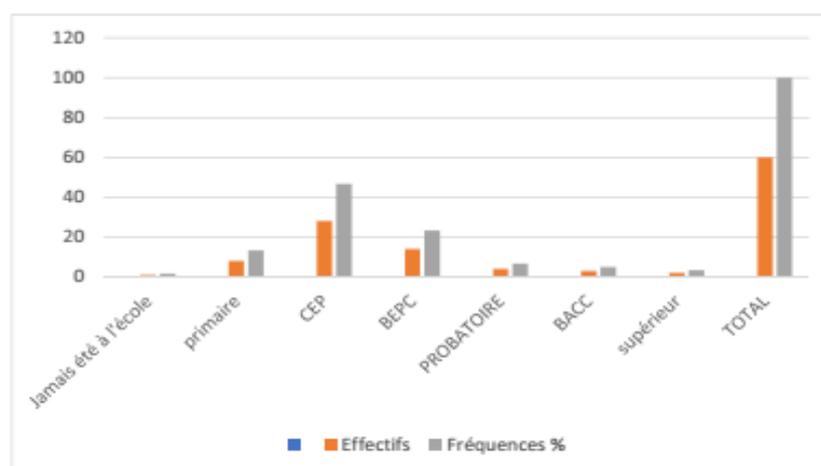


Figure 1: Représentation graphique des TS du projet « CHAMP » séropositives selon leur niveau d'instruction

Source : enquête de terrain

Au regard de ce qui précède, force est de constater que le pourcentage de travailleuses de sexe séropositives sous-scolarisées, peut expliquer comment et pourquoi en dépit de toutes les mises en garde faites par le personnel soignant au sujet de l'importance de rompre d'avec le pluralisme thérapeutique compte tenu de l'impact néfaste qu'il pourrait avoir sur leur prise en charge, s'entêtent malgré tout à recourir aux trajectoires telles que : l'automédication et l'ethnomédecine. Par contre, en interrogeant celles qui sont instruites à savoir une étudiante et trois bachelières, elles ont affirmé n'avoir recours qu'à la biomédecine car selon elles, le recours aux écorces et à l'automédication leur avait été formellement proscrit par leurs soignants. Aussi, ajoutent-elles être suffisamment informées des risques auxquels elles s'exposeraient en recourant à d'autres trajectoires thérapeutiques. L'une l'a exprimé en ces termes :

Avant de découvrir ma séropositivité, moi-même j'avais recours à l'automédication. Mais depuis que j'ai découvert que je suis séropositive, quand je ne me sens pas bien, je pars d'abord à l'hôpital. Mais si c'est un mal de tête tout court, je me couche le temps qu'il passe plutôt que de prendre des médicaments comme ça car, on nous a interdit cela à l'hôpital, vu notre situation.^{vi}

III.2. Le réseau relationnel

En Afrique généralement, lorsqu'un individu est atteint par la maladie, son réseau relationnel l'accompagne pendant la durée de sa thérapie. En effet, ce réseau relationnel peut être constitué des membres de sa famille à savoir : les parents, les tantes, les oncles, les frères et sœurs, les cousins pour ne citer que ceux-là. Il peut aussi être constitué d'individus n'ayant rien avoir avec la famille du malade notamment, les amis et les voisins.

Ainsi, dans le cadre de cette analyse, les travailleuses de sexe séropositives ne dérogent pas à cette règle. C'est la raison pour laquelle lors des entretiens, bien que toutes celles qui ont été interrogées aient affirmé n'avoir pas révélé leur statut sérologique à leurs partenaires non-clients, toutes ont pourtant affirmé l'avoir dit à certains membres de leur réseau relationnel. De la sorte, si le réseau relationnel du malade apparaît dans cette analyse comme l'un des facteurs pouvant influencer le choix d'une trajectoire thérapeutique, c'est parce que parfois lorsque le malade est sévèrement atteint par la maladie et donc incapable de décider de son plein gré du recours à choisir, ce sont les membres de son réseau relationnel qui le font pour lui. Ce qui le conduit à perdre toute autonomie. Aussi, importe-t-il de préciser que cela s'observe davantage dans les cas où, le malade souffre d'une affection chronique, car cette dernière est généralement incurable et se développe souvent lentement, dure dans le temps et est constituée de cycles pendant lesquels se succèdent phases aiguës (crises) et phases de stabilisation ou d'évolution de la maladie et de la sorte, nécessite l'accompagnement (psychologique) et le soutien (financier) de l'entourage du malade. Ainsi, durant son récit de vie, une TS nous a relaté ce qu'il suit :

Un jour, je suis tombée malade, moi je croyais que c'était le palu c'est pour cela que je ne suis pas d'abord partie à l'hôpital. J'ai donc commencé à prendre les paras et les métrors là à la maison. Mais, même après avoir pris des paras, j'étais toujours malade. C'est alors que ma sœur m'a amené à l'hôpital faire des examens. C'est alors là qu'on m'a dit que j'avais la maladie-ci.

Plus loin elle relate que :

Comme j'étais commerçante, mon état ne me permettait plus de faire mon petit commerce, c'est ma sœur-là qui me faisait tout. Et quand j'ai vu que j'allais déjà mieux, j'ai arrêté le traitement pendant des mois. Ça fait que quelques temps après, j'ai rechuté et c'est ma sœur qui m'a encore amené à l'hôpital alors que comme moi je suis pentecôtiste là, je voulais partir à la prière. Mais, elle m'a dit que le mieux c'est de partir à l'hôpital parce que je suis très faible et qu'on va aussi me faire les examens. Je ne pouvais rien dire parce que c'est elle-même qui payait tout.^{viii}

III.3. Les représentations sociales

La présente analyse montre que le groupe ethnique majoritaire est celui des Bamiléké avec 30 interrogées et donc une proportion de 30%, faisant ainsi de cette modalité le mode de cette série statistique. Aussi, importe-t-il de rappeler que, bien que tous les groupes ethniques concernés par cette enquête appartiennent à des espaces culturels différents, force est de constater que pour ce qui est des représentations sociales qui alimentent leurs recours thérapeutiques, celles-ci sont les mêmes. A titre illustratif : en ce qui concerne le recours à la médecine traditionnelle, les cinq travailleuses de sexe qui ont affirmé y recourir, ne sont pas forcément du même groupe ethnique. En effet, parmi elles, trois étaient Bamiléké, une autre Kaélé et la dernière Maka. C'est dire en d'autres termes que les perceptions développées par les travailleuses de sexe au sujet du choix d'un recours thérapeutique ne sont pas le propre d'une ethnie. Toutefois, en parlant des confessions religieuses, il est tout aussi important de montrer si elles constituent un facteur capable d'influencer le recours à une trajectoire thérapeutique ou pas. Ainsi, l'enquête par questionnaire montre que, 25 travailleuses de sexe (toutes appartenant aux NMR) sur les 100 interrogées ont affirmé recourir à la prière, soit un pourcentage de 25, dans leur quête de guérison. De cette analyse il en ressort que, les interrogées perçoivent la prière non pas comme un simple recours thérapeutique comme tous les autres, mais davantage comme un instrument salvateur, pouvant de ce fait, permettre à celui qui a la foi, de recouvrer la guérison. Une l'a exprimé en ces termes : *Dans notre église, le prophète rappelle chaque fois que nous devons rester connecter en esprit à travers la prière car elle soigne et délivre de tout mal. C'est la solution à tous nos problèmes^{ix}.*

IV. DES DÉTERMINANTS ÉCONOMIQUES DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUIVIES DANS LE CADRE DU PROJET « CHAMP »

Pour poursuivre cette réflexion, trois principaux éléments sont développés. Il s'agit notamment de : l'activité menée par la travailleuse de sexe, le nombre d'enfants qu'elle possède et son statut matrimonial.

