

American Journal of Humanities and Social Sciences Research (AJHSSR)

e-ISSN : 2378-703X

Volume-07, Issue-07, pp-224-233

www.ajhssr.com

Research Paper

Open Access

Analyse des déterminants sociaux de la résistance au test de dépistage volontaire vih/sida chez les jeunes de 18-35 ans au quartier habitat-nimbo (Bouake)

¹KOBENA Kouadio Antoine, ²BILE AssaizoManboué Parfait,

¹Sociologue, Enseignant-Chercheur à l'Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS) en STAPS-JL

²Doctorant en Socio-anthropologie de la Santé au département de Sociologie et d'Anthropologie de l'Université Alassane Ouattara

Résumé

En Côte d'Ivoire, le VIH/sida demeure toujours un problème de santé publique. La situation actuelle due aux effets néfastes du VIH/sida sur la santé des jeunes reste préoccupante. La situation inquiète parce que la majorité des jeunes de 18 à 35 ans à l'Habitat-Nimbo expriment des inquiétudes et résistances à faire le test de dépistage volontaire du VIH. Notre étude qui aborde cette question permet à travers ses résultats montre que diverses réactions légitiment cette posture. Ainsi, certains justifient cela par le fait que le VIH/sida est une stratégie des ONGs locales et des gouvernants pour capter de l'argent des bailleurs de fonds tandis que pour d'autres, se faire dépister est l'ouverture d'une porte à la stigmatisation/discrimination et au rejet social de l'individu. Ces réactions sociales face au VIH/sida exposent une partie de la population jeune à des risques de contagion élevés. En effet, bien que Bouaké dispose d'infrastructures nécessaires pour atteindre au moins les 90% de personnes dépistées et connaissant le résultat, cependant cet objectif de l'OMS(2015) reste difficilement atteignable car selon le Ministère de la santé (2019) le taux de dépistage est inférieur à 40% de varie selon les régions. En dehors de test de dépistage, l'adoption des méthodes de prévention rencontre d'énormes difficultés au sein des jeunes de 18-35 ans. Ce présent article s'est appuyé sur deux théories à savoir la théorie du choix rationnel et la théorie de la représentation sociale pour expliquer le comportement de refus et les justifications sociales qui le légitiment chez les jeunes. Les entretiens semi-directifs et une grille ont été mobilisés pour collectées les données ont permis de collecter des informations auprès de 20 jeunes ayant exprimé un refus au test de dépistage volontaire.

Mots-clés : Attitudes, Dépistage, VIH/SIDA, Réticence.

Abstract : In Côte d'Ivoire, HIV/AIDS is still a public health problem. The current situation due to the harmful effects of HIV/AIDS on the health of young people remains worrying. The situation is worrying because the majority of young people aged 18 to 35 at Habitat-Nimbo express concerns and resistance to taking the voluntary HIV test. Our study which addresses this question, through its results, shows that various reactions legitimize this posture. Thus, some justify this by the fact that HIV/AIDS is a strategy of local NGOs and governments to capture money from donors, while for others, getting tested is the opening of a door stigma/discrimination and social rejection of the individual. These social reactions to HIV/AIDS expose part of the young population to high risks of contagion. Indeed, although Bouaké has the necessary infrastructure to reach at least 90% of people screened and knowing the result, however this WHO objective (2015) remains difficult to achieve because according to the Ministry of Health (2019) the screening rate is less than 40% varies by region. Apart from screening tests, the adoption of prevention methods encounters enormous difficulties among young people aged 18-35. This article is based on two theories, namely the theory of rational choice and the theory of social representation to explain the behavior of refusal and the social justifications that legitimize it among young people. Semi-structured interviews and a grid were used to collect the data, allowing information to be collected from 20 young people who had expressed a refusal to the voluntary screening test.

Keywords: Attitudes, Screening, HIV/AIDS, Reluctance.

I. INTRODUCTION

De par son caractère pandémique, le virus du sida (syndrome de l'immunodéficience acquise) demeure une préoccupation mondiale conduisant même l'Organisation des Nations Unies (ONU) à créer en décembre

1995, l'agence de l'ONU pour la lutte contre le sida ONUSIDA¹. On estimait en fin 2010 le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) à 34 millions dans le monde.

L'Afrique subsaharienne représente la zone la plus touchée par cette pandémie, alors qu'elle ne compte que 12% de la population mondiale ONUSIDA². Il faut tout de même noter que cette augmentation du nombre de PVVIH à travers le monde et plus particulièrement en Afrique, peut s'expliquer surtout par le succès du traitement avec les antirétroviraux (ARV) qui sont de plus en plus accessibles aux populations, même les plus démunies. La transmission sexuelle du virus du sida est de loin majoritaire avec 80% des nouvelles infections en 2008 ONUSIDA³.

L'infection à VIH/sida est une maladie à multiples facettes, ce qui rend son diagnostic souvent difficile. La seule certitude qu'on peut avoir de la présence ou non du virus dans l'organisme humain, c'est de faire le test de dépistage du VIH/sida. Le test de dépistage est la pierre angulaire de la stratégie de prévention⁴. En effet, seul le test de dépistage permet de diagnostiquer avec exactitude la séropositivité d'une personne. Cette vérification de la présence ou de l'absence du VIH dans l'organisme humain est considérée comme la porte d'entrée d'une prise en charge adéquate selon le cas.

En Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire est le pays le plus touché par cette pandémie avec une prévalence de 3.7%⁵. Elle présente une épidémie généralisée avec une sous pandémie concentrée chez les populations à haut risque telles que les Professionnelles du Sexe 11,4%, 2014, les Hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes 18%, les usagers de drogues 9,5% Prévalence et pratiques à risque d'infection par le VIH, les hépatites virales, et autres infections 2014, les Populations Carcérales EBC, 2014 7,9%⁶.

Pour faire face à la pandémie du VIH/sida, les autorités ivoiriennes responsables, à l'instar de ceux du monde entier ont développé très tôt des stratégies de préventions dont le conseil/dépistage. Mais tous leurs efforts n'ont pas permis d'améliorer réellement le taux de dépistage qui demeure toujours faible, surtout chez les jeunes ivoiriens, particulièrement celle de la commune de Bouaké.

