

Communication en Question

www.comenquestion.com

no 13, Novembre / Décembre 2020

ISSN : 2306 - 5184

Communication pour le dépistage du VIH/sida en Côte d'Ivoire et formes de résistances chez les jeunes.

200

Communication for HIV/AIDS Screening in Côte d'Ivoire and forms of resistance among young people

BONGOUA Ransome

Doctorant en Sciences de l'Information et de la Communication
Université Félix Houphouët-Boigny, Cote d'Ivoire
Email : ransomea2@gmail.com

ATCHOUA N'Guessan Julien

Enseignant-Chercheur
Université Félix Houphouët-Boigny, Cote d'Ivoire
Email : n_atchoua@yahoo.fr

Résumé

Ce travail s'intéresse à l'épineuse question en Côte d'Ivoire de la résistance sociale des populations jeunes au test de dépistage du VIH/SIDA malgré les communications de sensibilisation déployées. L'actualité des faits politiques semblent faire oublier des décideurs nationaux et internationaux, au seuil des grands enjeux électoraux de 2020, la problématique du dépistage volontaire du VIH en faveur du bien-être sanitaire des populations ivoiriennes. L'objectif du présent travail est donc d'identifier les formes et les facteurs de la résistance sociale au dépistage du VIH/SIDA au sein des jeunes individus de 16 à 29 ans à travers des investigations de terrain. Pour ce faire, 3 communes de Côte d'Ivoire, notamment Aboisso, Yamoussoukro (Capitale officielle de la Côte d'Ivoire) et Korhogo, respectivement chef-lieu des régions du Sud-Comoé (au sud), des Lacs (au centre) et du Poro (au nord), ont été les sites d'étude. La collecte des données a suscité de notre part l'usage d'outils d'enquêtes qualitative et quantitative. Le volet quantitatif a consisté à administré un questionnaire de type Connaissances, Attitudes, croyances et Pratiques (CACP) et une échelle de type Likert (1932). L'enquête qualitative s'est faite avec des entrevues individuelles et semi-directives auprès de 35 répondants (étudiants, personnels de santé, d'ONG et de centre de CDV) dans le sens d'approfondir certaines informations. In fine, de nombreuses pesanteurs sociales, psychologiques, religieuses et communicationnelles sont révélées par l'étude comme des facteurs générateurs et de manifestations d'une telle résistance.

Mots clefs : Santé publique, Dépistage VIH, Communication, Jeunes, Résistance.

Abstract

This paper looks into the burning issue of young people's social resistance to HIV/AIDS screening in Côte d'Ivoire though sensitization communication is undertaken. The current political scene seemingly makes national as well as international decision-makers forget the issue of HIV deliberate screening for Ivorian population's medical well-being at the threshold of great electoral challenges of 2020. Through field investigation, the current study aims to identify forms and factors of social resistance to HIV/AIDS screening among young people whose age ranges from 16 to 29. To do this, 3 municipalities in Côte d'Ivoire, in particular Aboisso, Yamoussoukro (official capital of Côte d'Ivoire) and Korhogo, respectively capital of the regions of Sud-Comoé (in the south), of the Lakes (in the center) and Poro (to the north), were the study sites. The collection of data prompted our use of qualitative and quantitative survey tools. The quantitative component consisted in administering a Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices (KACP) type questionnaire and a Likert type scale (1932). The

qualitative survey was carried out with individual and semi-structured interviews with 35 respondents (students, health workers, NGOs and VCT centers) in order to deepen certain information. Ultimately, numerous social, psychological, religious and communicational setbacks are revealed by the study as reasons and display of such a resistance.

Keywords: Public Health, HIV/AIDS, Screening, Communication, Young People, Resistance.

1.- Introduction et problématique

La Côte d'Ivoire, avec une prévalence globale de 2,7% (ONUSIDA, 2015), demeure l'un des territoires les plus affectés par la maladie en Afrique subsaharienne. Pourtant, pour résorber les insuffisances du Conseil et Dépistage Volontaire (CDV), le pays a mis en place en 2009, le Conseil et Dépistage à l'Initiative du Prestataire (CDIP) comme le recommande l'OMS. Il s'agit pour les professionnels de santé de proposer un test de dépistage du VIH à tous les patients, quels qu'en soient leurs motifs de consultation. Malgré cette politique et les stratégies déployées par les structures appropriées des réticences au dépistage du VIH subsistent (Carillon et col, 2017).