IV.1. L'activité menée par la TS

En ce qui concerne la population des travailleuses de sexe, l'enquête menée a permis de constater qu'en dehors de leur activité de base qui est le travail de sexe, certaines mènent de petites activités de routines telles que : la couture, la coiffure, ménagère et l'agriculture.

Les résultats de cette analyse montrent que, malgré le fait que certaines travailleuses de sexe mènent quelques activités, lorsqu'il est fait abstraction des trois qui poursuivent encore leurs études, force est de constater que plus de la moitié n'exerce aucune activité au quotidien, soit 64 sur 100, soit 64 %. Aussi, faut-il ajouter que celles qui mènent les activités sus citées, insistent sur le fait qu'elles ne leur apportent aucune stabilité économique, du fait qu'elles ne sont généralement pas propriétaire du fonds de commerce. En d'autres termes, elles ne sont pas souvent leur propre patronne et de ce fait, il arrive souvent qu'elles soient licenciées à tort ou à raison. Et parfois, leur licenciement est dû à leur statut sérologique. Voici un extrait du récit de vie d'une d'elles :

Moi je me débrouillais dans la coiffure. Comme parfois on travaille tard là, je suis souvent obligée de prendre mes médicaments au travail. Un jour, ma patronne en fouillant dans mon sac, je ne sais plus ce qu'elle cherchait, elle a vu mes médicaments. Apparemment, il y a quelqu'un dans son entourage qui a aussi ça. Donc elle a reconnu les médicaments. Elle m'a chassé le même jour. Donc pour le moment je suis là comme ça.²

En plus, pendant les enquêtes de terrain, ces travailleuses de sexe avaient évoqué plus d'une fois le fait que « lorsque le marché est dur », elles cassent les prix au point d'aller à « 250 FCFA par coup », autant dire, par rapport sexuel.

Par ailleurs, étant donné que l'un des éléments qui motive le choix d'un recours thérapeutique est le pouvoir d'achat, sur les 100 interrogées par questionnaire, plus de la moitié a affirmé recourir à l'automédication et ce, bien que sachant les risques que ce recours représente pour leur santé et les conséquences qu'il pourrait avoir sur leur prise en charge. Au regard donc de ce qui précède, comment comprendre la préférence pour le recours à l'automédication, étant donné que personnel médical l'interdit formellement à ses patients ?

Contrairement à ce qui est communément admis à savoir que les patients recourent davantage à l'automédication suite à une expérience malheureuse ou à la crainte d'une mauvaise prise en charge, la présente enquête a plutôt révélé que si les travailleuses de sexe séropositives recourent à l'automédication, c'est pour des raisons d'ordre économique. En effet, la plupart pose le problème d'insuffisance de ressources financières et ce, indépendamment de l'âge, de l'origine ethnique, de la catégorie socioprofessionnelle, du statut matrimonial ou même du système de croyance auquel elles appartiennent. Ainsi, compte tenu du fait que les activités menées par elles ne leur génèrent pas suffisamment de moyens financiers, le recours à l'automédication apparaît donc ici, comme la trajectoire par excellence, dans leur quête des soins.

C'est d'ailleurs la raison pour laquelle dans de multiples entretiens réalisés sur le terrain, six interrogées sur dix ont affirmé recourir à l'automédication à causes de l'insuffisance de moyens financiers car selon elles, l'automédication est moins coûteuse. Une l'a exprimé en ces termes : *Quand ça ne va pas, je prends quelque chose là à la maison, par exemple les comprimés parce que c'est moins chers et ce n'est pas comme si je partais à l'hôpital là où on va encore me demander de l'argent.²¹*

IV.2. Le nombre d'enfant de la travailleuses de sexe et son statut matrimonial

L'enquête a révélé qu'en dehors du pouvoir d'achat de la travailleuse de sexe, d'autres variables pouvaient influencer le choix de son recours thérapeutique. Il s'agit notamment du nombre d'enfant qu'elle possède et de son statut matrimonial. En effet, en ce qui concerne le nombre d'enfants, cette enquête a

révélé que sur 100 interrogées, 5 n'avaient pas d'enfants, soit un taux de 5 %. Aussi, importe-t-il de signaler que parmi les 95 ayant des enfants, il a été noté que le nombre de ces derniers oscille entre 1 et 9. Ainsi, les modes de cette série statistique étant 2 et 3 enfants du fait que ce sont ces modalités qui enregistrent le plus grand effectif, à savoir respectivement « 25 ». Aussi, étant entendu que l'addition des effectifs de ces deux variables constitue la moitié des interrogées notamment 50 soit 50 %, l'on peut en déduire que la plupart des travailleuses de sexe séropositives ont entre 2 et 3 enfants. Voir tableau et graphique ci-dessous :

Tableau 2 : Distribution statistique des travailleuses de sexe séropositives du projet « CHAMP » selon leur nombre d'enfants

Nombre d'enfant	Effectifs (TS)	Fréquence %
0	5	5
1	2	2
2	25	25
3	25	25
4	20	20
5	11	11
6	7	7
7	2	2
8	2	2
9	1	1
RAS	0	0
TOTAL	100	100

Source : enquête de terrain

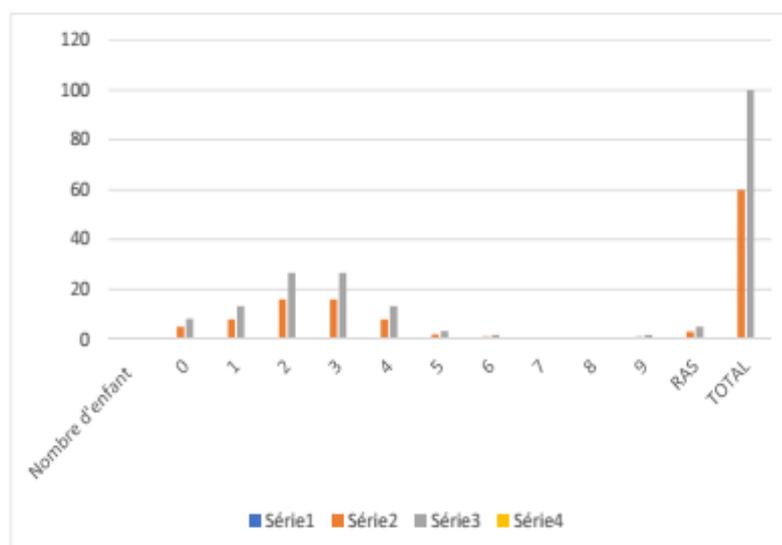


Figure 2: représentation graphique des TS séropositives du projet « CHAMP » selon leur nombre d'enfants
Source : enquête de terrain

Tableau 3 : Distribution statistique des travailleuses de sexe séropositives selon leur statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Fréquences %
Mariée	10	10
Célibataire	70	70
Divorcée	10	10
Veuve	8	8
Séparée	2	2
TOTAL	100	100