Bouaké, l'une des plus grandes villes du pays n'est pas épargnée. Ainsi, Biékoua⁷ coordonnateur projet de la structure Renaissance Santé Bouaké (RSB)⁸, soutient que sur 928 séances de sensibilisation (groupe et interpersonnelle) organisées, 2429 personnes ont été touchées par ces séances. Seulement 972 personnes ont reçu un service de conseil dépistage au VIH/sida avec 30 cas de séropositivités dont 16 sous traitements antirétroviraux. Le faible taux de participation des jeunes aux séances de test de dépistage VIH/sida volontaire, et le taux de jeunes filles dépistées positif aux consultations prénatales chaque année à l'Habitat-Nimbo soulèvent la question de l'adhésion des jeunes au test de dépistage VIH/sida. Face à ces constats une question s'impose, celle de savoir comment peut-on expliquer les résistances des jeunes de 18-35 ans au test de dépistage volontaire du VIH/sida au quartier Habitat-Nimbo de Bouaké ?

Ainsi notre objectif dans ce présent article est de restituer à travers des entretiens semi-directifs les facteurs sociaux de résistances au test de dépistage du VIH/sida et les risques induits par le refus pour les jeunes de 18-35 ans du quartier l'Habitat-Nimbo de Bouaké.

I. Méthodologie

La présente étude s'est déroulée à Bouaké précisément dans le quartier Habitat-Nimbo (Bouaké). Elle a porté sur les facteurs susceptibles d'entraver l'adoption et la pratique du test de dépistage VIH/SIDA chez les jeunes de 18-35 ans ainsi que les implications qui en découlent de ce comportement de réticence. Elle s'est déroulée du 1^{er} janvier au 30 mars 2023.

Bouaké deuxième plus grande ville de la Côte d'Ivoire avec une superficie de 4803 km² soit 1,4% du territoire national avec une population estimée, selon le dernier recensement de la population, à environ 1.000.000

¹ ONUSIDA. 2011. Atteindre l'Objectif Zéro : Une riposte plus rapide, plus intelligente, plus efficace. Genève, Suisse.

² ONUSIDA. 2010, Processus de planification stratégique de la lutte contre le VIH/SIDA : analyse de la situation. Ministère de la Santé Publique et de la Population.

³ ONUSIDA. 2010. Rapport annuel de l'ONUSIDA 2010 : unir le monde contre le sida.

⁴ WHO, 2007, Guide to the council and HIV testing to health workers. Dans S. Memmi, A. Desgrées du Loû et J. Orne- Gliemann (Eds.), Stratégies de prévention du VIH/sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Paris : Université Paris Descartes, INED, IRD, UMR 196 CEPED.

⁵ DONGUY E. 2012 « Quels sont les obstacles au dépistage du VIH, et à l'abord de la sexualité, en cabinet de médecine générale ? Représentations patientes ».

⁶ EBC. 2014. Etude bio-comportementale

⁷ BIEKOUA Josué, coordinateur de l'ONG Renaissance Santé Bouaké (RSB)

⁸ Organisation Non Gouvernementale, pionnière dans la prise en charge des PVVIH à Bouaké

habitants RGPH, 2014⁹. Elle est limitée au Nord par Katiola, au Sud par N'Djebonoua, à l'Est par Brobo et à l'Ouest par Brotro. Elle comporte 45 quartiers en ville et 85 villages. La présente étude va porter sur jeunes de 18-35 ans du quartier Habitat-Nimbo de Bouaké.

Le quartier Habitat-Nimbo est situé au Sud-Est sur l'axe Bouaké Yamoussoukro. Ce quartier compte une population estimée à 5000 habitants. La population est majoritairement jeune allant de la tranche d'âge de 15-49 ans. Aussi regorge-t-il plusieurs infrastructures sanitaires dont un médico-scolaire, une clinique privée, une maternité et deux (2) Organisations Non Gouvernementales (ONG) de lutte contre le Sida. Malgré la disponibilité de ces infrastructures, le taux de fréquentation reste relativement faible. En outre, le quartier Habitat-Nimbo est le plus mouvementé de la ville de Bouaké. Il est délimité comme suite : au Nord par le quartier Commerce, au Sud par le quartier Air-France 1 et à l'Ouest par le quartier Houphouët-ville. Ce sont entre autres ces raisons qui ont motivé le choix de notre lieu d'investigation.

Notre article est destiné à réunir des informations sur les déterminants sociaux de la non adoption du test de dépistage VIH/sida et les effets qui en découlent. Pour ce faire nous avons interrogé la communauté citadine principalement les jeunes du quartier, le personnel médical des Centres Hospitaliers fréquentés et les responsables des ONGs.

Cet article se situe dans une perspective qualitative afin de cerner la réticence des jeunes de ce quartier face au dépistage VIH/sida. Le choix de sélection des personnes à interroger s'est porté sur les enquêtés ci-dessus car elles sont des personnes ressources. Ces derniers détiennent des informations cruciales. L'enquête s'est réalisée à partir de focus group auprès de trente (20) personnes réparties comme suit : Vingt (20) jeunes de 18-35 ans dont 10 filles et 10 hommes, deux (02) médecins, un (01) coordonnateur projet en Charge du VIH/SIDA (RSB), quatre (04) agents de santé communautaires VIH et une (01) assistance sociale (RSB).

En ce qui concerne la technique de l'échantillonnage nous avons opté pour les techniques du choix accidentel et raisonné. Cette technique a consisté à interroger de façon accidentelle chaque résident du quartier de l'Habitat-Nimbo de 18-35 ans. En ce qui concerne la technique du choix raisonné, elle a été appliquée spécifiquement aux agents de santé des ONGs et de la maternité de Nimbo, au coordonnateur projet, à l'assistante sociale et aux agents de santé communautaire. Dans le cas de cette enquête, une tablette, un ordinateur, des blocs-notes, un dictaphone et un téléphone portable ont été mobilisés pour la collecte et le traitement des données.

