



Revue des Sciences Sociales

Numéro 2 | 2026

Numéro thématique | sept. 2026

REA – Impact factor (SJIF) 2026 : 6.746

Date de soumission : 15-07-2026 / Date de publication : 30-09-2026

DEFIS DE LA PRISE EN CHARGE DU VIH CHEZ LES TRAVAILLEUSES DU SEXE À ODIENNE (CÔTE D'IVOIRE)

CHALLENGES IN HIV CARE FOR SEX WORKERS IN ODIENNÉ (CÔTE D'IVOIRE)

Motihé Siaky **KAMARA** – Wagnan Karidja **KONÉ épouse KONÉ** – Moussa **KONÉ**

RÉSUMÉ

Cette étude analyse, dans une perspective constructiviste, les défis de la prise en charge du VIH/sida chez les TS à Odienné. Une approche mixte à dominante qualitative a combiné un questionnaire, des entretiens semi-directifs et deux focus groups auprès de 26 TS, ainsi que des entretiens avec quatre responsables de structures de prise en charge. Les résultats montrent une population majoritairement adulte et ivoirienne, dont une part importante exerce dans la clandestinité. La stigmatisation, la crainte du rejet familial et les difficultés d'accès aux services fragilisent les

parcours de soins. La prise en charge est également limitée par la perception de pratiques stigmatisantes dans certaines structures et par des difficultés de disponibilité de certains intrants et services adaptés. L'étude conclut à la nécessité de renforcer des dispositifs de prise en charge accessibles, confidentiels et adaptés aux besoins des TS afin d'améliorer la continuité des soins à Odienné.

Mots-clés : Travailleuse du sexe ; VIH ; stigmatisation ; recours aux soins ; vulnérabilité sociale ; Côte d'Ivoire

ABSTRACT

This study analyzes, from a constructivist perspective, the challenges of HIV/AIDS care among sex workers in Odienné. A mixed-methods approach with a qualitative focus combined a questionnaire, semi-structured interviews, and two focus groups with 26 sex workers, as well as interviews with four managers of care facilities. The results show a population that is predominantly adult and Ivorian, a significant portion of whom work in the sex trade clandestinely.

Stigma, fear of family rejection, and difficulties accessing services undermine the continuity of care. Care is also limited by the perception of stigmatizing practices in certain facilities and by difficulties in obtaining certain supplies and appropriate services. The study concludes that there is a need to strengthen care systems that are accessible, confidential, and tailored to the needs of sex workers in order to improve continuity of care in Odienné.

Keywords: Sex worker; HIV; stigma; access to care; social vulnerability; Ivory Coast

INTRODUCTION

La Côte d'Ivoire demeure l'un des pays d'Afrique de l'Ouest les plus touchés par l'épidémie de VIH, malgré les progrès importants enregistrés au cours des dernières décennies. La prévalence du VIH chez les adultes était estimée à 4,7 % en 2005, avant de connaître une baisse progressive au fil des années. Les estimations nationales récentes situent cette prévalence autour de 1,82 % en 2022-2023, traduisant une amélioration globale de la situation épidémiologique (Spectrum 2023 : 4).

Cette évolution favorable s'explique notamment par le renforcement du dépistage, l'amélioration de l'accès aux traitements antirétroviraux et la mise en œuvre d'interventions de prévention à l'échelle nationale.

Toutefois, cette amélioration globale masque d'importantes disparités épidémiologiques.

Le VIH continue de toucher de manière disproportionnée certaines populations clés, notamment les travailleuses du sexe (TS), dont la vulnérabilité est liée à des facteurs sociaux, économiques et comportementaux. En Côte d'Ivoire, une étude menée en 2016-2017 auprès de 1 000 TS à Abidjan et dans la région de San Pedro a mis en évidence une prévalence du VIH de 3,9 %, confirmant la persistance d'une forte exposition au risque au sein de cette population, malgré la baisse observée au niveau national (Nouaman *et al.* 2022 : 5).

Cette situation s'inscrit dans un contexte plus large d'inégalités sociales en santé, définies comme des différences systématiques, évitables et injustes dans l'état de santé des populations (Guichard *et al.* 2010 : 73).

L'analyse de cette vulnérabilité peut être approfondie à partir du concept de violence structurelle développé par Farmer. Celui-ci désigne les mécanismes sociaux, économiques et politiques qui produisent ou reproduisent des inégalités et exposent certaines populations à des risques sanitaires différenciés, notamment en limitant leur accès aux ressources et aux soins (Farmer 2004 : 315). Chez les TS, ces mécanismes peuvent être appréhendés à travers les conditions sociales et institutionnelles dans lesquelles s'exerce leur activité. En Côte d'Ivoire, le cadre juridique ne criminalise pas de manière générale l'exercice de la prostitution, mais sanctionne certaines pratiques qui lui sont associées. Le Code pénal réprime notamment le proxénétisme et le fait d'aider, d'assister ou de protéger sciemment la prostitution d'autrui ou le racolage en vue de la prostitution (voir les articles 358 et 361 de la loi n° 2019-574 du 26 juin 2019 portant Code pénal) (République de Côte d'Ivoire 2019 : 234). Ce cadre juridique, combiné à la stigmatisation sociale et aux conditions précaires d'exercice de l'activité, peut contribuer à renforcer la vulnérabilité des TS et à limiter leur recours aux services de santé. Des travaux menés en

Côte d'Ivoire soulignent notamment leur exposition aux violences physiques et sexuelles ainsi que les difficultés d'accès aux services de santé, facteurs susceptibles d'accroître leur vulnérabilité au VIH et à d'autres problèmes de santé (Nouaman *et al.* 2015 : 8 ; Shannon *et al.* 2015 : 62). La vulnérabilité sanitaire des TS ne peut donc être réduite aux comportements individuels ; elle doit également être comprise à travers les rapports sociaux, institutionnels et économiques qui structurent leurs conditions de vie et leur accès aux soins.

De plus, l'accès aux services de santé pour les TS est entravé par une logique de fracture d'accessibilité, qui désigne les multiples obstacles (géographiques, économiques, sociaux et symboliques) limitant l'accès effectif aux soins (Levesque *et al.* 2013 : 5). Plusieurs études montrent que la stigmatisation constitue un déterminant majeur de l'exclusion du continuum de soins VIH, entravant le dépistage, l'initiation et l'observance du traitement antirétroviral (Nyblade *et al.* 2019 : 6).