Les enquêtes sur les indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire (EIS, 2005) attestent de la vulnérabilité de la jeunesse face à la pandémie. Ses comportements de résistance apparaissent dans ces investigations comme l'une des causes de la propagation de la maladie chez cette catégorie de citoyens. Une étude de l'EDS-MICS (2012) indique à ce propos que seulement 25% des hommes et 38% des femmes âgés de 15-49 ans connaissaient leur sérologie VIH. On observe donc ici une faible proportion des citoyens ivoiriens qui connaissant leur statut sérologique du fait de leur abstinence à effectuer le test de dépistage du VIH. Cela demeure en Côte d'Ivoire une problématique globale chez les jeunes et mérite que l'on s'interroge à nouveau sur la situation en cette période de démultiplication des moyens de communications plus accessible aux populations. La présente étude vise à analyser, à travers un cadre méthodologique d'observation sur le terrain, les formes et les facteurs de la résistance au dépistage du VIH/sida chez les jeunes ivoiriens dont l'âge varie entre 16 et 29 ans et qui ont été exposés

au moins une fois à une campagne de sensibilisation contre la pandémie. Cette étude s'inscrit dans l'approche théorique de Bareil et Savoie (1999) qui s'intéressent à l'état mental des individus et donc aux aspects cognitifs et affectifs comme principaux facteurs d'échec aux changements d'attitudes. Ils proposent une approche fondée sur les préoccupations des destinataires face au changement. La théorie des phases de préoccupations part en effet, du principe que les gens tourmentés par l'annonce d'un changement, réagissent à un moment donné, pour des raisons données, et qu'il faut s'efforcer de redécouvrir à chaque fois.

La résistance au changement, du point de vue de Morin (1996, p.205), est l'ensemble des « forces qui s'opposent à la réorganisation des conduites et à l'acquisition des nouvelles compétences ou, en d'autres mots, à des forces restrictives ». Les auteurs Collerette et Schneider (1997, p.185), abondent dans le même sens en parlant de « *réaction de défense à l'endroit d'une proposition de changement* ». C'est en d'autres mots, un refus au changement entretenu par un ou plusieurs acteurs (Brassard et Brunet, 1994). En tout état de cause, la résistance consiste en un changement proposé qui est finalement perçu par le destinataire comme une menace pour lui. Il s'agit alors de l'émergence de forces qui font obstacles ou obstruction à un processus de changement. C'est pourquoi, fait savoir Bareil (2004), l'impact du changement sur les relations sociales tend à créer plus de résistance que le changement lui-même et c'est dans la mise en relation de la résistance avec l'action humaine que le terme « résistance » a eu une acception foncièrement négative. Le terme « résistance » apparaît ainsi dans cette étude comme un obstacle à une proposition de changement de comportement à risque cependant source d'informations pour comprendre des attitudes développées par une population cible (les jeunes notamment) dans la connaissance de leur statut sérologique dans cette période où l'actualité politique semble avoir pris le pas sur les préoccupations sanitaires.

Analysant la réception des messages de prévention du sida, Vigeant (2010) confie que les médias et les différentes campagnes ont été capables de modifier la perception quant à la gravité du VIH/sida. A contrario, ils n'ont pas su amener des changements de comportements souhaités. Il justifie cette assertion par le fait que l'infection prolifère, non seulement auprès des groupes à risque

mais aussi dans la population générale. Dans ce sens, Renaud (2010) révèle que très peu de recherches ont analysé le façonnement médiatique des normes sociales spécifiquement liées à la santé et au bien-être, notamment, l'effet des prises de décisions des différents agents sociaux. Par ailleurs, des jeunes manquent toujours d'information sur la façon de se protéger. Seulement 30 % des jeunes hommes et 19 % des jeunes femmes sont correctement informés au sujet des façons de se protéger du VIH et 40 % de toutes les nouvelles infections à VIH, chez les adultes, concernaient les jeunes de 15 à 24 ans (AQOCI/ACDI, 2011).