II. RESULTATS

Pour mieux comprendre tous les contours du phénomène en question, nous avons reparti les résultats de cet article à deux (02) niveaux à savoir les facteurs sociaux qui structurent la résistance des jeunes de 18-35 ans à Habitat-Nimbo et les implications ou les effets liées au refus du dépistage VIH/Sida. Cette partie vise à décrire la manière d'agir et de faire des jeunes de l'habitat-nimbo face au test de dépistage volontaire.

II.2 De la stigmatisation, à la décision d'ignorer son statut sérologique

Dans ce chapitre, nous allons parler de la description par les participants à l'étude, de différents motifs pouvant être les causes de refus du test de dépistage du VIH/sida chez les populations de Bouaké de manière générale et plus particulièrement chez les jeunes de l'Habitat-Nimbo. Les raisons liées à la stigmatisation/discrimination qui sont les plus évoquées, seront traitées en premier lieu. Puis nous parlerons des motifs d'exclusion sociale. Enfin, nous terminerons par les aspects liés aux réalités socioculturelles et religieuses. Nous parlerons ici des aspects en rapport avec des croyances à une punition divine et à la dramatisation de l'image du malade du sida, deux facteurs très présents dans la conscience collective des populations qui font naître le choix de vouloir mourir dans l'ignorance et la dignité.

II.3 De la stigmatisation à l'exclusion sociale de l'individu dépisté positif

Dans la majorité des entretiens menés dans le cadre de cette étude, il est ressorti clairement que les motifs de stigmatisation et de discrimination pouvant aboutir à l'exclusion sociale, structurent le comportement de résistance ou non et orientent le choix final de l'individu face au test de dépistage du VIH. Cette stigmatisation/discrimination doublée d'une exclusion sociale, prend sa source au sein même de la cellule famille de la PVVIH ou du supposé malade, pour se prolonger dans sa communauté. Ces situations très difficiles à vivre, sont partout attachées à la représentation sociale de la maladie du VIH/sida que la communauté d'origine de l'individu se fait. En effet, ces deux motifs demeurent clairement des facteurs bloquants ou inhibants, très souvent évoqués par les différents participants que ce soit lors des entretiens individuels ou lors des entretiens collectifs.

Dès lors, la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion sociale peuvent se manifester sous diverses formes à l'égard de la personne dépistée positive au VIH. Ces différents comportements ou réactions sociales se traduisent par la gestuelle du « montrer du doigt » à l'auto-stigmatisation en passant par une forme verbale et le rejet social de l'individu pure et simple de la PVVIH.

⁹ RGPH, 2021, Ministère du plan et du développement.

II.4 Sous forme de gestuelle du « *montrer du doigt* » ou l'étiquetage social

La plupart des participants à l'étude ont fait ressortir que dans ce milieu, lorsqu'une personne a le sida et que l'information est connue par les membres de la communauté, ils auront tout de suite tendance à le lui faire savoir de plusieurs façons. Ils feront des gestes derrière le dos à chaque fois qu'ils te verront passer. Les réactions de membres du groupe social de l'individu se manifestent par des attitudes d'étiquetage des personnes PVVIH. Ces pratiques sociales des individus sont des réactions sociales adoptées en vue de faire face à ce qu'ils considèrent comme une maladie contractée pour mauvaise conduite de vie. Les propos des enquêtés ci-dessous nous en dit long sur les types de pratiques d'étiquetage :

« Les gens vont te montrer du doigt partout où tu passes et tu ne pourras plus vivre tranquillement dans la communauté. Dès que tu sortiras ils feront semblant de causer avec toi de façon hypocrite. Mais dès que tu donneras dos, ils commenceront à te critiquer ». (M.A, homme 27 ans, et refus du test).

Cette forme gestuelle ou d'étiquetage des personnes atteintes de VIH va crescendo en se transformant en un évitement pur et simple de la personne indexée du fait de son état dans la société, traduisant ainsi le rejet social ou l'étiquetage social de celles-ci. Évitement qui est souvent doublé par la profération de paroles audibles et toujours très désagréables. C'est dans ce sens que M. B affirmait que son refus était surtout motivé par les propos que pourraient tenir certaines personnes à l'égard d'une PVVIH. Il nous disait que :

« Les gens vont dire de très mauvaises choses sur toi, te fuir et ne plus te respecter de surcroît. Ils vont ternir ton image et ton nom, même ta famille va en parler partout et c'est ça qui fait que les gens ont peur de faire le test. C'est vraiment là le problème, on va dire partout que tu es malade et qu'on te laisse seul. Tout cela avec des mots très désagréables à entendre ». (M.B, homme 22 ans, et refus).

Il se produit donc une mise à l'écart pure et simple des personnes soupçonnées d'être malades du sida. Que ce soit dans la famille ou dans la communauté de manière générale, les risques d'isolement et de marginalisation existent toujours, et sont aussi difficilement évitables par les personnes qui souffriraient du VIH/sida.

II.5 Le rejet social de l'individu pure et simple de la PVVIH

De l'avis de beaucoup de nos répondants, avoir le VIH pourrait être source de marginalisation et de rejet par les siens. Plusieurs exemples parfois très émouvants, nous ont été racontés par les participants à travers les entretiens individuels. La plupart des discours que nous avons entendus sont très révélateurs. Par exemple, Mlle. C, bien qu'ayant fait le test, disait comprendre ceux qui refusaient de se faire dépister puisqu'elle constatait que les gens voyaient toujours la personne malade du sida d'un très mauvais œil. Elle affirmait que :

« Si, quelqu'un a le sida dans une maison, il est automatiquement marginalisé dans la maison même et souvent, même la maison est évitée par les populations du quartier. Ils vont chaque jour te montrer que tu as le sida et ne vont plus te côtoyer, même tes amis vont te délaisser et ne viendront plus te voir. Le malade du sida est toujours obligé de se cacher, de vivre sa maladie en cachette, de ne jamais dire à personne qu'il a le VIH ». (Mlle. C, femme 28 ans, acceptation du test).