En Côte d'Ivoire, diverses actions menées par le ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture maladie universelle à travers le Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) ont contribué à améliorer la connaissance des dynamiques du travail du sexe et à optimiser les interventions dans les grandes villes. En effet, les études opérationnelles conduites par le PNLS (2022 : 42) ont permis de réduire significativement la prévalence du VIH parmi les TS, illustrant l'efficacité des approches ciblées. Ces études ont documenté les connaissances sur l'offre de services de soins et de soutien, la stigmatisation, ainsi que les violences faites aux TS en Côte d'Ivoire (PNLS 2021 : 74) : (i) l'enquête bio-comportementale 2014, (ii) la cartographie des sites de travail du sexe à Abidjan, Bouaké et San Pedro 2016 ; (iii) la cartographie programmatique des travailleuses de sexe à Yamoussoukro, et l'évaluation des indicateurs clés du programme destiné aux professionnelles du sexe en Côte d'Ivoire, (IBBS TS 2020 : 78). Ces études ont directement amélioré les stratégies ciblant les TS et ont significativement augmenté l'efficacité des programmes de lutte contre le VIH, la prévalence passant ainsi de 28,7 % à 12,62 % (PNLS 2022 : 18). Ce succès est attribué aux données fournies sur la localisation des TS et les lacunes de couverture des interventions existantes.

Malgré ces avancées, la majorité des études se sont concentrées sur les grands centres urbains tels qu'Abidjan, Bouaké ou San Pedro, laissant peu de place à la documentation des réalités des zones périphériques et rurales (PNLS 2017 : 35 -173). Or, les contextes locaux jouent un rôle déterminant dans l'organisation des pratiques de santé et des parcours de soins. Dans des régions comme le Denguélé, et plus particulièrement à Odienné, les dynamiques socioculturelles, les normes sociales, les réseaux de sociabilité et les configurations de

l'offre de soins peuvent différer substantiellement. Cette absence de données contextualisées limite la compréhension fine des mécanismes d'accès aux soins et des obstacles spécifiques rencontrés par les TS dans ces espaces. Dans ce cadre, la prise en charge du VIH/sida ne peut être appréhendée uniquement sous l'angle biomédical.

Dans cette perspective, une approche anthropologique apparaît particulièrement pertinente. Elle permet d'aller au-delà de la seule dimension biomédicale afin de comprendre les représentations sociales de la maladie, les logiques d'action des différents acteurs, les mécanismes de stigmatisation, les stratégies développées par les TS pour accéder aux soins ainsi que les interactions qui structurent leur parcours thérapeutique.

Ainsi, la principale lacune scientifique réside dans l'absence de données qualitatives approfondies sur les expériences de prise en charge du VIH chez les TS dans les zones périphériques de Côte d'Ivoire, en particulier dans le district sanitaire d'Odienné. Alors que les études existantes décrivent principalement les indicateurs épidémiologiques et programmatiques, elles documentent peu les mécanismes sociaux, institutionnels et culturels qui influencent l'accès aux soins, la continuité du suivi thérapeutique et les interactions entre les TS, les structures sanitaires et les organisations communautaires. L'objectif général de cette étude est d'analyser, dans une perspective anthropologique, les facteurs sociaux, structurels et institutionnels qui façonnent les parcours de prise en charge du VIH chez les TS dans le district sanitaire d'Odienné. Les objectifs spécifiques visent à : (i) analyser les conditions sociales et structurelles qui influencent l'accès et le recours aux services de prise en charge du VIH ; (ii) examiner les expériences des TS au sein des dispositifs de soins, notamment leurs rapports avec les professionnels de santé et les autres acteurs impliqués ; et (iii) identifier les stratégies individuelles et collectives qu'elles mobilisent pour surmonter les contraintes rencontrées et assurer la continuité de leur suivi.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1. Approche méthodologique et posture de recherche

Cette étude utilise une approche mixte à dominante qualitative, avec un volet quantitatif descriptif pour contextualiser les données qualitatives. L'enquête s'est déroulée du 18 décembre au 27 janvier 2024 dans le district sanitaire d'Odienné. Cette méthodologie permet de croiser les informations des deux approches pour une compréhension globale des expériences de prise en charge du VIH chez les TS à

Odienné. Les deux volets sont complémentaires, les données quantitatives ayant permis d'identifier les caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée. Ces éléments ont été mis en relation avec les données qualitatives pour approfondir l'interprétation des situations observées. Les entretiens individuels et les échanges collectifs ont ainsi expliqué et contextualisé les tendances identifiées par le volet quantitatif. Le croisement des résultats a renforcé la compréhension des parcours de prise en charge du VIH, révélant à la fois des régularités et une diversité d'expériences individuelles. Le volet quantitatif a consisté en l'administration d'un questionnaire structuré aux TS avant leur participation aux entretiens ou focus groups.

Ce questionnaire a documenté leurs caractéristiques sociodémographiques, y compris l'âge, le niveau d'instruction, la situation matrimoniale et la nationalité, ainsi que leur appartenance aux catégories de travail du sexe. Les données collectées ont été analysées statistiquement après vérification, codification, contrôle de qualité et saisie dans Microsoft Excel, permettant de calculer les effectifs et pourcentages, présentés sous forme de tableaux pour faciliter l'interprétation.

Pour saisir les représentations sociales et les perceptions des TS concernant la prise en charge du VIH, une approche qualitative a été adoptée. Cette méthode, considérée comme un « acte phénoménologique » (Paillé et Mucchielli 2003 : 73), mobilise la capacité du chercheur à interpréter les significations attribuées par les acteurs sociaux à leurs expériences dans leur contexte socioculturel. L'étude adopte une démarche compréhensive et interprétative, analysant les logiques sociales, normes et représentations qui structurent les parcours de soins des TS. Une posture réflexive du chercheur est essentielle dans l'analyse de ces phénomènes sensibles et stigmatisés. L'étude s'inscrit dans un cadre théorique constructiviste, considérant les réalités sociales comme des constructions issues des interactions et contextes socioculturels.

Les comportements et parcours de prise en charge du VIH chez les TS à Odienné sont analysés comme le produit de structures sociales qui orientent leurs pratiques. Selon Pierre Bourdieu (1987 : 158), ces pratiques résultent de l'interaction entre contraintes structurelles, ressources disponibles et stratégies d'adaptation face à la vulnérabilité.