Selon le Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA, 2017), sur 670 000 nouvelles infections à VIH dans cette tranche d'âge, nombre d'entre eux qui sont éligibles au traitement, n'y ont pas accès et ne connaissent même pas leur statut sérologique. Dans l'optique de mettre fin au sida à l'horizon 2030, outre la stratégie du traitement par les antirétroviraux (ARV) pour arrêter l'évolution de la maladie, un intérêt doit être porté à l'égard des jeunes (OMS, 2015). Ainsi, la préoccupation principale de cette étude est de savoir pourquoi, en dépit des communications de sensibilisation au dépistage du VIH, des jeunes sont encore réticents à connaître leur statut sérologique ? Autrement, quelles réceptions et appropriations ont-ils des messages de dépistage du VIH ? Quelles sont les formes et raisons de légitimation des comportements de résistances au test du VIH chez les jeunes ?

Pour répondre aux différentes interrogations, les hypothèses suivantes ont été utiles pour conduire cette recherche.

- Les résistances au test de dépistage du VIH chez les jeunes sont fonctions du défaut d'appropriation des messages de sensibilisation;
- Les connaissances et croyances erronées des jeunes sur le sida ainsi que sur le test VIH déterminent leurs résistances au test de dépistage du VIH.

2.- Méthodologique de l'étude

La communes d'Aboisso, celle de Yamoussoukro, capitale politique et administrative de la Côte d'Ivoire et de Korhogo, respectivement chef-lieu de la région du Sud-Comoé, de la région des Lacs ainsi que de la région du Poro sont les terrains de l'étude.

La prévalence du VIH de ces villes (l'EDS-MICS 2011-2012 ; CIPHIA 2017-2018¹) indique les chiffres suivants en Côte d'Ivoire : Aboisso (3,3%); Yamoussoukro (2,9 %) et Korhogo (2%) (Région du Polo au Nord)².

La collecte des données de l'étude de mai et juin 2017, a combiné les approches quantitative et qualitative, et a permis de cerner les logiques des comportements de résistance chez un échantillon de 200 jeunes déjà exposés à des campagnes de sensibilisation sur le dépistage du VIH/sida. Dans le volet quantitatif, un questionnaire de type Connaissances, Attitudes, Croyances et Pratiques (CACP) et une échelle de type Likert (1932) - en 4 échelons, allant de « Pas du tout d'accord » (= 1) à « Tout-à-fait-d'accord » (= 4) ont été utilisés pour apprécier le niveau de connaissances, les perceptions et leurs comportements de séro-ignorance au VIH.

Tableau 1: Répartition des jeunes selon le sexe et les villes de l'enquête

Genre	Villes de l'enquête			Total
	Aboisso	Yamoussoukro	Korhogo	
Masculin	34	33	33	100
Féminin	34	33	33	100
Total	68	66	66	200

Source : Données de l'étude.

Néanmoins, dans le souci d'approfondir certaines informations des questionnaires, une enquête qualitative avec des entrevues individuelles et semi-directives ont été opérées auprès de 35 répondants. Ce sont 6 élèves; 6 étudiants (CAFOP/INFAS); 3 médecins (SSSU-SAJ); 3 Points-focaux VIH (District Sanitaires de santé); 3 infirmiers et agent communautaires, 3 responsables d'ONG de lutte contre le sida; 3 responsables de CDV ; 4 responsables de la de la Direction de la Mutualité et des œuvres Sociales en milieu Scolaire (DMOSS); 2 élèves séropositifs (un garçon et une fille) et 2 étudiants séropositifs (un garçon et une fille).

¹ L'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS) de 2011-2012 et l'évaluation de l'impact du VIH dans la population en Côte d'Ivoire (CIPHIA) de 2017-2018.

² Données CIPHIA 2017-2018.

Les données des questionnaires ont été traitées par les biais des logiciels SPSS et Excel qui ont généré des figures et des statistiques descriptive et inférentielle. Celles obtenues par les entretiens semi-directifs ont été traitées manuellement pour donner lieu à une analyse de contenu. Les résultats obtenus à cet effet sont les suivants.

2.- Résultats

2.1.- Éléments du profil sociodémographique des enquêtés

Le profil sociodémographique des enquêtés au niveau de l'âge souligne la jeunesse de la population d'étude avec une majorité de 65,5% de la tranche de 16-19 ans et 21,5% de celle de 20-24 ans. Pour le niveau d'instruction, ils ont majoritairement un de secondaire ave 90,5% et 9,5% pour le niveau universitaire.