Source : enquête de terrain

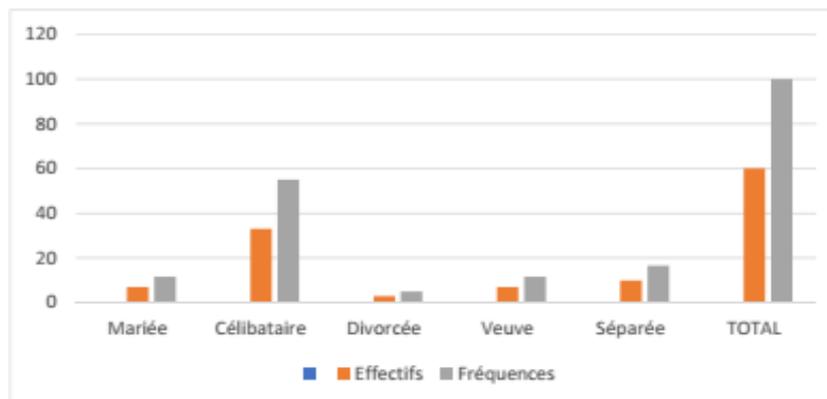


Figure 3: Représentation graphique des TS séropositives du projet « CHAMP » selon leur statut matrimonial

Source : enquête de terrain

Par ailleurs, selon la deuxième série statistique concernant la situation matrimoniale de chaque travailleuse de sexe, le mode est la modalité « célibataire », avec un effectif de 70 sur 100, soit 70 %, autant dire que, plus de la moitié de la population interrogée est célibataire. Toutefois, au regard du nombre d'enfants par travailleuse de sexe à savoir en moyenne 3, comment arrivent-elles à joindre les deux bouts et ce, d'autant plus que précédemment il a été indiqué que leurs activités génératrices de revenus ne leur assuraient pas de stabilité financière et que leur activité de base connaissait souvent des périodes de vache maigre ? En d'autres termes, étant donné la responsabilité que le fait d'être mère-célibataire implique, et encore plus lorsqu'on est à la tête d'une famille nombreuse, les moyens financiers de ces travailleuses de sexe leur permettent-ils de recourir à des soins de meilleure qualité ?

En réalité, en se référant aux résultats de l'enquête par questionnaire, le constat ici fait est que, sur les 100 interrogées, plus de la moitié affirment recourir à l'automédication. Or, l'automédication est généralement utilisée en cas de troubles bénins, alors que souffrir du VIH comme c'est le cas chez ces travailleuses de sexe, n'en n'est pas un. En plus, sont-elles au courant des conséquences que ce recours pourrait avoir sur leur état de santé et sur leur prise en charge. Ainsi, qu'est-ce qui peut justifier une telle prise de risque ? En effet, la réponse à cette inquiétude réside dans les entretiens réalisés. L'une de ces réponses est la suivante :

Ma chérie, est-ce que toi-même tu ignores qu'il n'y a pas l'argent dehors les temps-ci ? j'ai six enfants que je dois nourrir. Je suis veuve, donc, quand je ne me sens pas bien, je préfère prendre des comprimés là à la maison au lieu d'aller encore dépenser l'argent à la consultation à l'hôpital. Et si ça ne va pas toujours, je prends les écorces de chez nous.^{xii}

Bien que sachant les risques auxquels elles s'exposent, plusieurs TS continuent de recourir à l'automédication. Toutefois, en allant plus en profondeur dans les enquêtes, il a été démontré que le nombre d'enfant ainsi que le statut matrimonial sont des facteurs pouvant influencer le choix d'un recours thérapeutique.

V. DES DÉTERMINANTS STRUCTURELS DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUIVIES DANS LE CADRE DU PROJET « CHAMP »

Il s'agit en fait, de questionner : la disponibilité des soins, du personnel de prise en charge et la disponibilité du matériel de prévention, la nature des rapports soignant/soigné et le rôle des FOSA dans la prise en charge des TS.

V.1. La disponibilité des soins et des services

Dans la quête des soins de meilleure qualité, le choix d'une structure sanitaire est souvent motivé par un ensemble de facteurs, parmi lesquels la disponibilité des soins et la disponibilité du personnel de prise en charge. En ce qui concerne l'Association à but non lucratif Horizons Femmes, plusieurs soins y sont disponibles pour les travailleuses de sexe en général et pour celles séropositives en particulier. Il s'agit notamment du dépistage des IST, VIH, Syphilis et des Hépatites ; des consultations et de la prise en charge syndromique de certaines IST telles que les vaginoses. Il est aussi à noter, la distribution gratuite du matériel de prévention, la prise en charge gratuite du VIH chez les travailleuses de sexe séropositives (initiation au traitement antirétroviral), les bilans de suivi, l'observation thérapeutique à travers les visites à domiciles et l'appui nutritionnel. Ceci étant, les soins et services offerts par Horizons Femmes ayant été recensés, il importe désormais de questionner leur disponibilité. En effet, étant donné que la disponibilité des soins et services peut influencer le taux de fréquentation d'une structure sanitaire et même inciter les patients à changer de trajectoires thérapeutiques, il apparaît plus que nécessaire de vérifier si c'est également le cas chez les travailleuses de sexe.

Ainsi, au cours l'enquête, après avoir interrogé le personnel de prise en charge d'Horizons Femmes au sujet de la disponibilité effective de leurs soins et services, le laborantin a déclaré que la disponibilité de tous les soins sus cités est souvent périodique. Ainsi, voici un extrait de son propos :

Le dépistage des IST, Syphilis et des Hépatites ainsi que leur prise en charge, sont souvent périodiques. Et quand les filles viennent par exemple à une période où on a tout arrêté, elles sont souvent mécontentes. Or ce qu'elles ne savent pas c'est que cela ne dépend pas de nous, mais du bailleur de fonds. Nous sommes même souvent aussi à cours d'intrants.
G.L NTOUTOU (2019.88).

De cette affirmation, il apparaît clairement que la disponibilité des soins et services dans le cadre du projet « CHAMP » est sujet à caution et ce, d'autant plus que même le matériel de prévention connaît des ruptures périodiques de stocks. Or, la disponibilité de ce matériel est plus que nécessaire dans la mesure où la lutte contre la grande pandémie qu'est le VIH doit partir de la prévention. Aussi, faut-il relever que c'est là l'un des objectifs du projet « CHAMP » à savoir : réduire la mortalité et la morbidité liées au VIH et aux infections y afférentes. Par conséquent, comment donc réduire cette affection si déjà la structure à travers son projet phare rencontre des difficultés quant au fait d'assurer la disponibilité permanente du matériel de prévention qui, pourtant est un outil indispensable dans cette lutte ?

De plus, lorsque la question suivante a été posée au personnel de prise en charge à savoir quelles étaient les plaintes que formulaient généralement les travailleuses de sexe, sur les 7 membres interrogés, 4 ont affirmé que les travailleuses de sexe se plaignent davantage de la limitation des soins et services aux VIH et IST ainsi que de leur interruption périodique. Or, tout porte à croire que l'une des raisons qui motive

ces travailleuses de sexe à venir à Horizons Femmes, est le paquet de soins et de services disponibles. Ainsi, quelles sont les mesures palliatives auxquelles elles recourent pour surmonter le problème des interruptions des soins et services à Horizons Femmes ? Il ressort de cette analyse qu'afin de pallier au problème de l'indisponibilité permanente des soins et services dans le cadre du projet « CHAMP », elles recourent à d'autres trajectoires thérapeutiques. Ainsi, est-il désormais possible d'affirmer que l'indisponibilité des soins et services est un facteur pouvant influencer de manière significative les choix thérapeutiques et par la même occasion, constituer un frein dans la prise en charge des travailleuses de sexe nouvellement dépistées séropositives.