1.2. Cadres d'étude

L'étude a été menée à Odienné, la préfecture de la région du Denguélé, située au Nord-Ouest de la Côte d'Ivoire, à 867 km d'Abidjan. Cette localité fait partie de l'aire socioculturelle des Malinkés, historiquement liée

au royaume du Kabadougou. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de (2021 : 7), la population d'Odienné est estimée à 156 730 habitants, pour une superficie de 3 381,28 km². Bien que la population autochtone appartienne au grand groupe Mandé du nord et soit majoritairement musulmane, la ville accueille également des populations allochtones et allogènes, ce qui contribue à sa diversité linguistique. L'économie d'Odienné repose principalement sur l'agriculture, notamment les agro-industries du coton et de l'anacarde, ainsi que sur le secteur informel.

1.3. Population de l'étude et échantillonnage

Compte tenu du caractère caché et fortement stigmatisé de la population étudiée, les participantes ont été recrutées selon une stratégie d'échantillonnage par chaînes de référence, fondée sur les réseaux sociaux des TS. Le recrutement a débuté avec trois participantes

initiales (« graines »), sélectionnées de manière raisonnée avec l'appui des organisations communautaires intervenant auprès des TS à Odienné. Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants : être âgée d'au moins 18 ans, exercer une activité de travail du sexe à Odienné depuis au moins six mois. Ces participantes présentaient des profils diversifiés en termes d'âge, de mode d'exercice de l'activité et de situation matrimoniale, afin de favoriser l'accès à différents réseaux relationnels. Chacune d'elles a ensuite été invitée à orienter vers l'étude d'autres TS de son réseau, sous réserve de leur consentement à participer. Le processus s'est poursuivi par quatre vagues successives de recrutement, jusqu'à l'inclusion de 26 participantes (tableau I), effectif jugé suffisant au regard de la saturation des informations recueillies et des objectifs de l'étude. Le recrutement a été facilité par les conseillers communautaires et les pairs éducateurs, qui ont joué un rôle d'intermédiation auprès des participantes potentielles. La recherche a également impliqué 4 responsables de structures qui ont été interviewés.

Tabl. I : récapitulatif des enquêtes de l'échantillonnage qualitatif

Catégorie d'enquêtés	Technique de collecte	Effectif N	Proportion
Travailleuses du sexe	Entretiens Individuels (EI)	10	33,3%
Travailleuses du sexe	Focus Groups (FG)	16	53,3%
Sous-total TS (N = 26)		26	86,7%
Responsables des Structures (RS) de prise en charge	Entretiens Individuels (EI)	4	13,3%
Total des participants (N = 30)		30	100%

Source : Enquête de terrain, Janvier 2024

1.4. Considérations éthiques

Cette étude impliquant des sujets humains a été réalisée conformément aux normes éthiques en santé. L'avis favorable du Comité National d'Éthique des Sciences de la Vie et de la Santé de Côte d'Ivoire (CNESVS-CI) a été obtenu avant le début de l'enquête (N/Réf. : 232-23/MSHPCMU/CNESVS-km du 13 novembre 2023). L'équipe de recherche a respecté les exigences éthiques définies par le CNESVS-CI tout au long de l'étude. La participation des TS reposait sur le consentement libre et éclairé. Avant leur inclusion, les participantes ont été informées des objectifs de l'étude, des modalités de

participation, des bénéfices, des risques éventuels et de leur droit de refuser ou de se retirer à tout moment, sans impact sur leur accès aux soins. Le consentement n'était recueilli qu'après vérification de leur compréhension. Des mesures ont été mises en place pour préserver la dignité, l'autonomie, la confidentialité et la liberté de décision des participantes, compte tenu de la sensibilité du sujet et de la stigmatisation associée au travail du sexe et au VIH. Les données ont été traitées de manière confidentielle et utilisées uniquement à des fins de recherche. Pour garantir la confidentialité, des mesures d'anonymisation, de stockage et de destruction des données ont été appliquées. Lors de la transcription, les noms et éléments identifiants ont été supprimés et remplacés par des codes

anonymes. Les données nominatives nécessaires au suivi ont été conservées séparément des données d'analyse. Les enregistrements audios des entretiens et discussions de groupe ont été transférés sur un ordinateur sécurisé, accessible uniquement aux membres autorisés de l'équipe. Après vérification, les fichiers ont été supprimés des dispositifs d'enregistrement pour réduire les risques d'accès non autorisé. Les fichiers audios ont été conservés uniquement pendant la transcription et l'analyse, puis supprimés conformément aux exigences du CNESVS-CI. Les transcriptions anonymisées sont conservées pendant dix ans, sous la responsabilité du chercheur principal, dans un espace sécurisé accessible uniquement aux personnes autorisées. À l'issue de cette période, les données seront détruites selon une procédure sécurisée. Les résultats sont

1.5. Analyse des données

Les données validées ont été importées dans NVivo pour leur organisation, codage et analyse qualitative. Le codage a suivi une approche déductive et inductive. Une première grille de codage a été élaborée à partir des objectifs de l'étude, des questions de recherche et des thèmes du guide d'entretien, puis enrichie par des catégories émergentes issues des discours des participantes. Deux chercheurs ont codé indépendamment l'ensemble du corpus. Les divergences d'interprétation ont été discutées pour parvenir à un consensus sur les codes. La grille de codage a été révisée au fur et à mesure que de nouvelles catégories pertinentes apparaissaient. Les codes ont

2. RÉSULTATS

2.1. Caractéristiques sociodémographiques des travailleuses du sexe

Les caractéristiques sociodémographiques présentées ci-dessous (tableau II) concernent exclusivement les TS participantes (n = 26). Elles décrivent leur profil à Odienné et ne sont pas représentatives de l'ensemble des TS de la localité ou de la Côte d'Ivoire. 54 % étaient âgées de 25 ans ou plus et 35 % avaient atteint le niveau secondaire. Sur le plan matrimonial, 77 % n'avaient jamais été mariées,

présentés de manière à ne pas identifier les participantes, en utilisant des codes anonymes et en supprimant les informations susceptibles de révéler leur identité. La codification distingue clairement l'anonymisation des participantes de la typologie analytique des TS. Chaque verbatim est associé à un code d'identification sans révéler l'identité de la personne interrogée :

- EI01, EI02, etc. : participantes aux entretiens individuels ;
- FG1-P01, FG1-P02, etc. : participantes au premier focus group ;
- FG2-P01, FG2-P02, etc. : participantes au deuxième focus group ;
- RS01, RS02, etc. : responsables des structures de prise en charge.