Tableau 2: Répartition des enquêtés selon l'âge et le niveau d'étude

206

Caractéristiques sociodémographiques	Terrains de l'enquête						Total	
	Aboisso		Yamoussoukro		Korhogo			
Tranche d'âge	n	%	n	%	n	%	n	%
16-19 ans	44	22	40	20	47	23.5	131	65.5
20-24 ans	14	7	17	8,5	12	6	43	21.5
25-29 ans	10	5	9	4.5	7	3.5	26	13
Niveau d'instruction								
Primaire	0	0	0	0	0	0	0	0
Secondaire	64	32	58	29	59	29.5	181	90.5
Universitaire	4	2	8	4	7	3.5	19	9.5
Total	68	34	66	33	66	33	200	100

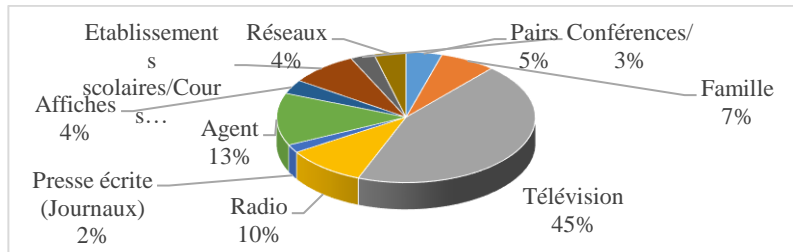
Source : Données de l'étude.

2.2.- Sources d'informations des jeunes sur le dépistage du VIH

Divers supports de communications sont utilisés pour informer les jeunes. La télévision (45%) est le principal canal de sensibilisation des jeunes sur la question du dépistage du VIH/sida pourtant plus exposés aux réseaux sociaux numériques désormais.

Ensuite, par ordre d'importance, viennent les agents de santé (13%), la Radio (10%), les établissements scolaires (9%), la famille (7%), les pairs (5%) et les réseaux sociaux (4%).

Figure 1 : Sources d'informations des jeunes sur le dépistage du VIH



Source : Données de l'étude.

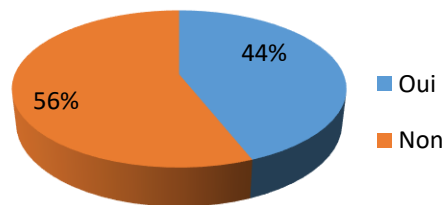
2.3.- Caractérisation des jeunes séro-ignorants au VIH

2.3.1.- Les jeunes séro-ignorants au VIH

Dans les 200 jeunes interrogés, 112 jeunes, soit 56%, affirment qu'ils n'ont pas encore réalisé de test de dépistage du VIH contre 88 jeunes (44%) qui déclarent l'avoir réalisé. Les élèves ne sachant pas encore leur statut sérologique du fait qu'ils n'ont pas réalisé leur test VIH sont appelés des séro-ignorants.

207

Figure 2: Répartition des enquêtés selon la réalisation ou non du test VIH



Source : Données de l'étude

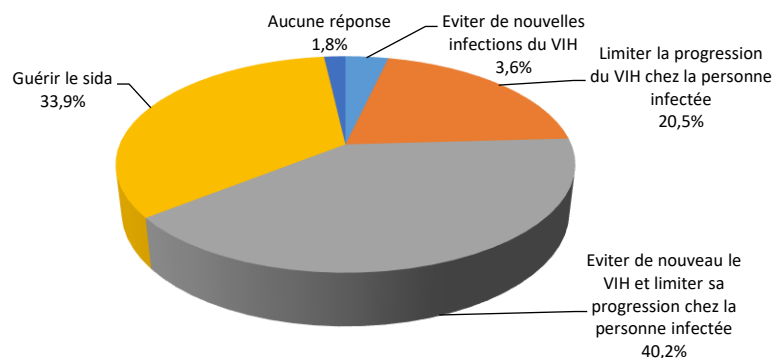
2.3.2.- Connaissance des enjeux du dépistage du VIH et des ARV

Dans la population des jeunes séro-ignorants (112), les répondants à 86% reconnaissent le dépistage volontaire comme un

moyen pour connaître la sérologie VIH chez une personne quand 14 % ont indiqué les symptômes (ou signes cliniques) comme moyens de connaissances d'une personne séropositive.