Avoir le VIH est synonyme de rejet automatique, voire parfois même catégorique et brutal. Le changement de comportement envers la personne dépistée positive est systématique. Un enquêté a relaté ce que son frère aîné vécu après que son statut a été connu :

« Mon frère a eu le malheur de faire le test de dépistage et ils lui ont dit qu'il avait le VIH, on ne sait pas comment les gens l'on appris mais c'était très triste car tous ces amis l'on abandonné. Même notre tante l'évitait, les assiettes qu'ils touchaient elle et ces enfants ne touchaient plus. Elle avait dit à ces enfants de l'éviter. Mon frère ne s'est plus retrouvé jusqu'à ce qu'il décède. Avec ça moi je vais faire test VIH humm. ». (M. D, 29 ans).

Les situations vécues par les enquêtés font naître un sentiment de peur qui les conduit au refus du test de dépistage VIH.

II.6 Exclusion sociale des personnes séropositives ou soupçonnées de l'être

Les considérations socioculturelles et religieuses jouent un très grand rôle dans le processus de prise de décision par les populations rencontrées. L'importance d'appartenir à une famille, à une communauté, voire même à une société de manière générale, prime sur tout pour les participants(es). Il ressort de plusieurs discours que le refus du test est beaucoup lié à la situation précarité des malades atteints du VIH/sida dans la communauté mais également à la réaction sociale de la communauté face à ces personnes. La maladie du sida demeure toujours reliée à la délinquance sexuelle et à l'adultère qui sont des comportements formellement interdits par la religion musulmane, et pouvant même conduire à l'exclusion pure et simple du milieu social auquel on appartient. Cette exclusion sociale prend sa source au sein même de la concession pour ensuite se prolonger dans l'espace communautaire. Mais elle se transforme aussi et parfois en une violence psychologique et morale souvent très difficile à vivre.

II.7 Interprétation socioreligieuse de la maladie dans la communauté

Au-delà de la stigmatisation et de la discrimination, il y a aussi l'interprétation du VIH/sida au plan religieux comme étant une punition divine qui serait selon eux est le résultat d'un comportement sexuel immoral ou l'adoption de comportement sexuel inadapté et/ou non autorisé, c'est-à-dire par Dieu à travers les préceptes de l'Islam en matière sexualité. C'est dans ce sens que M. Eindiquait qu' :

« Il faut rester fidèle, Dieu en premier a dit que la délinquance sexuelle n'est pas bonne. Donc, la délinquance sexuelle est à éviter et quiconque s'y adonne sera puni par Dieu. Et puis la délinquance sexuelle n'est pas bonne, ça c'est Dieu qui l'a dit en premier. La délinquance sexuelle n'est pas bonne surtout chez nous les musulmans. Donc, si tu restes fidèle à tes épouses, tu n'auras pas le VIH. Dès lors, tu n'auras pas besoin de faire le test de dépistage sida ». (M.C, homme 35 ans, refus du test).

Même parmi les rares personnes qui ont accepté de faire le test de dépistage VIH/sida, certaines affirmaient que leur motivation était surtout due à la confiance absolue qu'elles avaient de leurs comportements sexuels irréprochables, donc en conformité avec les prescriptions divines établies. Elles étaient certaines de leur fidélité à leur époux ou leurs épouses. C'est le cas de Mlle, F :

« Moi je sais que je n'ai jamais trompé mon époux, jamais. Je peux le jurer sur le Saint Coran et Dieu le Tout Puissant m'est témoin. Donc, je ne peux pas avoir peur de faire l'analyse de mon sang pour voir, parce que je sais que je ne peux pas avoir cette maladie. Je pense parfois, que c'est une punition divine. En effet, quand tu es musulman et que tu ne respectes pas les préceptes de l'Islam, Dieu va te punir tôt ou tard, ça j'en suis consciente. C'est pourquoi je resterais toujours fidèle à mon époux ». (Mlle A, femme 28 ans, acceptation du test).

Tout de même, cette croyance religieuse ou représentation sociale de l'origine de la maladie liée aux comportements sexuels non conformes est très fortement ancrée dans la conscience collective de la communauté. Dans ce milieu vouloir faire le test de dépistage VIH/sida est parfois interprété comme vouloir avouer un comportement immoral aux yeux de la société mais également se voir taxer de personne avec des mœurs légères. Effectivement, il ressort des propos de la majeure partie des enquêtés musulmans qu'avoir le VIH/sida équivaldrait à avouer un comportement sexuel immoral ou non conforme aux prescriptions selon les normes édictées par la religion musulmane.

II.8 Stratégie d'évitement du statut sérologique : Ne pas savoir pour mieux vivre

Certains discours font émerger la volonté de vivre dans l'ignorance de la maladie comme pouvant être un autre motif possible de refus du test de dépistage du VIH/sida. A ce sujet ils ont un slogan commun (*Gaou vit à l'aise*)¹⁰. Cette volonté d'ignorance est quant à elle toujours motivée par la mauvaise publicité autour de la maladie du sida. Il est clair que les risques de stigmatisation, de discrimination, de rejet et de souffrance psychosociale, font que des gens choisissent de ne pas savoir. La plupart des enquêtés nous ont affirmé qu'il était plutôt préférable de ne pas savoir si on a le sida ou non. En effet, pour eux, le sida est une maladie trop chargée, honteuse et très mal vue par la société, et qu'il est préférable de l'ignorer. Les propos de M. G et Mlle H, J nous en dit long :

M.G, « se savoir malade du sida est la pire des condamnations qu'une personne peut avoir sur cette terre, alors pourquoi je vais aller faire un test pour chercher si j'ai ça ou pas ? Djo¹¹ mon frère Gaou¹² vit à l'aise. Je vis dans l'ignorance c'est mieux, je ne veux pas détruire ma vie ».

Dans la même veine que M. G, Mlle H, J affirmait :

« Mon frère, tu vis bien tu n'as pas de problèmes et c'est toi qui veux aller te faire dépister pour chercher problème. Tu es en drap que gawa¹³ vit à l'aise non ? ».

Cette stratégie est mobilisée par la plupart des jeunes pour non seulement se soustrait du test de dépistage et mais également ne pas subir la réaction sociale de sa famille, sa communauté et la société de manière générale. Ne pas savoir son statut est une manière de continuer de faire partir ou de s'identifier à sa communauté toute en profitant de la légitimité sociale de celle-ci.