ensuite été regroupés en catégories analytiques et en thèmes principaux. La saturation des données a été évaluée lorsque les entretiens successifs n'apportaient plus d'informations nouvelles susceptibles d'affecter les catégories ou l'interprétation. L'arrêt du recrutement et de la collecte qualitative a été décidé en fonction de l'absence de nouvelles dimensions analytiques, conformément aux objectifs de l'étude. L'analyse des données qualitatives a été réalisée selon une analyse de contenu thématique, comme décrit par Bardin (2013 : 260). Cette démarche a consisté à identifier les unités de sens, à regrouper les discours par proximité sémantique et à interpréter les résultats à la lumière des cadres théoriques mobilisés, notamment les théories des inégalités sociales de santé, de la violence structurelle et de l'accessibilité aux soins.

contre 4 % de femmes mariées et 15 % de femmes divorcées ou séparées. Enfin, 77 % étaient de nationalité ivoirienne, les autres étant originaires de pays voisins d'Afrique de l'Ouest. Ces données situent le profil social des participantes et éclairent les expériences analysées. Compte tenu de la taille de l'échantillon, de l'approche qualitative et du mode de recrutement, elles restent descriptives et ne peuvent être extrapolées à l'ensemble des TS d'Odienné ou à d'autres contextes.

Tabl. II : Caractéristiques sociodémographiques et typologie des TS

Caractéristiques sociaux démographiques ¹	26	%
Groupe d'âge		
18-24	12	46
25 ans et plus	14	54
Niveau d'instruction		
Jamais scolarisée	11	42
École coranique	0	0
Primaire	5	19
Secondaire	9	35
Supérieur	1	4
Situation matrimoniale		
Jamais mariée	20	77
Actuellement mariée	1	4
Divorcée / Séparée	4	15
Veuve	1	4
Nationalité		
Ivoirienne	20	77
Autre	6	23
Typologie des TS		
TS affichées ²	9	35
TS non affichées ou clandestines ³	14	54
TS celles qui passent d'une catégorie à l'autre en fonction du lieu ou zone d'exercice ⁴	3	12

Source : Enquête de terrain, Janvier 2024

¹ Certains totaux peuvent atteindre 101 % du fait des arrondis.² TS01³ TS02⁴ TS03

2.2. Accès aux services de prise en charge du VIH/sida par les travailleuses du sexe

2.2.1. Les structures communautaires : principal point d'entrée dans le continuum de soins

Les résultats mettent en évidence le rôle central des organisations communautaires dans l'accès aux services de prévention et de prise en charge du VIH. À Odienné, plusieurs organisations, notamment ODAFERME et Alliance Côte d'Ivoire, interviennent auprès des populations clés en complément des structures publiques et privées de santé (Hôpital Général, Service de Santé Scolaire et Universitaire–Service des Adolescents et Jeunes, etc.). Ces organisations mettent en œuvre le paquet minimum de services recommandé par le PNLS, comprenant la sensibilisation, la distribution de préservatifs, le dépistage communautaire, la prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), le soutien psychosocial, l'assistance juridique et la référence vers les structures sanitaires.

Les témoignages recueillis montrent que ces interventions répondent directement aux besoins exprimés par les TS : « Souvent, même lorsque ODAFERME vient, il nous fournit des préservatifs et nous conseille pour que nous puissions sortir de cette situation. » EI08

Les entretiens réalisés auprès des responsables des organisations communautaires montrent que celles-ci assurent également une fonction de médiation sanitaire, en identifiant les personnes dépistées positives et en les orientant vers les structures de prise en charge clinique : « Parmi nos activités, nous organisons des cliniques de nuit où nous distribuons des kits de prévention. Lorsqu'un cas de VIH est dépisté positif, nous le référons vers un centre de santé pour assurer sa prise en charge médicale. En cas d'IST, nous assurons également la prise en charge initiale grâce aux kits disponibles. » RS03

Ces résultats montrent que les ONG communautaires et les partenaires de mise en œuvre soutenus par Présidents Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) assurent une fonction essentielle de référence, d'accompagnement et de maintien dans le parcours de soins, réduisant ainsi les barrières d'accès auxquelles sont confrontées les TS. Par ailleurs, certaines participantes rapportent une expérience positive des structures sanitaires lorsque l'accueil est perçu comme respectueux : « Moi, je préfère l'Hôpital Général parce qu'on t'accueille bien et on ne te fait pas sentir exclue. » EI04. Cependant, cette perception demeure minoritaire.

L'analyse qualitative révèle que plusieurs TS évitent volontairement les structures sanitaires au profit des organisations communautaires. Cette attitude s'explique principalement par des expériences de stigmatisation, de discrimination, de violation de la confidentialité et parfois

de harcèlement de la part de certains prestataires de santé : « Ici, c'est un centre communautaire, donc il n'y a pas de problème. Mais dans les autres centres, quand on voit que tu es prostituée, on te regarde de façon bizarre et tu te sens mal à l'aise. » EI02

Certaines participantes rapportent même avoir subi des comportements assimilables à des abus de pouvoir ou à du harcèlement sexuel, entraînant une rupture complète avec les services hospitaliers : « Il y a un médecin à qui je me suis confiée. Il a ensuite voulu coucher avec moi. Après mon refus, il disait partout que je me prostituais. Depuis ce jour, j'ai arrêté de fréquenter l'hôpital et je viens maintenant à ODAFERME. » EI10

Au-delà des dimensions relationnelles, les participantes évoquent également des contraintes organisationnelles susceptibles de limiter le recours aux structures publiques, notamment les coûts indirects, les longues attentes et la lourdeur des procédures administratives : « Moi, je préfère aller à Pietro. Ce n'est pas cher et on ne reste pas longtemps. À l'Hôpital Général, quand tu arrives à 7 heures, tu peux repartir seulement à 16 heures. » FG02-P09

Dans l'ensemble, ces résultats montrent que le recours aux services de prise en charge du VIH chez les TS est fortement influencé par des facteurs sociaux, relationnels et institutionnels. Les organisations communautaires jouent un rôle déterminant dans l'orientation, la référence et le maintien des bénéficiaires dans le système de soins. À l'inverse, la stigmatisation, les atteintes à la confidentialité, les comportements discriminatoires, les délais d'attente et certaines défaillances organisationnelles favorisent le non-recours ou les ruptures dans la continuité des soins.