En outre, au sujet des ARV, 40,2% ont une connaissance satisfaisante des avantages des ARV sur la santé de la personne vivant avec le VIH. Ils considèrent que les ARV permettent à la fois d'« éviter de nouveau le VIH et limiter sa progression chez la personne infectée », quand 33,9% affirment que les ARV guérissent le sida et 1,8% sont sans réponse. Enfin, plus de 3/4 des enquêtés (75%) ont une idée des lieux de dépistage contre 25% qui déclare n'en avoir aucune connaissance.

Figure 3 : Estimation de la connaissance de l'existence et des avantages des ARV chez les séro-ignorants



Source : Données de l'étude.

2.4.- Formes et facteurs de résistances au test VIH

Les déclarations des enquêtés montrent que plusieurs motivations sont à l'origine de leurs comportements de séro-ignorance et de résistance liés au dépistage du VIH. Aussi, multiples soient-elles, la catégorisation permet de les résumer en quelques items.

2.4.1.- Encore des connaissances erronées

La dimension connaissance sur le VIH/sida indique que les jeunes séro-ignorants ont un niveau de connaissances satisfaisant ($M=2,73/4$) avec toutefois des informations erronées. A cet effet,

trois (03) items sur les 11 ont des moyennes qui sont en contradictions avec la nature de la réponse.

L'item 6 : « Le sida attaque seulement les personnes ayant des comportements sexuels immoraux et anormaux (homosexualité, infidélité, prostitution...) » enregistre une moyenne $m = 2,49/4$ alors que la moyenne m devrait être comprise entre 1 et 2 ($1 \leq m \leq 2$). Cette réponse erronée est en contradiction avec les messages de prévention, même si ces comportements sont jugés à risque. Le VIH se trouve également dans le sang, le sperme et les sécrétions vaginales. Également, avec l'item 7 « Si des gens savent qu'il y a des médicaments (ARV) qui améliorent la santé des malades du sida, ils vont se faire dépister au VIH/sida » a une moyenne ($m = 1,90/4$) comprise entre 1 et 2 ($1 \leq m \leq 2$) au lieu d'être située entre 2 et 4 ($2 \leq M \leq 4$). L'item 7 n'est pas identifié comme une information participant à la sensibilisation et à l'acceptation du test de dépistage VIH par les jeunes.

En outre, l'item 8 : « Un sorcier peut donner le VIH/sida à une personne » a la moyenne $m = 2,10/4$ comprise entre 2 et 4 ($2 \leq M \leq 4$) au lieu d'être située dans l'intervalle ($1 \leq M \leq 2$). Cette moyenne montre que des séro-ignorants ont encore une méconnaissance des modes de transmission du VIH. Cette perception du sida comme une pratique de sorcellerie met en exergue la persistance des préjugés et pesanteurs socioculturelles en dépit des sensibilisations.

Tableau 3: Répartition des moyennes et écarts-type des déterminants informationnels et communicationnels

Items	Moyenne	Écart-type	Nature de la réponse
1 le sigle « SIDA » veut dire Syndrome Imaginaire pour Décourager les Amoureux.	1,46	0,901	Faux
2 Les campagnes de sensibilisation contre le sida, vous informent que vous pouvez jouer et manger avec les malades du sida.	2,67	1,182	Vrai
3 Il y a des médicaments (ARV) qui améliorent la santé des malades du sida.	3,31	0,833	Vrai