V.2. La disponibilité du personnel de prise en charge et la nature des rapports soignant/soigné à Horizons Femmes

Dans le schéma organisationnel de la dispensation des soins, le personnel de prise en charge y joue un rôle essentiel. En effet, outre les ressources structurelles et infrastructurelles, les ressources humaines constituent un maillon important dans la chaîne au point où, c'est parfois à partir de ces prestations que les patients et leurs proches arrivent à dire si la structure sanitaire est accueillante ou pas. C'est dire en d'autres termes que la disponibilité du personnel de prise en charge ainsi que la nature des rapports soignant/soigné, peuvent être considérés comme un facteur pouvant avoir une influence sur le choix d'un recours thérapeutique. Ainsi, en interrogeant le personnel de prise en charge du projet « CHAMP » sur leur disponibilité, ils ont été clairs sur un fait y compris le médecin. Il s'agit en fait des absences répétées de ce dernier. Or, étant donné que c'est lui qui est chargé de la prise en charge des cas complexes chez les travailleuses de sexe, ses absences peuvent expliquer à juste titre pourquoi ces dernières manquent-elles souvent leur rendez-vous. En interrogeant le médecin sur les raisons de ces absences, sa réponse est suivante :

Même ici à l'hôpital, il n'est pas facile de toujours accorder beaucoup de temps à la TS car il y a souvent de l'affluence. Je suis la seule à les recevoir. Sans compter que je suis aussi sollicitée en tant qu'experte dans l'élaboration des directives en matière de prise en charge de ces cibles au Cameroun en collaboration avec le Ministère de la santé publique. Parfois il peut arriver qu'on m'appelle ailleurs pour une urgence. Vous voyez que ce n'est pas évident pour nous-même.^{xiii}

De plus, en interrogeant les travailleuses de sexe séropositives sur la disponibilité du médecin, elles ont affirmé à l'unanimité que ce dernier est toujours absent et lorsqu'il est là, c'est de courte durée. En effet, durant l'enquête, ces absences ont pu être constatées de même que le caractère agressif de certaines travailleuses de sexe du fait de n'avoir pas pu rencontrer le médecin. Toujours en ce qui concerne la disponibilité du personnel de prise en charge, les travailleuses de sexe ont également soulevé le problème des lenteurs administratives qui constituent un frein pour leur travail. Surtout que « le temps c'est de l'argent » ont-elles ajouté. Or, étant entendu que la durée d'attente au sein d'une structure sanitaire peut conduire à une insatisfaction et amener les patients et leurs proches à changer de trajectoire thérapeutique, le constat ici fait est que, cela s'applique aussi chez les travailleuses de sexe. Cet extrait en constitue la flagrante illustration :

On nous a dit ici que le médecin vient deux fois par semaines. Et qu'il est à notre disposition. Quand l'infirmière ne peut pas gérer notre problème, on peut voir le médecin mardi et jeudi. Moi je suis venue ici mardi, le médecin n'était pas là. J'ai même attendu toujours rien. Aujourd'hui encore, je suis venue. C'est jeudi mais depuis le matin, pas de

médecin. Moi j'ai des choses à faire. On ne peut pas venir ici comme ça tout le temps attendre pour rien.^{xiv}

Toutefois, importe-t-il de préciser que toutes les travailleuses de sexe ont confirmé ce qui a été dit par le personnel de prise en charge d'Horizons Femmes à savoir que leurs rapports avec ces cibles sont de nature conviviale. En effet, sur les 100 interrogées par questionnaire, toutes ont affirmé à 100% que leurs rapports avec le personnel de prise en charge sont conviviaux.

V.3. Le rôle des formations sanitaires dans la prise en charge des TS

Dans le cadre du projet « CHAMP », l'un des points essentiels est la collaboration entre Horizons Femmes et les formations sanitaires. En effet, ces dernières ont pour rôle de prendre en charge les travailleuses de sexe relayées par l'Association, afin de les lier au traitement. En fait, l'association ne prend en charge que les travailleuses de sexe séropositives stables et anciennes d'au moins trois ans. Pour ce faire, plusieurs formations sanitaires sont impliquées. Il s'agit notamment des hôpitaux de district d'Efoulan, de la Cité verte et de Biyem-assi.

Ainsi, afin de pouvoir déterminer si le rôle joué par les formations sanitaires pouvait constituer un enjeu pertinent dans les choix et changements des recours thérapeutiques chez les travailleuses de sexe séropositives du projet « CHAMP », il est également apparu opportun de poser un regard sur cet aspect. De la sorte, lors de l'enquête de terrain, plusieurs ont révélé qu'à un moment donné elles ont dû changer de lieu de prise en charge, du fait de l'accueil qui leur avait été réservé. Pendant que d'autres ont posé les problèmes de lenteurs administratives et de la variabilité des tarifs de frais d'ouverture du dossier de prise en charge.

En effet, concernant ce dernier aspect, une Conseillère Relais a indiqué que ces frais variaient d'une formation sanitaire à une autre. A titre illustratif : à l'hôpital d'Efoulan, les frais d'ouverture du dossier de prise en charge s'élève à 2000 Francs CFA, pendant qu'à l'hôpital central, ils sont de 1500 et de 1000 Francs à l'hôpital de la Cité verte. Au regard de ce qui vient d'être dit, l'on pourrait se demander pourquoi les travailleuses de sexe n'iraient pas se faire prendre en charge dans une formation sanitaire où les tarifs correspondraient le plus à l'épaisseur de leur porte-monnaie ? La réponse est plutôt simple. En effet, quand bien même elles choisiraient une formation sanitaire en fonction de leur pouvoir d'achat, un autre problème se posera, il s'agit de l'accessibilité géographique du lieu de prise en charge, qui implique également des frais de transport plus élevés. Il y a bien une interrelation entre l'accessibilité financière et géographique, autant dire, entre les déterminants économiques et géographiques.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accueil dans les formations sanitaires, il faut dire qu'il reste sujet à caution malgré les efforts fournis par les pouvoirs publics pour remédier à cette situation. C'est d'ailleurs pour cette raison que Lunjwire K (2007) dans son étude sur le comportement de la population de Goma "*dans la recherche des soins, étude des cas des diarrhées*", a affirmé que : « *la qualité professionnelle du personnel, le bon accueil et la durée d'attente raisonnable sont les principaux facteurs qui motivent le choix d'une structure de soin* ».

VI. DES DÉTERMINANTS GÉOGRAPHIQUES DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUIVIES DANS LE CADRE DU PROJET « CHAMP »

En dehors des déterminants liés aux populations et de ceux liés aux structures de prise en charge, il existe un type de déterminants n'ayant rien avoir avec les deux précédents. Il s'agit des déterminants non spécifiques parmi lesquels, les déterminants géographiques.

VI.1. L'accessibilité géographique des lieux de prise en charge

Dans le cadre du projet « CHAMP », trois principales Unités de Prise en Charge (UPEC) ont été sollicitées par les responsables du projet, afin que les travailleuses de sexe séropositives puissent s'y faire prendre en charge. Il s'agit notamment des UPEC de l'hôpital de district d'Efoulan, situées dans l'arrondissement de Yaoundé III, celle de l'hôpital de district de la Cité Verte, dans l'arrondissement de Yaoundé 7 et de celle de l'hôpital de district de Biyem-Assi, située dans l'arrondissement de Yaoundé IV. En effet, selon la philosophie de la structure, chaque travailleuse de sexe a la possibilité de se rendre au lieu de prise en charge le plus proche de son domicile. Toutefois, malgré cette disposition, il importe de rappeler que la prise en charge est un concept générique et de ce fait, ne consiste pas seulement à se rendre à l'hôpital ou à prendre des médicaments. Il s'agit aussi et surtout de suivre le patient et de l'accompagner dans la maladie, l'aider à être observant et même veiller à ce qu'il fasse ses examens. A cet égard, pour ce qui est de ces derniers points, c'est le personnel soignant d'Horizons Femmes qui s'en occupe. Or, étant donné que les travailleuses de sexe proviennent des quatre coins de la ville de Yaoundé et que l'unique siège se trouve à Melen, au lieudit Mini-ferme, il est tout à fait plausible de poser le problème de l'accessibilité géographique du principal lieu de prise en charge, qui est Horizons Femmes.