2.2.2. Les services cliniques : organisation du paquet minimum de prise en charge médicale des travailleuses du sexe

Les TS bénéficient de plusieurs interventions que ce soit au niveau préventif que palliatif (PNLS 2022 : 29). Concernant la prévention, les données issues des discussions de groupe avec les TS01, TS02, TS03 et des entretiens individuels confirment les réticences de certaines TS à se soumettre au dépistage du VIH. De l'analyse des données qualitatives, il est ressorti des entretiens que les TS ont affirmé avoir refusé de se faire dépister au VIH et ceci pour diverses raisons parmi lesquelles on peut citer :

- La peur de connaître son statut sérologique

« Moi en tout cas, je n'ai jamais fait de test, quand on me parlait de ça, j'avais peur » FG01-P07.

« Je ne voulais pas connaître mon statut parce que j'ai fait beaucoup de choses. Je ne me suis pas protégée dans beaucoup de rapports sexuels ». FG01-P06.

- Le manque de confidentialité de la part du personnel
Selon un conseiller communautaire : « Beaucoup refusent de se faire tester car elles pensent que les résultats seront partagés. Ainsi, certaines craignent que, si le test s'avère positif, cela soit connu de tous. » RS04

« J'ai très sincèrement peur de faire mon test. Il n'y a pas de confidentialité. Tu finis à l'hôpital et, arrivé au quartier, tout le monde sait. » FG02-P05

- Le mauvais accueil dans les centres de santé a été relevé dans les entretiens.

« À l'hôpital, quand on sait que tu es une prostituée, on te laisse de côté. » FG01-P02

1.1. Insuffisances d'intrants pour la prise en charge des travailleuses de sexe

L'un des principaux obstacles à la prise en charge du VIH chez les TS à Odienné est l'accessibilité insuffisante de certains intrants biomédicaux. Au moment de l'enquête, la PrEP et la PPE n'étaient pas suffisamment accessibles dans le district, malgré leur importance dans la prévention combinée du VIH chez les populations clés. Les entretiens avec les prestataires montrent que cette situation tient davantage aux difficultés d'approvisionnement et d'opérationnalisation qu'à une méconnaissance de ces outils. Certains professionnels formés à la PrEP déclarent ne pas pouvoir la proposer faute de disponibilité : « Actuellement, nous n'avons pas la PrEP à Odienné, bien que nous ayons reçu une formation sur son utilisation. » RS01.

Les acteurs interrogés signalent également des ruptures ponctuelles de tests de dépistage, de préservatifs et de médicaments contre les IST, susceptibles d'affecter la continuité des services et l'offre intégrée de prévention et de soins. Ainsi, les données recueillies mettent en évidence une accessibilité insuffisante de la PrEP et de la PPE pour les participants interrogées au moment de l'enquête, sans permettre de conclure à leur indisponibilité permanente ni à une inégalité géographique à l'échelle régionale ou internationale. Dans un contexte marqué par la mobilité des populations, notamment dans les espaces frontaliers, ces difficultés peuvent compliquer la continuité de la prévention.

2.3. Stigmatisation, violence et vulnérabilité socioculturelle dans la communauté

La communauté a été indexée lors des entretiens comme étant auteur de cette stigmatisation : « On nous traite de n'importe quoi et de tous les noms. Le travail que je fais là n'est pas bon. Ça fait honte. Ceux qui savent ce qu'on fait ils nous insultent ». EI01.

« Les gens nous détestent et nous jugent ». EI02

Le rejet par la famille

« Généralement ces jeunes filles sont discriminées parce que quand tu dis à quelqu'un que tu fais ce travail, les personnes commencent à s'éloigner de toi, à commencer par ta propre famille et tes amis. Pour eux, tu représentes déjà « un danger » parce qu'ils se disent qu'elles sont porteuses de maladie ». RS03.

Plusieurs participantes rapportent des violences physiques, principalement de la part de clients, parfois d'agents de sécurité. Ces agressions surviennent lors de négociations ou après des rapports sexuels, souvent liées au refus de préservatifs, entraînant menaces ou violences. « Certains enlèvent le préservatif et menacent de violence si tu refuses. » EI07

« Un client m'a brutalisée après mon refus d'un rapport sans préservatif. » EI09

Ces témoignages traduisent des rapports de pouvoir inégaux où les TS disposent de faibles moyens de protection et de recours.

Certaines participantes rapportent également des comportements qu'elles attribuent à des agents des forces de sécurité, notamment harcèlement, violences physiques et demandes d'argent. Ces témoignages déclaratifs suggèrent des situations perçues comme des abus susceptibles d'accroître leur vulnérabilité sociale et sanitaire : « Quand ils arrivent, ils frappent les filles avec leurs matraques. Nous sommes obligées de fuir et certaines se blessent. » EI02

Ces expériences doivent être replacées dans le contexte social local dans lequel évoluent les TS interrogées. Certaines participantes perçoivent les normes familiales, sociales et religieuses comme des contraintes limitant la visibilité de leur activité. La crainte du jugement, du rejet familial et de la stigmatisation les conduit à privilégier la discrétion. Ces perceptions ne peuvent toutefois être généralisées à l'ensemble de la population d'Odienné ni attribuées uniformément aux appartenances malinké ou musulmane. Une participante souligne cette difficulté de visibilité : « Ici à Odienné, les gens pensent que ce sont les étrangères qui se prostituent, alors que parmi nous il y a aussi des filles natives d'Odienné. » EI06. Ainsi, les témoignages recueillis suggèrent que les violences rapportées s'inscrivent à l'intersection des rapports de genre, des normes sociales et des formes de contrôle communautaire. Cette vulnérabilité peut, à son tour, entraver l'accès des TS aux services de prévention, de dépistage et de prise en charge du VIH.