III. IMPLICATIONS LIES A LA NON-PARTICIPATION DES ACTEURS AU TEST DE DEPISTAGE VIH/SIDA

Cette section explique les risques sanitaires liés au refus du dépistage VIH/sida. L'analyse des réponses fournies par les enquêtés permet d'identifier plusieurs risques chez différents acteurs.

III.1 Au sein de la population jeune du quartier

¹⁰ Ce concept signifie, vivre dans l'ignorance est mieux

¹¹ Le terme Djo, signifie en argot ivoirien (nouchi) cher ami, mon frère ou encore frangin

¹² Gaou : terme utilisé pour désigner une personne ignorante, non instruite ou dépourvue de connaissances sur un sujet donné.

¹³ Gawa est le synonyme de Gaou

Selon certain enquêtés, refuser le dépistage VIH/sida ne présente aucun danger véritable. Pour ces derniers, la fidélité à leur conjoint constitue le point essentiel de non propagation du VIH/sida en leur sein. Les propos recueillis l'attestent de F B, étudiant, 24 ans :

« Moi depuis longtemps je suis fidèle à ma petite amie et même si j'ai le VIH/sida dans mon corps ce n'est pas obligé qu'elle l'est contacter aussi car chacun a son organisme. Aussi je ne fréquente pas les prostituées donc je ne peux en aucun cas avoir à plus forte raison contaminer ma petite amie et mes petites que je gère à sans drap de ma titulaire. Quant à ma copine si elle est infectée je ne sais pas mais elle n'a pas ».

Dans la même veine un autre enquêté (J.B Y, 32 ans) affirme ceci :

« Je n'ai jamais fait mon test de dépistage car je sais que je ne suis pas infecté. Et si je ne suis pas infecté je ne peux pas infecter les filles avec lesquelles j'ai eu des rapports non-protégés. De plus j'ai 35 ans aujourd'hui je n'ai jamais fait de test de dépistage VIH/sida mais je n'ai rien je suis bien portant comme tu le vois ».

A travers ces propos nous pouvons affirmer que la propagation du VIH/sida est liée à la négligence et à la banalisation des retombés de leurs différents comportements à risque.

III.2 Au sein de la population générale

La non-participation au test de dépistage VIH/sida par les enquêtés se révèle comme source de propagation du Sida en leur sein mais au sein de la population générale car la plupart des jeunes de la population enquêtées entretiennent plusieurs relations amoureuses. Le vagabondage sexuel et le multipartenaire sont à l'origine de cette propagation massive du VIH/sida au sein de la population générale. Ces propos suivant le justifient en effet :

« Je suis un jeune donc de toi à moi tu dois savoir que j'ai plusieurs copines ? J'ai une copine ici à l'Habitat-Nimbo mais j'ai une autre à Koko, Kennedy et deux à la Gonfreville. J'ai eu un enfant avec celle de KOKO. Ma femme ne sait rien du tout ça aussi je fais attention à ce qu'elle ne sache rien ». (KA, ferronnier, 33 ans).

Certains enquêtés banalisent purement le VIH/Sida. Cette posture de banalisation de la maladie est perceptible au travers de ces propos :

« Le VIH/sida est une maladie qui a été inventé par les blancs, pour faire marcher le dépistage VIH/sida parce qu'ils ont vu que les gens ne s'y intéressent pas. En plus pour faire le dépistage VIH/sida, il faut piquer, cela peut donner autre maladie. C'est ça même qui donne leur Sida là ». « Le sida est une maladie mystique. Test de dépistage, préservatifs ne peuvent rien dans cette histoire moi je ne peux pas propager Sida ce sont les sorciers qui mettent sur les coureurs de jupons ». (Y M, 34 ans et fonctionnaire).

III.3 Recrudescence du VIH/sida des IST et taux élevé des mères séropositives

➤ VIH/sida

Les jeunes de l'Habitat-Nimbo sont conscients de l'existence du fléau. Mais certains sont réticents face au dépistage du VIH/sida. Ils le disent bien :

« C'est mieux de vivre dans l'ignorance de son statut sérologique que vivre en sachant. Celui qui a le Sida est vu comme un bordel. C'est pour cela que je refuse de faire mon test. Le sida est une maladie qui tue rapidement quand on sait qu'on l'a contracté. Moi seulement, je préfère ne pas le savoir. Je mange, je grossis, je suis à l'aise ». (G M, 32 ans, contre le test).

Un autre enquêté justifie sa non-participation en ces mots :

« Je n'ai pas fait mon test de dépistage VIH/sida par prudence. Je préfère ne pas savoir. On ne sait jamais, si je fais mon test que j'ai la maladie, qu'est-ce que je deviens ? Les gens vont commencer à me critiquer, à dire des choses que je n'ai jamais fait. Je préfère rester dans l'ignorance ». (HK, jeune, 26 ans, refus).

La plupart des agents de santé rencontrés au cours de cette étude nous ont affirmé que rares sont les jeunes de l'Habitat-Nimbo qui se font dépister. Ils affirment :

« Cela fait pratiquement deux ans que je travaille dans cette ONG, je peux dire que certains jeunes acceptent de se faire dépister après plusieurs entretiens et conseils. Par contre la majorité refuse catégoriquement. Ce n'est pas facile ». (R, K ; 29 ans, Conseillère Communautaire)

III.4 Augmentation du taux des jeunes filles-mères séropositives

Le refus du dépistage occasionne les dépistages tardifs mettant ainsi en danger la mère et l'enfant. Les dires de cette mère dépistée positive à sa consultation prénatale nous en dit plus :

« Je me disais que je n'avais rien car j'étais fidèle à mon mari jusqu'à ma première consultation prénatale ou la sage-femme m'a conseillé de me faire dépister afin de pouvoir pour la protection de mon bébé et moi. Et c'est là que j'ai su que j'étais infecté. Elle a demandé à mon mari de venir se faire dépister lui aussi est venu et cela s'est révélé positif. Grâce à Dieu nous avons surmonté cette épreuve après les conseils de la sage-femme. Aujourd'hui notre fils à 16 ans et il est sain ». (Y, P M ; 28 ans)

Bien souvent c'est au cours des consultations prénatales qu'après résultats positif des épouses les époux se sentent obligés de se faire dépister. Écoutons les dires de ce jeune marié :

« Depuis longtemps je me disais que je n'avais rien jusqu'au jour où ma femme est allée pour sa consultation prénatale et qu'elle a été déclarée positive. Cela m'a incité à faire le mien et c'était positif. Nous avons géré et gardé pour nous deux. Aujourd'hui je n'ai pas le courage de le dire à mes autres copines que je gérais en cachette sans préservatif en ville ». (K. L ; 30 ans)

Au regard de ce qui précède il faut dire que cette ces réticences ou refus des jeunes face au dépistage volontaire présente plusieurs conséquences et divers niveaux. Les résultats de notre étude ont facilité leur analyse et interprétation.