De plus, malgré le fait qu'afin de limiter les réticences, la structure a mis en place une stratégie visant à prendre en charge les frais de déplacement des travailleuses de sexe, il convient malheureusement de dire que cette stratégie bien que louable, est porteuse de lacunes. En effet, pendant les descentes de terrain à Horizons Femmes, il a été constaté que le personnel de prise en charge se plaignait du fait que les travailleuses de sexe manquaient leur rendez-vous avec la chargée de la dispensation communautaire des anti-rétroviraux (ARV). A la question de savoir pourquoi selon elle les travailleuses de sexe ne venaient pas prendre leurs médicaments ou voir le médecin en cas de soucis de santé, la réponse a été la suivante : « *c'est parce qu'elles sont ignorantes et des menteuses* ». G.L. NTOUTOU (2019 :96). Or, les entretiens menés avec cette cible ont révélé des difficultés géographiques d'accès à Horizons Femmes. Surtout, pour celles vivant dans les périphériques de Yaoundé comme Soa.

VI.2. La mobilité des travailleuses de sexe séropositives

La mobilité des travailleuses de sexe constitue un déterminant pertinent dans les choix thérapeutiques, du fait de l'influence qu'elle peut avoir sur la capitalisation d'un recours. En effet, la population des travailleuses de sexe est réputée pour sa grande mobilité, ce qui fait d'ailleurs partie de leur travail. En réalité, il arrive souvent qu'elles soient contactées par les membres de leur réseau relationnel (clients et des partenaires non-clients ou la famille) pour des contraintes familiales, la plupart ne vivant pas avec leurs enfants, ou pour des services relevant de leur domaine de compétence. Ainsi, il arrive parfois que leurs clients soient dans des localités différentes de là où elles sont basées. Certaines, finissant par

trouver leur compte, s'y installent, rompant de fait même, le contact avec la structure de prise en charge initiale. Or, importe-t-il de signaler qu'au moment où la présente enquête a été menée, l'Association Horizons Femmes ne disposait que de quatre antennes notamment au centre (Yaoundé), dans le Littoral (Douala), à l'Ouest (Bafoussam) et plus récemment dans le Sud (Ebolowa). Par conséquent, il devient difficile pour elle de prendre en charge les travailleuses de sexe basées dans d'autres localités en dehors celles sus citées, posant ainsi, l'épineux problème du lien aux soins. Dès lors, comment lier les travailleuses de sexe instables aux soins ? Etant donné que le fait de ne pas recourir à des structures spécialisées dans leur prise en charge peut conduire ces travailleuses de sexe à opter pour des recours thérapeutiques par défaut, voire peu recommandables pour elles, car en raison de leur activité qui est plutôt considérée comme déviante dans la société, elles peuvent être victimes de violences de toutes sortes (discrimination et stigmatisation), ne favorisant pas ainsi, leur accès aux services de santé hospitalier.

VII. DES PERCEPTIONS DÉVELOPPÉES PAR LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES AU SUJET DES PRESTATIONS OFFERTES PAR HORIZONS FEMMES À TRAVERS LE PROJET « CHAMP »

Les travailleuses de sexe sont satisfaites des activités de prévention mises en œuvre par l'Association Horizons Femmes. Ainsi, sur les 100 interrogées, 99 affirment être satisfaites et sur les 10 entretiens réalisés, 9 corroborent les dires des 99 premières. Au regard donc des résultats ci-dessus, force est de constater que les travailleuses de sexe ont une perception positive du volet prévention.

Ceci étant, lors de l'enquête par questionnaire, sur les 100 interrogées, 95 ont affirmé être satisfaites des soins qui leur sont dispensés à Horizons Femmes. Toutefois, afin d'en être certain, en plus des questionnaires, des entretiens ont été menés à ce sujet. En voici un exemple :

Horizons Femmes, vraiment merci pour tout ce que vous faites pour nous. Quand je dis même merci là, je sens que ça ne suffit pas pour exprimer tout le bien que je pense de vous. Vous nous recevez bien ici chez vous. Vous êtes toujours souriantes et gentilles avec nous. Je ne peux que vous « surlover » jusqu'au ciel. Que Dieu vous bénisse vraiment beaucoup.⁴⁹

Ainsi, lors des entretiens avec 10 travailleuses de sexe, celles-ci ont affirmé à l'unanimité qu'elles sont vraiment satisfaites des soins et du lien au traitement.

Ainsi, lors de l'enquête par questionnaires, 100 travailleuses de sexe ont été interrogées. Et, les 100 ont répondu qu'elles trouvaient le suivi assuré par Horizons Femmes permanent et continu, soit un taux de satisfaction de 100 %. Quant au soutien et à l'accompagnement, sur les 100, 89 le trouvent suffisant, tandis que 11 le trouvent insuffisant. En fait, concernant l'accompagnement, au regard des résultats obtenus à partir des entretiens menés, l'on a pu comprendre pourquoi « le taux de satisfaction » n'était pas aussi élevé que les autres critères. En effet, sur les 10 interviewées, bien qu'ayant affirmées être satisfaites de l'accompagnement, elles ont tout de même fait certaines précisions à savoir de faire plus d'exams gratuits et de mettre sur pieds des activités génératrices de revenus.

CONCLUSION

Au terme de la présente analyse sociologique, il convient de soutenir que les recours thérapeutiques des travailleuses de sexe séropositives s'expliquent à la fois par des déterminants socio-culturels (le niveau d'instruction, le réseau relationnel et les représentations sociales) et économiques (l'activité menée, le nombre d'enfant et le statut matrimonial), d'une part, et par les déterminants géographiques (l'accessibilité géographique des lieux de prise en charge et la mobilité des travailleuses de sexe) et structurels (la

disponibilité des soins et du personnel de prise en charge et la disponibilité du matériel de prévention et la nature des rapports soignant/soigné et le rôle des formations sanitaires dans la prise en charge des travailleuses de sexe), d'autre part. Toutefois, bien que la prise en compte de tous ces déterminants soit importante dans la compréhension des déterminants qui influent leur prise en charge, il importe tout de même de signaler que leur analyse a révélé l'existence des déterminants mineurs et des déterminants majeurs. En effet, après analyse, les déterminants qui se sont révélés comme étant majeurs sont : les déterminants économiques et structurels. Ainsi, la majeure partie des travailleuses de sexe interrogées a affirmé recourir à des trajectoires peu recommandables telle que l'automédication, du fait de l'insuffisance de leurs moyens financiers et ce, soit plus de la moitié. Or, les initiatives prises par la structure à travers le projet pour réduire les problèmes d'accessibilité financière, regorge plusieurs lacunes. En effet, la mise sur pieds des examens gratuits est une initiative plutôt remarquable, sauf qu'elle est insuffisante du fait de son caractère intermittent.

NOTES

-
- ⁱEntretien avec Marie-b travailleuse de sexe séropositive à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.
- ⁱⁱ Entretien avec Solange, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.
- ⁱⁱⁱ Entretien avec Bernadette, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.
- ^{iv} Entretien avec Yolande, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.
- ^v Entretien avec Diane, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.
- ^{vi} Entretien avec KUIDJEU Aymar d'Aquin, Ingénieur technico-médico-sanitaire, à Horizons Femmes Yaoundé, 01/02/2022.
- ^{vii} Entretien avec Pélagie, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.
- ^{viii} Entretien avec Marie-Chantal, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.
- ^{ix} Entretien avec Marceline, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.
- ^x Entretien avec annick, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 07/03/2022.
- ^{xi} Entretien avec Hortense, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.
- ^{xii} Entretien avec Marie-A, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.
- ^{xiii} Entretien avec le Dr OMGBA, Médecin responsable de la prise en charge des Travailluses de sexe séropositives de Horizons Femmes, interrogée à l'hôpital de district de la Cité Verte Yaoundé, 04/04/2022.
- ^{xiv} Entretien avec Nadège, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 10/03/2022.
- ^{xv} Entretien avec Victoriane, travailleuse de sexe séropositive, à Horizons Femmes Yaoundé, 02/02/2022.