3. DISCUSSION

3.1. Profil sociodémographique des travailleuses du sexe

Les données montrent que 54 % des TS sont âgées de 25 ans ou plus, contre 46 % âgées de 18 à 24 ans. Le travail du sexe à Odienné concerne donc aussi des

femmes adultes plus âgées et peut s'inscrire dans des trajectoires économiques durables. Les contraintes économiques et les responsabilités familiales peuvent contribuer au maintien de certaines femmes dans cette activité (ONUSIDA 2021 : 52). Toutefois, les données recueillies ne permettent pas d'en préciser les déterminants selon l'âge. Le niveau d'instruction est hétérogène : 35 % des participantes ont atteint le secondaire, tandis que 42 % n'ont jamais été scolarisées. Ce profil justifie l'adaptation des stratégies de communication et d'éducation pour la santé. Le recours à des messages simples, à l'oralité et à des supports adaptés aux différents niveaux d'instruction peut faciliter l'accès aux informations sur le VIH, les IST, le préservatif et le traitement (HAS 2016 : 49). Sur le plan matrimonial, 77 % des participantes n'ont jamais été mariées, contre 15 % de femmes divorcées ou séparées. Ces données peuvent refléter des trajectoires familiales et économiques diversifiées, mais ne permettent pas d'établir un lien causal entre statut matrimonial et entrée dans le travail du sexe. Elles doivent donc être mises en relation avec les récits recueillis lors des entretiens qualitatifs. La majorité des participantes sont de nationalité ivoirienne (77 %), contre 23 % d'autres nationalités. Cette prédominance montre que le travail du sexe à Odienné ne se réduit pas à un phénomène lié à la migration internationale, malgré le caractère frontalier de la zone. La nationalité ne permet toutefois pas de déterminer les conditions de mobilité ni leur influence sur la continuité des soins. La mobilité interne ou transfrontalière rapportée dans les entretiens doit ainsi être analysée séparément comme un facteur potentiel de rupture du suivi thérapeutique. La typologie retenue indique que 54 % des participantes relèvent de la catégorie TS02, 35 % de la catégorie TS01 et 12 % déclarent passer d'une catégorie à l'autre selon le lieu où la zone d'exercice. Cette répartition souligne la diversité des modes d'exercice et la faible visibilité d'une partie de l'activité. La discrétion peut constituer une stratégie de gestion de l'exposition sociale dans un contexte de stigmatisation du travail du sexe (HAS 2016 : 45). Elle peut également influencer le recours aux soins, notamment lorsque les participantes privilégient des circuits communautaires ou des dispositifs garantissant davantage de confidentialité. Les données de l'IBBS menée auprès des TS en Côte d'Ivoire montrent par ailleurs une exposition importante aux violences, avec des variations selon les sites d'enquête (IBBS TS 2020 : 23). À Odienné, ces données nationales ou multisites doivent toutefois être distinguées des résultats de la présente enquête. La clandestinité ne constitue pas en elle-même une preuve d'exposition aux violences. Les témoignages permettent plutôt d'analyser les liens entre recherche de discrétion, expériences de stigmatisation ou de violence et relations avec les acteurs du contexte local.

3.2. Stigmatisation, déviance et violence structurelle : une production sociale de l'exclusion sanitaire

Les résultats révèlent une stigmatisation multiforme (familiale, communautaire et institutionnelle) qui constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins. Cela s'inscrit dans la théorie de la déviance de Becker (1985 : 102) et l'approche interactionniste du stigmate de Goffman (1975 : 96). À Odienné, certaines participantes signalent une forte désapprobation du travail du sexe, liée à des normes sociales, religieuses et familiales. Elles mentionnent le poids de la respectabilité, de la réputation familiale et des attentes sociales. Le travail du sexe est perçu comme une transgression, mais ces perceptions varient selon les individus et les contextes. La stigmatisation se manifeste par le rejet familial, les insultes et la peur d'être identifiées comme TS. Cette situation rejoint l'approche de Becker, selon laquelle la déviance découle du processus social de définition et de sanction des comportements. À Odienné, la peur du jugement et de la stigmatisation limite le recours aux services de santé, comme l'indiquent Nyblade *et al.* (2019 : 11), qui soulignent que la stigmatisation dans les services de santé constitue un obstacle au recours aux soins liés au VIH. Certaines participantes rapportent un mauvais accueil, la crainte de divulgation d'informations confidentielles et des comportements perçus comme harcelants dans les structures de soins. Ces expériences peuvent être interprétées, selon Farmer (2004 : 312), comme des mécanismes institutionnels renforçant les inégalités d'accès aux soins. De plus, des situations de harcèlement et d'extorsion attribuées à des agents des forces de l'ordre sont évoquées. Ces témoignages corroborent les analyses de Decker *et al.* (2015 : 192) et Koffi (2022 : 31), qui montrent que la criminalisation implicite du travail du sexe accroît la vulnérabilité des TS, les éloignant des dispositifs de santé et compromettant les objectifs de contrôle de l'épidémie (95-95-95).

3.3. Fractures d'accessibilité et recomposition des parcours de soins

Les résultats mettent en évidence l'existence de fractures d'accessibilité multiples, confirmant le modèle de Levesque *et al.* (2013 : 5). Plusieurs participantes déclarent privilégier les structures communautaires, perçues comme plus accueillantes, confidentielles et proches des bénéficiaires. Cette préférence rejoint les travaux de Goldenberg *et al.* (2017 : 12), qui soulignent l'intérêt des approches communautaires pour améliorer l'accès aux services de VIH des populations clés. De plus, la peur de connaître son statut sérologique, combinée au manque de confiance

dans la confidentialité des services, constitue un frein majeur au dépistage. Cette situation illustre une fracture symbolique de l'accès aux soins, où les barrières ne sont pas seulement matérielles, mais aussi sociales et psychologiques. Ces résultats sont en accord avec Baral et al. (2012 :543), qui identifient la peur, la stigmatisation et la discrimination comme des déterminants majeurs du non-recours aux services VIH.

3.4. Entre stigmatisation et accès aux soins : analyse constructiviste de la prise en charge du VIH chez les travailleuses du sexe à Odienné

Les résultats montrent que la situation à Odienné résulte de l'articulation entre les dispositions sociales des TS, les contraintes institutionnelles et les caractéristiques territoriales. Cette lecture s'inscrit dans une perspective inspirée de Bourdieu (1987 : 160), selon laquelle les pratiques sont influencées par les positions sociales et les ressources disponibles. Elle rejoint les analyses de Shannon et al. (2015 : 63), qui soulignent le rôle des déterminants structurels dans la vulnérabilité des TS au VIH. La stigmatisation multiforme renforce leur marginalisation et peut limiter leur accès aux services de santé, dans le prolongement des processus d'étiquetage et de disqualification sociale décrits par Goffman (1975 : 102) et Becker (1985 : 86). La clandestinité peut constituer une stratégie de discrétion, mais compliquer l'identification des TS et leur accès régulier aux soins. Enfin, la non-utilisation du préservatif et l'exposition aux risques peuvent être liées aux contraintes économiques et aux rapports de pouvoir asymétriques, renforçant leur vulnérabilité structurelle (Blibolo 2018 : 23).