IV. DISCUSSION

Cette dernière partie consiste à analyser et discuter nos résultats, à tirer des leçons et à énoncer des recommandations qui peuvent nourrir les acteurs et orienter des interventions de santé publique engagées dans la lutte contre le sida à Bouaké.

IV.1 Stigmatisation/discrimination de la communauté et dépistage du VIH/sida

Au regard des résultats, nous avons constaté que le VIH et la maladie du sida demeuraient un véritable fardeau pour ceux qui en souffraient et pour ceux qu'on soupçonnait d'être malades dans la communauté. À travers les différents entretiens menés au cours de cette étude, les différents participants ont rapporté que le test de dépistage du VIH/sida était la porte d'entrée dans une spirale de souffrance psychosociale et morale. Il ressort en effet que le VIH/sida est, et demeure toujours une maladie chargée de représentations négatives. Ces représentations négatives font endurer aux PVVIH rencontrées d'énormes souffrances au sein de la communauté. Il faut noter que la discrimination et la stigmatisation occasionnées par les représentations de la maladie ont poussé l'ONUSIDA (2010) à développer de nouvelles orientations, puisqu'on reconnaît aussi ici que la stigmatisation et la discrimination constituent de réels blocages à l'accès aux services de prévention et au dépistage qui demeure un des piliers incontournables de la lutte contre le sida. Nos résultats rejoignent ainsi ceux de l'ONUSIDA (2002 : 6) qui montrent que la stigmatisation, la discrimination et le rejet sont des réactions au VIH/sida qu'on retrouve partout à travers le monde (ONUSIDA, 2002).

La peur de la stigmatisation et de la discrimination engendre alors une attitude de méfiance vis-à-vis du test de dépistage VIH/sida. Les résultats de notre étude appuient ceux d'autres chercheurs qui ont eu à se pencher sur ce phénomène du dépistage du VIH/sida. La stigmatisation, la discrimination et les tabous liés au VIH/sida ne sont pas propres à la Côte d'Ivoire. Ils sont des facteurs bloquant la prévention du VIH/sida à travers le monde (Anderson et Doyal, 2004 ; Burns et col 1, 2007). Effectivement, d'autres études menées en Afrique (Tchetgnia, 2007 ; Tekou, 2007), mais également en Amérique et en Europe (Anderson et Doyal, 2004 ; Burns et col 1, 2007), ont montré que la stigmatisation, la discrimination et les tabous constituaient un réel frein pour la promotion du test de dépistage du VIH/sida. Les motifs de refus décrits dans ces différentes études correspondent à ceux évoqués par les jeunes du quartier Habitat-Nimbo de Bouaké.

IV.2 Exclusion sociale et dépistage VIH/sida

Au-delà de la stigmatisation et de la discrimination, la peur du rejet et de l'isolement constitue aussi un véritable facteur de refus du test de dépistage du VIH/sida à l'Habitat-Nimbo dans la commune de Bouaké. L'ensemble des personnes que nous avons interrogées considèrent qu'avoir le sida équivaut à vivre dans le rejet, l'isolement, et faire carrément les frais d'une exclusion sociale. Ce rejet et cet isolement des PVVIH sont presque légitimés par l'ordre social. En effet, dans le cadre de l'organisation socioculturelle de cette communauté, souffrir du VIH/sida relève d'une vie sexuelle dépravée et malsaine.

Ainsi, une personne qui a le sida est aussitôt considérée comme une délinquante sexuelle. Cette délinquance sexuelle n'est aucunement tolérée par les valeurs culturelles et morales de cette communauté. Par conséquent, le sida étant considéré comme le fruit d'une vie sexuelle dépravée et malsaine, la personne qui en souffrirait fait l'objet d'un rejet, d'un isolement voire même d'une exclusion pure et simple. L'évitement du malade par les siens est alors inévitable. En réalité, comme la plupart des personnes interviewées partagent ce constat, nier ou dissimuler son statut sérologique, ou bien demeurer dans l'ignorance, reste le meilleur moyen de pouvoir vivre en harmonie avec sa famille et sa communauté et de ce fait se soustrait à la réaction sociale de la communauté. Par conséquent, cette peur de rejet et d'isolement a forcément un impact indéniable sur la prise de décision et la prise en charge du VIH/sida puisque cette prise en charge ne peut pas se faire sans un dépistage préalable. Le choix de ne pas savoir, c'est-à-dire de refuser le test de dépistage du VIH/sida même si on a parfois des doutes, est fait sans hésitation.

Le refus de faire le test est un moyen parmi d'autres qui peut aider à éviter le rejet et l'isolement. Le choix de se laisser mourir et de ne pas bénéficier de soins pourtant existants, est vite fait. Il faut savoir que ce rejet et cet isolement ne sont pas le propre de ce quartier de Bouaké. Selon le Réseau juridique canadien du

VIH/sida (2012), De Bruyn (1998) et Lascombes (1994), on peut les retrouver aussi dans les pays occidentaux tels que le Canada et la France. C'est dans le même sens que vont les résultats des études faites aux USA et en Grande Bretagne sur des PVVIH originaires d'Afrique subsaharienne par Prost et coll. (2004), Foley (2005), Dodds (2006) et Othieno (2007). Ces constats ne sont donc pas nouveaux. Une enquête menée par l'équipe inter pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre de l'ONUSIDA, en collaboration avec le réseau des personnes séropositives (RAP+), en avaient même discutés en 2001. On avait montré ici que la plupart des PVVIH étaient rejetées hors des sphères sociopolitiques, culturelles et même religieuses.