RÉFÉRENCES

- ABRIC J.-C.**, *Coopération, compétition et représentations sociales*, Cousset, Del Val, 1988.
- *Pratiques sociales et représentations*, Paris, Puf, 1994.
- ADAM P et HERZLICH C.**, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Paris, NATHAN Université, 1994.
- AKOTO E.**, « Se soigner aujourd'hui en Afrique de l'Ouest : pluralisme thérapeutique entre tradition et modernité (Benin, Côte D'ivoire et Mali) », *Les cahiers de l'IFORD* n° 27, 2002.
- BEAT SONGUE P.**, *La prostitution au Cameroun : l'exemple de Yaoundé (Esquisse d'analyse sociologique)*, Département de sociologie-anthropologie, mémoire de maîtrise en sociologie, Université de Yaoundé, 1981.
- BERGER P et LUCKMANN T.**, *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens-Klincksieck, 1861.
- De ROSNY E.**, *L'Afrique des guérisons*, Paris, Karthala, 1992.
- DJOUA FEUDJIO Y. B.**, « Réseaux relationnels et processus de soutien aux malades de la tuberculose au Cameroun » in : *REDES-Revista hispana para el analisis de redes sociales*, [http:// revista-redes.Rediris.es](http://revista-redes.Rediris.es), Vol, 18, 2010.
- DOUOMONG YOTTA S.**, *Investir sur les populations clés pour inverser la tendance du VIH. Plaidoyer pour le positionnement des MARPS dans le financement du Fond Mondial au Cameroun*, Rapport 2014.
- EBOKO F., ABE C et LAURENT C.**, « Accès décentralisé au traitement du VIH/sida : évaluation de l'expérience camerounaise », *Collection sciences sociales et le sida*, Paris, éd EDK, 2010, P. 48.
- ETOUNOU-M et al.**, « Évolution des Programmes Nationaux de Lutte Contre l'Infection à VIH et le Sida au Cameroun », *Heath Sci. Dis*, vol.17, 2000-2015, P. 1.
- FAINZANG S.**, « L'automédication : une pratique qui peut en cacher une autre », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 34, n°1, 2010, p. 115-133.
- GOFFMAN E.**, *Stigmate. Les usages du handicap*, Paris, Minuit, 1975.
- JODELET D.**, *Folies et représentations sociales*, Paris, Puf, 2003.
- KLEINMAN A.**, *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1980.
- MONTEILLET N.**, *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun*, Paris, KARTHALA, 2005.
- MOSCOVICI S.**, *La psychanalyse, son image et son public*, Paris, PUF, 1961.
- NKOMA POUHE P.**, *Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun : Les déterminants du recours à l'automédication. 7eme Conférence sur la Population Africaine : "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis"*, Johannesburg, Afrique du Sud, 2015.
- SACKETT D et al.**, *Evidence-based medicine (EBM): what it is and what it isn't*, 1996, P: 18-19.
- STRAUSS A et al.**, *The social organization of medical work*, Chicago, the University of Chicago press, 1985.

UNIVERSITE DE YAOUNDE I / THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I
ANNALES DE LA FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES
N° 24, Nouvelle série 2022
ANNALS OF THE FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCES

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL	02
BIOGRAPHIE	06
BIBLIOGRAPHIE	07
SERIE ARTS ET LETTRES	09
La performance de l'épopée de Jeki : espace signifiant d'une vision du monde	10
Auguste Léopold MBONDE MOUANGUE	
Colonial Encounters and Cultural Genocide: A Postcolonial Textualisation of Ferdinand Leopold Oyono's The Old Man and the Medal	25
Zuhmboshi Eric Nsuh	
La communication interne dans la gouvernance des organisations publiques et privées au Burkina Faso : l'introuvable dissemblance	42
Dr BAZYOMO Emile Pierre et Dr BATCHO Dognon Lucien	
Rumeur et dérision postcoloniales	71
GRAYO Jocelyn	
From Menials to Matriarchs: The Evolving Role of Women in Bole Butake's Plays	85
Rosalyn MUTIA	
Pratiques langagières bi-(pluri)lingues et dynamiques sociohistoriques	105
Achille FOSSI	
SERIE SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES	121
Karl Popper et la critique de l'historicisme de Karl Marx	
Une contribution pour sortir l'Afrique de la logique contemporaine de l'accumulation du capital	122
Philippe NGUEMETA	
Déterminants des recours thérapeutiques chez les travailleuses de sexe séropositives dans le cadre du projet « champ »	141
Guyleine Léonelle NTOUTOU et Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO	
Excès d'interdits institutionnels : le risque pour l'enfant TDAH	161
Josué NGNOMBOUOWO TENKUE, Vadelin MGBWA et Isabelle ROSKAM	
Violences conjugales et galanterie masculine : ethnologie d'un « habitus » en socioculture maka et beti du cameroun	177
ANTANG YAMO	
The anglophone crisis in cameroon: responsibility of the british, the french, the united nations organisation and the government 1916-2022?	194
David NCHINDA KEMING	
Dynamiques et enjeux de la gestion foncière de la périurbanisation de yaoundé	217
Nicolas Thierry ONOMO MBASSI	
The Influence of COVID-19 on Students' online Learning : Access and Participation in Higher Education in Cameroon	229
AMSHETU MELO FORCHU NKEMLEKE	
Femmes et conflits fonciers en zone méridionale forestière Camerounaise : Réflexion autour des difficultés foncières des femmes rurales	240
MEDIEBOU Rose	
INSTRUCTIONS A SUIVRE PAR LES AUTEURS	248

Les Grandes Editions

B.P. : 5057 Yaoundé - Cameroun - Tél. : (237) 222 216 087 / 699 743 799

E-mail: lgeother@yahoo.fr

Située nouvelle route Mvan Bucavoyage SCDP - Nsam

ISSN: 978-9956-450-19-0



9 789956 450190

INDEXE DES AUTEURS

A

ADGER, 48
 AFOLABI, 226
 AKOTO, 93, 110, 304
 ARROW, xi, 31, 225, 281, 286, 297

B

BAILLY, 48, 297
 BALKAU, 48
 BAUMELOU, 95, 97
 BELL, 9
 BERESNIAK, 250, 297
 BLANCHET, 41, 294
 BOURDIEU, 53, 79, 82, 294
 BOURDILLON, 260
 BRODIEZ, 48
 BRUCKER, 260

C

CASTEL, 47, 51, 53, 54
 CAULIN, 95
 CAUVIN, 230
 CHAMBERS, 48, 50
 COMTE, 9, 57, 307
 COOK, 21, 132
 COULOMB, 95, 97
 CUSSON, 75

D

DAUPHINE, 48
 DAVID, 281
 DE ROSNY, 21
 DESCLAUX, 20
 DESPLANQUES, 54
 DIASIO, 82
 DJOUDA, i, iii, 20, 107, 110, 188, 308
 DOLINO, 48
 DOUMBOUYA, 250
 DOUOMONG YOTTA, 89, 319
 DURKHEIM, 28, 45, 57, 182, 258, 259,
 294
 DURU, 250, 297, 299