CONCLUSION

Cette étude exploratoire montre que la prise en charge du VIH chez les TS à Odienné est influencée par des facteurs sociaux, économiques, institutionnels et relationnels, au-delà du risque biologique. Parmi les 26 participantes, 54 % sont classées comme TS non affichées ou clandestines. La crainte du rejet familial et de la stigmatisation limite leur visibilité et l'accès aux services de santé. Certaines participantes rapportent des violences physiques, des rapports sexuels imposés sans préservatif, des menaces et du harcèlement de la part de certains agents de sécurité. Bien que ces comportements ne puissent pas être généralisés, ils suggèrent que la violence et la stigmatisation fragilisent les parcours de soins. Les organisations communautaires sont perçues comme des espaces accessibles et confidentiels. L'étude révèle également des difficultés d'accès à des services de prévention comme la PrEP et la PPE, indiquant une accessibilité insuffisante au moment de l'enquête.

Les ONG et les acteurs communautaires jouent un rôle clé dans l'orientation et l'accompagnement psychosocial. Ces résultats soulignent la nécessité d'une prise en charge qui intègre les conditions sociales, la stigmatisation, les violences et les ressources communautaires. Ils plaident pour le renforcement des services différenciés, de la médiation communautaire, de la confidentialité et de la continuité des services de prévention et de traitement. Cependant, l'étude présente des limites. Le faible effectif (26 TS) et l'échantillonnage par chaînes de référence peuvent introduire des biais. De plus, la sensibilité des thèmes abordés peut affecter la déclaration des participantes. Les quatre responsables de structures interrogés apportent un éclairage complémentaire mais ne représentent pas l'ensemble des acteurs. Le caractère exploratoire et qualitatif de l'étude ne permet pas d'établir de relations causales. Malgré ces limites, cette étude contribue à documenter les défis de la prise en charge du VIH chez les TS dans le nord-ouest de la Côte d'Ivoire. Elle souligne l'importance d'intégrer les réalités sociales, les expériences de violence et de stigmatisation, ainsi que les contraintes territoriales qui influencent les parcours de soins.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BARAL Stefan, BEYRER Chris, MUESSIG Kathryn, POTEAT Tonia, WIRTZ Andrea L., DECKER Michele R., SHERMAN Susan G. & KERRIGAN Deanna, 2012. « Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 12, n° 7, p. 538-549. Disponible en ligne : [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70066-X](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70066-X) [consulté le 11 août 2025].
- BARDIN Laurence, 2013. *L'analyse de contenu*, 2e éd., Paris, Presses Universitaires de France, 304 p.
- BECKER Howard S., 1985. *Outsiders. Études de sociologie de la déviance*, Paris, Éditions Métailié, 250 p. Disponible en ligne : <https://shs.cairn.info/outside--9782864249184?lang=fr> [consulté le 06 mars 2025].
- BLIBOLO Auguste Didier, 2018. « Professionnelles du sexe et lutte contre le sida en Côte d'Ivoire : entre reconnaissance et stigmatisation », *Revue ivoirienne d'anthropologie et de sociologie KASA BYA KASA*, n° 38, p. 17-34. Disponible en ligne : https://www.revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_2362.pdf [consulté le 21 juillet 2025].

BOURDIEU Pierre, 1987. « Sociologues de la croyance & croyance de sociologues », *Archives de sciences sociales des religions*, n° 63/1, p. 154-161. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.3406/assr.1987.2424> [consulté le 24 novembre 2025].

DECKER Michele R., CRAGO Anna-Louise, CHU Sandra Ka Hon, SHERMAN Susan G., SESHU Meena S., BUTHELEZI Kholi, DHALIWAL Mandeep & BEYRER Chris, 2015. « Human rights violations against sex workers: burden and effect on HIV », *The Lancet*, vol. 385, n° 9963, p. 186-199. Disponible en ligne : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60800-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60800-X) [consulté le 03 décembre 2025].

FARMER Paul, 2004. « An anthropology of structural violence », *Current Anthropology*, vol. 45, n° 3, p. 305-325. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1086/382250> [consulté le 13 avril 2025].

GOFFMAN Erving, 1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 176 p.

GOLDENBERG Shira M., KRÜSI Andrea, ZHANG Emma, CHETTIAR Jill & SHANNON Kate, 2017. « Structural Determinants of Health among Im/Migrants in the Indoor Sex Industry: Experiences of Workers and Managers/Owners in Metropolitan Vancouver », *PLOS ONE*, vol. 12, n° 1, e0170642. 18 p. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170642> [consulté le 26 juillet 2025].

GUICHARD Anne & POTVIN Louis, 2010. « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », dans Louis POTVIN, Marie-Josèphe MOQUET & Catherine JONES (dir.), *La réduction des inégalités sociales de santé*, Saint-Denis, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, p. 61-82.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS), 2016. *État de santé des personnes en situation de prostitution et des travailleurs du sexe et identification des facteurs de vulnérabilité sanitaire*, Saint-Denis, Haute Autorité de Santé. 154 p. Disponible en ligne : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2615057/fr/etat-de-sante-des-personnes-en-situation-de-prostitution-et-des-travailleurs-du-sexe-et-identification-des-facteurs-de-vulnerabilite-sanitaire [consulté le 15 avril 2025].

IBBS TS, 2020. *Enquête bio-comportementale et cartographique des travailleuses du sexe dans les villes d'Aboisso, Soubré, Agboville, Yamoussoukro et Katiola*, rapport d'étude, 177 p.

KOFFI S. M., 2022. *Prostitution et législation en Côte d'Ivoire : entre tolérance et répression*, mémoire de Master, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, 74 p.

LEVESQUE Jean-Frédéric, HARRIS Mark F. & RUSSELL Grant, 2013. « Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations », *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, article 18, p. 1-9. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18> [consulté le 19 juillet 2025].

NOUAMAN M. N., BECQUET V., PLAZY M., COFFIE P. A., ZÉBAGO C., MONTOTOY A., ANOMA C., EHOLIÉ S., DABIS F. & LARMARANGE J., 2022. « Incidence of HIV infection and associated factors among female sex workers in Côte d'Ivoire, results of the ANRS 12361 PrEP-CI study using recent infection assays », *PLOS ONE*, vol. 17, n° 11, e0271988. 13 p. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271988> [consulté le 08 juin 2024].