Effectivement, la volonté de vouloir vivre en toute harmonie au sein de sa famille et de sa communauté, dicte oriente à tenir ou le choix de chacun des membres. Chaque prise de décision se mesure alors à la une du baromètre social. Les populations font ainsi appels aux normes sociales, culturelles et politiques pour expliquer leur comportement de refus par rapport au test de dépistage du sida. Appartenir à une communauté et sauvegarder son statut social sont plus importants que de risquer sa propre vie et même celle de sa famille.

IV.3 Les représentations socioreligieuses et dépistage du VIH/sida

Les personnes rencontrées dans le cadre de cette étude affirment que les populations de l'Habitat-Nimbo continuent toujours de considérer la maladie du sida comme étant une sanction divine suite à une faute commise. Cette interprétation avait déjà été rapportée par Desclaux (2002) et Adage (2002). Toute personne malade du sida aurait été fautive et mériterait largement son sort. Cette condamnation entraîne le refus de se faire dépister afin de préserver sa dignité. Nos données révèlent ainsi que les valeurs religieuses sont aussi évoquées comme pouvant constituer un véritable frein au test de dépistage du VIH/sida dans le quartier Habitat-Nimbo. Il n'est pas rare d'entendre dire que le sida est causé par des rapports sexuels hors mariage et donc condamnables selon la religion musulmane.

Le VIH/sida serait alors une punition divine, la conséquence d'un acte interdit par la religion. Le sida étant dès lors lié à l'adultère et à la délinquance sexuelle, il est donc facile de comprendre la réaction des jeunes qui refusent de se faire dépister. Ces résultats rejoignent ceux des études de Diagne Gueye et coll. (2007), et de Funck-Brentano et coll. (2009) menées au Sénégal et sur des immigrants en France, qui montrent que le VIH/sida est souvent associé à l'adultère. En être atteint serait donc source de punition divine et de souffrance psychosociale méritée.

V. LES IMPLICATIONS SOCIALES LIEES AU REFUS DU DEPISTAGE VIH/SIDA

Il s'agit des dangers liés aux comportements réfractaires des jeunes de l'habitat-nimbo. Ces répercussions se situent à trois (03) niveaux à savoir : Au niveau social, au niveau institutionnel, au niveau démographique et sanitaire.

V.1 Risques sociaux dus au refus de faire le test VIH/sida

Compte tenu du refus du dépistage VIH/sida, l'épidémie du sida est devenue l'une des crises sanitaires les plus graves de l'époque moderne, causant des ravages au sein des familles et des communautés du monde. Dans les pays fortement affectés, le VIH surcharge les systèmes de santé publique, débordant les capacités des prestataires de soins et des infrastructures et les ressources budgétaires. Étant donné que le VIH/sida s'attaque généralement aux jeunes sexuellement actifs, les décès causés par cette infection ont aussi provoqué des distorsions au niveau de la répartition démographique par âge et par sexe dans les communautés et les pays lourdement affectés. Ces déséquilibres affectent la croissance démographique ainsi que la santé économique et sociale de ces régions.

V.2 Effets des réticences sur la structure des âges et des sexes

Les décès dus au sida ont un impact sur la structure d'âge des populations des pays lourdement frappés. Dans les pays en développement ayant des taux peu élevés de VIH et le sida, la majeure partie des décès sont enregistrés au sein des groupes les plus jeunes et les plus âgés. Mais le sida frappe essentiellement les adultes dans la fleur de l'âge. Des gens qui ont contracté le virus lorsqu'ils étaient adolescents ou jeunes adultes, modifiant le schéma normal de mortalité et provoquant une distorsion de la structure d'âge de certains pays.

V.3 Effets du VIH et du sida sur les femmes

L'impact du VIH et du sida sur l'existence des femmes est l'un des problèmes de santé reproductive les plus préoccupants de notre époque. Les femmes courent plus de risque de contracter le VIH en raison des interactions entre les facteurs biologiques, économiques et culturels. Certaines différences physiques ou biologiques font que les femmes sont plus susceptibles de contracter le virus d'un homme que le contraire. La vulnérabilité du fait du VIH/sida, la dépendance et la pauvreté sont des facteurs peut-être plus importants qui réduisent la capacité des femmes à se protéger contre les rapports sexuels à risque.

V.4 Risques Démographiques et Sanitaires pour les pays

Les pays les plus durement frappés par l'épidémie du sida ont enregistré une augmentation de leur taux de mortalité et une réduction de leur espérance de vie au cours des dix dernières années, comme le révèle l'analyse ci-après. Toutefois, dans la mesure où les pays les plus fortement affectés en Afrique subsaharienne enregistrent également des taux de fécondité élevés (nombre moyen de naissances par femme) et où la plupart ont en outre des populations relativement modestes, l'épidémie n'a pas provoqué de déclin démographique dans la région. Dans quelques pays, notamment le Botswana, le Lesotho et l'Afrique du Sud, la croissance démographique s'est nettement ralentie, voire a cessé en raison du sida, mais la croissance globale pour l'ensemble de la région dépasse celle des autres régions du monde.

Même en prenant en considération la mortalité due au sida, la population de l'Afrique subsaharienne va, si on en croit les projections, passer de 767 millions en 2006 à 1,7 milliard en 2050. Cependant, le sida a eu un effet dévastateur sur les sociétés. Il se place au 4^e rang des principales causes de mortalité à l'échelle mondiale, et au 1^{er} rang en Afrique subsaharienne. En 2005, selon les estimations attribuables au sida. Selon les projections des Nations Unies, l'espérance de vie au Lesotho aurait dû atteindre 69 ans d'ici 2015-2020 si ce n'était la mortalité excessive causée par le sida.

V.5 Impacts sur la mortalité et l'espérance de vie des infectés « inconnus »

Les personnes vivant avec le VIH et le sida sont susceptibles de contracter diverses maladies et infections en raison de l'affaiblissement de leur système immunitaire ; donc, l'épidémie du sida est responsable d'une explosion des cas de pneumonie et de tuberculose dans de nombreuses régions du monde. En Afrique subsaharienne, les taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans sont nettement supérieurs à ce qu'ils seraient en l'absence du VIH. Sans les médicaments essentiels, un tiers des enfants nés séropositifs (par transmission maternelle) meurent avant leur premier anniversaire, et environ 60 % avant l'âge de 5 ans.