E

EDEN, 56, 308
 ERCOLE, 48

F

FAINZANG, 95, 113, 226, 299, 309
 FAIZANG, 97
 FISCHER, 28, 295
 FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, 79
 FRIED, 49

G

GEADAH, i, 11, 300
 GIARDINELLI, 46, 55
 GORDON, 261
 GOTMAN, 41, 294
 GUIMELLI, 28, 300

H

HALDEN, 230
 HEWKO, 231
 HOUFFOUET, 249

J

JEAL, 85
 JOHNSON, 48
 JULLIARD, 10

K

KAMAYOU, 60
 KANT, 258
 KOCHAR, 48

L

LAMBERT, 58, 246, 318
 LANTUM, 20, 108
 LECOMTE, 95
 LEVY E, 301
 LOCOH, 78, 79, 294, 295
 LUCAS, 250, 298, 313
 LUNJWIRE, 17, 219, 301
 LUSSAULT, 48

M

MAÏ, 249
 MARIANTI, 47, 50
 MARTIN, 52, 53
 MASKREY, 48
 MAUSS, 115, 258, 259
 MAZUREK, 48
 MOLINA, 95

N

NATHAN, 29, 296
 NKOMA, 226, 321
 NTOUTOU, i, 18, 22, 39, 42, 63, 64, 65,
 98, 112, 131, 191, 269, 276, 280, 319

P

PEGUY, 48
 PENCHANSKI, 230
 POUHE, 226, 321
 POWELL, 57, 315
 PROVITOLO, 48

Q

QUENEAU, 226

R

RAINEAU, 20
 RAYNAUD, 96, 97
 REYNMOND, 230
 ROHRMANN, 48
 ROY, 54

S

SACKS, 29

SALEM et al, 48

SAUNDERS, 51

SCHMITZ, 20

SCHRÖDER-BUTTERFILL, 47, 50

SHERAZI, 226

SOULET, 55

STRAUSS, 93, 296, 303

T

THOMAS, 48, 231

TONNELIER, 250, 313

V

VAN DER GEEST, 95, 226

W

WARDLOW, 9

TABLE DES MATIÈRES

<i>ÉPIGRAPHE</i> _____	i
REMERCIEMENTS _____	iii
SOMMAIRE _____	iv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, ACRONYMES ET SIGLES _____	vi
LISTE DES ILLUSTRATIONS _____	x
ABSTRACT _____	xiv
INTRODUCTION _____	1
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET _____	2
II. PROBLÈME _____	6
III. PROBLÉMATIQUE _____	8
1. Évolution historique de la prostitution dans le monde _____	8
2. « Le travail de sexe » _____	9
3. L’adage populaire : « la prostitution comme le plus vieux métier du monde » _____	11
4. De la « déstigmatisation » de la prostituée _____	12
5. Bref aperçu sur la situation épidémiologique du VIH/SIDA dans le monde _____	12
6. Situation épidémiologique du VIH/SIDA au Cameroun _____	14
7. Bref aperçu sur la situation épidémiologique du VIH/SIDA chez les Travailleuses de Sexe dans le monde et au Cameroun. _____	15
Avant de présenter la situation épidémiologique du VIH/SIDA au Cameroun, cette situation sera d’abord présentée au plan mondial, ensuite régional et enfin local. _____	15
a. Dans le monde _____	15
8. Généralités sur l’accès aux soins de santé au Cameroun _____	17
9. Facteurs de risque d’infection par le VIH chez les TS _____	18
- l’accès universel à une prise en charge complète du VIH : _____	19

IV. QUESTIONS DE RECHERCHE _____	22
1. Question centrale _____	22
2. Questions secondaires _____	23
V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE _____	23
1. Hypothèse principale _____	23
2. Hypothèses spécifiques _____	23
VI. OBJECTIFS _____	24
Ils sont déclinés en objectifs principal et spécifiques. _____	24
A. Objectif principal _____	24
B. Objectifs spécifiques _____	24
VIII. MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE _____	26
1. Cadre théorique _____	26
a. L'individualisme méthodologique de BOUDON _____	27
b. La théorie des représentations sociales de MOSCOVICI _____	28
c. Le modèle explicatif (<i>The explanatory model</i>) de KLEINMAN _____	29
d. Le modèle de recours d'ANDERSEN et d'ADEY _____	30
e. La théorie de la micro-économie d'ARROW _____	31
3. Les techniques de collecte des données et d'analyse des informations _____	32
a. L'observation documentaire _____	32
b. L'observation directe _____	33
c. L'entretien _____	34
d. Les récits de vie _____	35
3. Population d'étude, cadre d'étude et technique d'échantillonnage _____	36
a. Population d'étude _____	36
b. Présentation du cadre d'étude _____	36
c. Technique d'échantillonnage _____	39
b. Analyse des données _____	40

a. Analyse des entretiens _____	40
IX. LES ARTICULATIONS DE LA RECHERCHE _____	43
PREMIÈRE PARTIE : DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE ET DE	
L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE DES TRAVAILLEUSES DE	
SEXE SÉROPOSITIVES : ANALYSE DU CADRE CONCEPTUEL _____	
CHAPITRE I _____	46
CONCEPTUALISATION DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE ET DE	
L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS DE SANTE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE	
SÉROPOSITIVES _____	
I. DE LA CONCEPTUALISATION DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE	46
1. De la définition du concept de vulnérabilité _____	46
a. De l'analyse du concept de « vulnérabilité » à partir des sciences environnementales	47
b. De l'analyse du concept de « vulnérabilité » à partir de la biomédecine _____	49
c. De l'analyse du concept de « vulnérabilité » à partir de la sociologie _____	50
2. De la définition du concept de vulnérabilité socio-sanitaire _____	54
II. DE LA CONCEPTUALISATION DE L'ACCES ET DE L'ACCESSIBILITÉ AUX	
SOINS _____	55
1. L'accès et l'accessibilité aux soins _____	56
a. L'accès aux soins en économie de la santé _____	56
b. L'accès aux soins de santé en géographie _____	57
c. L'accès aux soins en sociologie : jonction entre la géographie sociale et la géographie	
de la santé _____	57
2. L'accessibilité aux soins de santé _____	58
a. L'accessibilité aux soins du point de vue de la géographie de la santé _____	58
b. L'accessibilité aux soins du point de vue de l'économie de la santé _____	58
III. DE LA CONCEPTUALISATION DE TRAVAILLEUSE DE SEXE	
(PROSTITUÉE) _____	59

1. De la définition étymologique _____	59
2. De la définition juridique _____	60
a. La prostitution sédentaire _____	60
b. La prostitution de luxe _____	61
IV. DE L'IDENTIFICATION DES VARIABLES _____	62
2. La variable explicative _____	64
CHAPITRE II: FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE CHEZ _____	66
LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES _____	66
I. LES FACTEURS SOCIODEMOGRAPHIQUES _____	67
1. Analyse de l'âge, du statut matrimonial, de la religion, du niveau d'instruction et de l'ethnie des TSS _____	67
a. L'âge _____	67
b. le statut matrimonial _____	68
c. La religion _____	68
d. Le niveau d'instruction _____	69
e. L'ethnie _____	70
2. Analyse du lieu de résidence, de l'activité, de la taille de la famille, et du revenu des TSS.. _____	71
a. Le lieu de résidence _____	71
b. L'activité menée par la TSS _____	71
Ainsi, les résultats mentionnés sur le tableau ci-dessus permettent d'affirmer que la plupart des TSS ne mènent aucune autre activité en dehors du travail de sexe. _____	72
c. La taille de la famille _____	72
d. Le revenu moyen mensuel d'une TSS _____	73
II. DES FACTEURS SOCIO-CULTURELS _____	74
1. Des représentations sociales: le travail de sexe comme acte déviant et facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les TS séropositives _____	74