NOUAMAN M. N., MELESS D. G., COFFIE P. A., ARRIVÉ E., TCHOunga B. K., EKOUEV D. K., ANOMA C., EHOLIÉ S. P., DABIS F. & JAQUET A., 2015. « Oral health and HIV infection among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire », *BMC Oral Health*, vol. 15, article 154. 9 p. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1186/s12903-015-0129-0> [consulté le 28 octobre 2025].

NYBLADE Laura, STOCKTON Melissa A., GIGER Kate, BOND Veronica, EKSTRAND Maria L. et al., 2019. « Stigma in health facilities: Why it matters and how we can change it », *BMC Medicine*, vol. 17, article 25. 15 p. Disponible en ligne : <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2> [consulté le 20 juin 2025].

ONUSIDA, 2021. *Rapport mondial sur le sida 2021 : Confronting inequalities. Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 384 p. Disponible en ligne : <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update> [consulté le 12 juin 2025].

PAILLÉ Pierre & MUCCHIELLI Alex, 2003. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 424 p.

PNLS, 2017. *Rapport final: Répertoire des études et enquêtes sur le VIH/sida en Côte d'Ivoire de 2000 à 2015*.

Ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle.199 p.

PNLS, 2021. *Dispositif national de soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH*, Abidjan, ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle. 88p.

PNLS, 2022. *Rapport sur les populations hautement vulnérables en Côte d'Ivoire*, Abidjan, ministère de la Santé, de l'Hygiène publique et de la Couverture Maladie Universelle.145 p.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, 2019. *Loi n° 2019-574 du 26 juin 2019 portant Code pénal*, Journal officiel de la République de Côte d'Ivoire, numéro spécial n° 9, 10 juillet 2019, p. 201-252. Disponible en ligne : https://natlex.ilo.org/dyn/natlex2/r/natlex/fe/details?p3_isn=111710 [dernier accès octobre 2024].

RGPH, 2021. *Résultats globaux définitifs*, Abidjan, Institut national de la statistique. Disponible en ligne :

<https://www.ins.ci/RGPH2021/RESULTATS%20DEFINITIFSRP21.pdf> [consulté le 25 janvier 2024].

SHANNON Kate, STRATHDEE Steffanie A., GOLDENBERG Shira M., DUFF Patricia, MWANGI Purity, RUSAKOVA Marina, REZA-PAUL S., LAU Joseph, DEERING Kathleen, PICKLES Michael R. & BOILY Marie-Claude, 2015. « Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants », *The Lancet*, vol. 385, n° 9962, p. 55-71. Disponible en ligne : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60931-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60931-4) [consulté le 13 septembre 2024]. (PubMed Central (PMC))

SPECTRUM, 2023. *Profil épidémiologique du VIH en Côte d'Ivoire à partir des projections Spectrum (2023)*, Abidjan, Programme national de lutte contre le sida. Disponible en ligne : <https://www.pnlsoci.com/wp-content/uploads/2023/11/presentation-profil-epidemio-2022-14032023-revise.pdf> [consulté le 23 juin 2024].

AUTEURS

Motihé Siaky **KAMARA**

Enseignant-chercheur en Bio anthropologie
Université Jean Lorougnon Guédé (Daloa, Côte d'Ivoire)
Courriel : siakym2016@gmail.com

Wagnan Karidja **KONÉ** épouse **KONÉ**

Enseignant chercheur en Sociologie
Université Jean Lorougnon Guédé (Daloa, Côte d'Ivoire)
Courriel : konewagnan@gmail.com

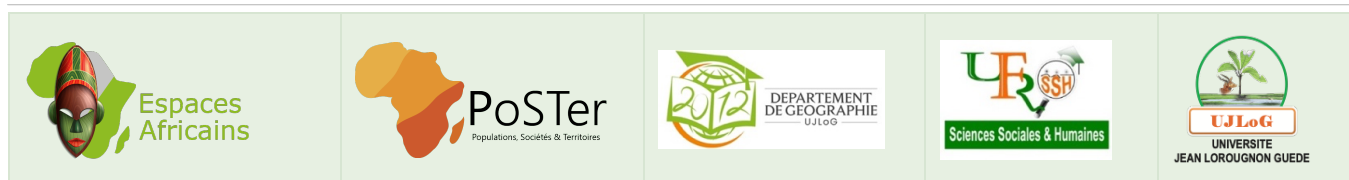
Moussa **KONÉ**

Maître de Conférences en Sociologie
Université Jean Lorougnon Guédé (Daloa, Côte d'Ivoire)
Courriel : kmoussa2@yahoo.fr

AUTEUR CORRESPONDANT

Motihé Siaky **KAMARA**

Courriel : siakym2016@gmail.com



© ÉDITION ÉLECTRONIQUE

URL – Revue Espaces Africains : <https://espacesafricains.org/>

Courriel – Revue Espaces Africains : revue@espacesafricains.org

ISSN : 2957-9279

Courriel – Groupe de recherche PoSTer : poster_ujlog@espacesafricains.org

URL – Groupe PoSTer : <https://espacesafricains.org/poster>

© ÉDITEUR

- Groupe de recherche Populations, Sociétés et Territoires (PoSTer) de l'UJLoG
- Université Jean Lorougnon Guédé (UJLoG) – Daloa (Côte d'Ivoire)

© RÉFÉRENCE ÉLECTRONIQUE

Motihé Siaky KAMARA, Wagnan Karidja KONÉ épouse KONÉ & Moussa KONÉ, « *Défis de la prise en charge du VIH chez les travailleuses du sexe à Odienné (Côte d'Ivoire)* », Revue Espaces Africains, Numéro 2 | 2026, Numéro thématique, ISSN : 2957-9279, mis en ligne le 30 septembre 2026, p. 142-155.

INDEXATIONS INTERNATIONALES DE LA REVUE ESPACES AFRICAINS

 TOGETHER WE REACH THE GOAL	Voir impact factor : https://sjifactor.com/passport.php?id=23718
	Voir la page de la revue dans Road : https://portal.issn.org/resource/ISSN/2957-9279
	Voir la page de la revue dans Mirabel : https://reseau-mirabel.info/revue/15151/Espaces-Africains
	Voir la revue dans Sudoc : https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1//SRCH?IKT=12&TRM=268039089
	Voir la revue dans HAL : https://hal.science/search/index/?q=Espaces+Africains+%28Revue+des+Sciences+ Sociales%29&rows=30&page=1