VI. CONCLUSION

Notre étude avait pour but de comprendre pourquoi les jeunes de l'Habitat-Nimbo dans la commune de Bouaké refusaient de se faire dépister. Elle nous a permis de comprendre les raisons pouvant constituer des barrières au test de dépistage du VIH/sida chez les jeunes et les implications liées à ce comportement. Elle nous a permis de recueillir des données qualitatives nous permettant de mieux comprendre l'attitude des jeunes vis-à-vis du dépistage du VIH/sida. Effectivement, l'analyse des données obtenues dans le cadre d'entretiens individuels et collectifs très ouverts et peu structurés, nous a permis de mieux saisir les points de vue des jeunes à l'endroit du test de dépistage du VIH/sida. Nous avons opté pour une démarche qualitative. Dès lors, des entretiens individuels ont été menés avec 20 jeunes identifiés au hasard au sein du quartier Habitat-Nimbo. Nous nous sommes présentés à la maternité de l'Habitat-Nimbo pour d'autres entretiens individuels à l'endroit du médecin responsable de la cellule VIH. Se faisant nous nous sommes rendus au sein de l'ONG RSB¹⁴ pour d'autres échanges avec le coordonnateur de projet VIH, le médecin et l'assistante sociale.

Nos résultats nous ont quand même permis de faire un lien entre le dépistage et la stigmatisation/discrimination, l'exclusion sociale, les pertes sociales, l'idée d'une punition divine et les messages/ images diffusés au début de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire. Ces réalités sont des éléments de contexte ou des facteurs socioculturels, politiques et religieux qui constituent des barrières à la lutte contre le VIH/sida dans cette partie du pays. Ils participent positivement à la pandémie, mais aussi aux souffrances des PVVIH de l'Habitat-Nimbo. Ces différents facteurs doivent être pris en compte dans toute intervention pouvant concerner la lutte contre le VIH/sida. À la lumière de cette étude, nous avons pu constater que le dépistage du VIH/sida rencontrait toujours des difficultés dans le quartier de l'Habitat-Nimbo. Malgré les nombreuses activités de sensibilisation, d'information et de communication menées dès l'apparition du virus en Côte d'Ivoire en 1985, le sous dépistage du VIH/sida est toujours d'actualité.

Notons que les jeunes femmes recourent plus au dépistage que les jeunes hommes dans le quartier Habitat-Nimbo. Toutefois, on constate toujours une faible affluence des jeunes hommes dans les structures de dépistage du VIH/sida dans le quartier. Notre étude, nous a alors permis d'identifier quelques raisons pouvant expliquer cette différence. Il ressort que la plupart des jeunes hommes agissent dans ce sens en fonction de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion sociale qui risquent d'accompagner la pratique du dépistage VIH/sida.

¹⁴ RSB, Renaissance Santé Bouaké

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] ADAGE. (2002). Les freins au dépistage du VIH chez les populations primo-migrantes originaires du Maghreb et d'Afrique subsaharienne: synthèse d'une étude qualitative. Sida Info Service, OMI, Ministère de la santé, Aides.
- [2] ANRS (2010). Conseil Général Bouches-du-Rhône, Aides. Dépistage du VIH : Aides, l'ANRS et le Conseil Général des Bouches du Rhône font bouger les lignes. Dossier de presses.
- [3] BECKER, C., et COLLIGNON, R. (1999). Politiques démographiques et sanitaires face aux "maladies sexuellement transmises " en Afrique de l'Ouest. Perspective historique. Dans Becker, C., et col l., *Vivre et penser le sida en Afrique*. Éditions Karthala et Codesria, 1999. (pp. 143- 149).
- [4] BOUCHARD, C. (2001). L'exclusion sociale. De la naissance jusqu'aux politiques économiques et sociales. Groupe de recherche et d'action sur la victimisation des enfants. Département de psychologie. Université du Québec à Montréal.
- [5] BOUMPOTO M. (1999). Sida, sexualité et procréation au Congo. Dans Becker, C., et al. *Vivre et penser le sida en Afrique*. Éditions Karthala et Codesria, 1999. (pp. 363-376)
- [6] HAIDARA M. (2007). Connaissances, attitudes et pratiques comportementales liées aux VIH/Sida chez les aidants sociaux dans le district de Bamako : le capital expérientiel de l'exode rural dans la prévention des IST et VIH-Sida. Thèse Med, Bamako ; p.88, 89,90.
- [7] MAZOU, G. H., (2014). « Comportement sexuel à risques des jeunes scolarisés : Une analyse des déterminants sociaux du non usage du préservatif chez les élèves du Lycée Moderne II de Bouaké », in *European Scientific Journal 2014*. Edition vol.10, N°2.
- [8] ONUSIDA (2005). Stigmatisation, discrimination et violations des droits de l'homme associées au VIH. Genève, Suisse.
- [9] ONUSIDA. (2002). Analyse comparative : recherches effectuées en Inde et en Ouganda, discrimination, stigmatisation et rejet liés au VIH et au sida. (pp. 42). Genève, Suisse : ONUSIDA.
- [10] ROUAMBA G. (2006). Les facteurs déterminant la faible fréquentation du centre de dépistage volontaire du VIH/SIDA par les femmes en âge de procréer dans la commune de Manga, mémoire de fin d'études, UO, 108 pages.
- [11] SAWADOGO Jean Noël. (2003). Dépistage sérologique volontaire du VIH : connaissances et attitudes des jeunes dans la commune de Kaya, mémoire de fin d'études, ENSP, 105 pages.
- [12] SOW A. (2005). « Les déterminants de l'intention des petits amis de travailleuses du sexe d'utiliser le préservatif comme moyen de prévention des IST et du VIH/SIDA dans la région de Dakar au Sénégal ». Mémoire de maîtrise Université de Laval Québec Canada.
- [13] TCHOZOU H. (2008). Evaluation des connaissances, comportements et attitudes à risque de l'infection à VIH/SIDA dans la population carcérale de la maison d'arrêt de Bamako. Thèse Med, Bamako ; p. 78.