2. La construction sociale du corps : la domination masculine comme facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les TS Séropositives _____	78
III. LES FACTEURS ÉCONOMICO-INSTITUTIONNELS DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE CHEZ LES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES ____	
1. La précarité économique comme facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les Travailleuses de Sexe séropositives _____	85
2. Du cadre juridique : Le caractère clandestin du travail de sexe comme facteur de vulnérabilité socio-sanitaire chez les Travailleuses de Sexe séropositives _____	87
CHAPITRE III CONSTRUCTION DES TRAJECTOIRES THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ SOCIO-SANITAIRE _____	
I. IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DES RECOURS THÉRAPEUTIQUES DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES _____	94
1. L'automédication _____	95
2. La tradipratique ou l'ethnomédecine ou encore la médecine traditionnelle _____	98
3. Les thérapies religieuses _____	100
4. La biomédecine _____	101
5. Le pluralisme thérapeutique _____	102
2. Des premiers essais thérapeutiques à leurs échecs _____	107
Cette sous-partie sera consacrée à la description et à l'analyse des trajectoires thérapeutiques de deux TS à titre illustratif. Il s'agit de Marie-Chantal et de Bernadette. 107	
3. Interprétations des choix thérapeutiques du malade et ses proches _____	110
DEUXIÈME PARTIE _____	
PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN : DES INSTITUTIONS PUBLIQUES AUX INITIATIVES PRIVÉES _____	
CHAPITRE IV : DU MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE AUX FORMATIONS SANITAIRES ET DE LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN _____	
	116

I.	DES DISPOSITIONS INSTITUTIONNELLES EN MATIÈRE DE PRISE EN CHARGE DES TS SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN	116
1.	Des politiques aux stratégies	116
2.	Sites d'intervention	122
II.	DE LA SYNERGIE INTERSECTORIELLE	127
1.	Le MINSANTE et les acteurs/partenaires internationaux	127
2.	Le MINSANTE et les acteurs/partenaires nationaux	128
a.	De l'appui du Groupe Technique Régional	129
b.	De la contribution des autres départements ministériels	132
c.	Le rôle des Formations Sanitaires	134
	CHAPITRE V_HORIZONS FEMMES, LE PROJET « CHAMP » ET LA PRISE EN CHARGE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE AU CAMEROUN	139
I.	GENERALITES SUR L'ASSOCIATION HORIZONS FEMMES	139
	<p>Cette section sera consacrée à la présentation générique de l'association HF. Pour ce faire, plusieurs points seront abordés. Il s'agit de la présentation de l'association HF, ses domaines d'intervention, son organisation et son fonctionnement, son expertise et ses réalisations.</p>	
		139
1.	présentation de l'association HF	139
2.	Domaines d'intervention	140
3.	Organisation et fonctionnement	141
	□ Population cibles	142
	□ Partenaires	142
4.	Expertise et réalisation	144
	<p>L'association HF possède une véritable expérience en matière d'encadrement des personnes vulnérables. Cela s'observe à travers son expertise et ses multiples réalisations.</p>	
		144
a.	Expertise	144
II.	PROJET « CHAMP » : PREVENTION, DEPISTAGE, SOINS ET TRAITEMENT, SUIVI, SOUTIEN ET ACCOMPAGNEMENT DES TS	146

<i>Source : enquête de terrain</i>	147
1. Sites d'intervention	147
a. Volet prévention	148
d. Volet suivi, soutien et accompagnement	149
3. La prise en charge dans le projet « CHAMP »	154
CHAPITRE VI: DU POTENTIEL AUX INSUFFISANCES CONSTATÉES DANS LE CADRE DE LA PRISE EN CHARGE DES TS SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN	158
I. DU POTENTIEL DE LA COOPÉRATION HORIZONS FEMMES/CHAMP ET MINSANTE/FOSA	158
II. DES INSUFFISANCES CONSTATÉES DANS LE CADRE DE LA PEC DES TS SÉROPOSITIVES	160
1. Sur plan de la disponibilité et de la durabilité des prestations sanitaires	161
c. De l'approche biomédicale vers l'approche interdisciplinaire : quel potentiel pour la PEC des TS ?	163
3. De la gestion durable des pertues de vue	165
TROISIÈME PARTIE: DES DÉTERMINANTS DE L'ACCESSIBILITÉ AUX SOINS ET SERVICES DE SANTE AUX PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES AU CAMEROUN	181
CHAPITRE VII: DES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS ET STRUCTURELS	183
II. LES DÉTERMINANTS OU FACTEURS SOCIO-CULTURELS	186
1. Le niveau d'instruction	186
2. Le réseau relationnel	188
3. Les représentations sociales	189
III. IDENTIFICATION DES DÉTERMINANTS OU FACTEURS STRUCTURELS	193
1. La disponibilité des soins et des services	193
2. La disponibilité du personnel de prise en charge et la nature des rapports soignant/soigné	196

3. Le rôle des Formations Sanitaires dans la prise en charge des TS séropositives _____	217
---	-----

CHAPITRE VIII : IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DES DÉTERMINANTS

ÉCONOMIQUES ET GÉOGRAPHIQUES _____	224
------------------------------------	-----

I. LES DÉTERMINANTS OU FACTEURS ÉCONOMIQUES _____	224
---	-----

1. L'activité menée par la TS _____	224
-------------------------------------	-----

2. Le nombre d'enfant ou la taille du ménage de la TS et son statut matrimonial _____	228
---	-----

II. LES DÉTERMINANTS OU FACTEURS GÉOGRAPHIQUES _____	230
--	-----

1. La distance entre le lieu de prise en charge et le lieu de résidence de la TS _____	231
--	-----

2. La mobilité des TS _____	243
-----------------------------	-----

3. La répartition géographique des lieux de prise en charge _____	246
---	-----

CHAPITRE IX : PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES

SUR LES PRESTATIONS SANITAIRES OFFERTES PAR LES INSTITUTIONS DE

PRISE EN CHARGE AU CAMEROUN (LE MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET

HORIZONS FEMME) _____	258
-----------------------	-----

I. PERCEPTIONS DES TRAVAILLEUSES DE SEXE SÉROPOSITIVES SUR LA PRÉVENTION, LE DÉPISTAGE, LES SOINS, LE SOUTIEN ET

L'ACCOMPAGNEMENT OFFERTS PAR HF À TRAVERS LE PROJET

« CHAMP »..... _____	260
----------------------	-----

1. Perceptions du volet prévention par les TS _____	260
---	-----

a. En Communauté _____	263
------------------------	-----

b. Au DIC _____	263
-----------------	-----

2. Perception des TS du volet dépistage, suivi, soutien et accompagnement _____	266
---	-----

a. En communauté (Outreach) _____	266
-----------------------------------	-----

Il s'agit des activités suivantes : _____	266
---	-----

b. Au DIC (Drop In Centre) _____	266
----------------------------------	-----

II. PERCEPTIONS DES TS SÉROPOSITIVES SUR LE LIEN AU TRAITEMENT EFFECTUE PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE À TRAVERS SES FOSA..	270
1. Perceptions sur la qualité des soins et des services	271
2. Perceptions sur la qualité de la prise en charge des TS séropositives dans les FOSA	275
3. Perceptions Sur l'efficacité du traitement reçu par les TS	277
CONCLUSION	283
BIBLIOGRAPHIE	293
ANNEXES	ix