4	Malgré les campagnes de sensibilisation contre le sida, j'ai toujours peur d'être en contact avec des séropositifs.	2,68	1,143	Vrai
5	le sida (Syndrome d'Immuno Déficience Acquisée) est causé par un virus appelé VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine).	3,57	0,770	Vrai
6	Le sida attaque seulement les personnes ayant des comportements sexuels immoraux et anormaux (homosexualité, infidélité, prostitution...)	2,49	1,243	Faux
7	Si des gens savent qu'il y a des médicaments (ARV) qui améliorent la santé des malades du sida, ils vont se faire dépister au VIH/sida.	1,90	0,936	Vrai
8	Un sorcier peut donner le VIH/sida à une personne.	2,10	1,192	Faux
9	Une mère séropositive qui prend correctement ses médicaments ARV donne naissance à un bébé sain à l'hôpital.	3,24	0,970	Vrai
10	Le VIH peut contaminer tout le monde (les adultes, enfants et bébés).	3,51	0,930	Vrai
11	Aujourd'hui, on peut connaître le résultat de son test de dépistage VIH en moins de cinq minutes.	3,11	0,981	Vrai
Moyenne de la dimension (m)		2,73/4 ($2 \leq M \leq 4$)		

Source : Données de l'étude.

2.4.2.- Perception d'une absence de risques sexuels

L'évaluation de la dimension individuelle et comportementale qui souligne des « perceptions et motivations personnelles de refus du test VIH » indique un score acceptable $M = 2,19/4$. À cet effet, 4 items dont la moyenne (m) < 2 ont des moyennes qui sont en contradictions avec la nature de la réponse. C'est dire que la nature de la question étant « Faux », la moyenne m

> 2, là où elle devrait être comprise entre 1 et 2 ($1 \leq m \leq 2$). C'est le cas pour « I12 : Une personne vierge est protégée contre le VIH/sida. » dont la moyenne est $m = 2,4/4$. Cette perception d'une absence de risque à travers la virginité est évoquée comme une protection suffisante contre le VIH. Elle fait ainsi fi aux autres modes de transmission. Cette perception erronée se perçoit également avec l'item « I15 : Quelqu'un qui utilise toujours des préservatifs n'a pas besoin de faire son test de dépistage VIH » dont la moyenne $m = 2,03/4$. Dans une telle posture, l'usage de préservatifs constitue un déni de risque sexuel et une justification de leur séro-ignorance. Des jeunes annoncent également que la difficulté d'échanger sur leur sexualité et leurs pratiques sexuelles à autrui, fut-il avec un agent de santé, est un motif pour se soustraire du dépistage du VIH.

C'est ainsi qu'il y a lieu de noter que « I16 : La honte de parler de sexualité, même aux agents de santé, empêche de faire le test VIH » a une moyenne $m = 2,49/4$. Donc, le sentiment d'humiliation qui découlerait d'un éventuel jugement péjoratif sur la sexualité constitue une difficulté pour les enquêtés de parler de sexe. En conséquence la honte se conçoit comme un frein au dépistage du VIH. En outre, la peur d'un résultat positif et sa divulgation est présentée comme une entrave à l'adhésion du test VIH : « I19 : Si je fais mon test, l'infirmier ou la sage-femme peut dire aux gens que je suis séropositif ou séropositive. » avec la moyenne $m = 2,17/4$. Or, dans le contexte du VIH/sida, l'ONUSIDA et l'OMS préconisent la divulgation à des fins bénéfiques d'une séropositivité VIH. Il s'agit d'une divulgation volontaire qui respecte l'autonomie et la dignité des personnes infectées et affectées par le VIH0

Tableau 4: Répartition des moyennes et écarts-type des déterminants individuels et comportementaux

	Items	Moyenne	Écart-type	Nature de la réponse
I12	Une personne vierge est protégée contre le VIH/sida.	2,4	1,277	Faux
I13	Une personne encore vierge n'a besoin de faire son test de dépistage du VIH.	1,95	1,057	Faux

I14	La peur d'être rejeté par son entourage (ses parents et ses amis, etc.), suite à un test VIH positif, ne motive pas les gens à se faire dépister.	2,64	1,139	Vrai
I15	Quelqu'un qui utilise toujours des préservatifs n'a pas besoin de faire son test de dépistage VIH	2,03	1,107	Faux
I16	La honte de parler de sexualité, même aux agents de santé, empêche de faire le test VIH.	2,49	1,143	Faux
I17	La fidélité à son partenaire est une protection suffisante contre le VIH pour ne pas faire son test VIH.	1,84	0,943	Faux
I18	Un enfant de moins de 18 ans n'a pas besoin de faire son test VIH.	1,64	0,931	Faux
I19	Si je fais mon test, l'infirmier ou la sage-femme peut dire aux gens que je suis séropositif ou séropositive.	2,17	1,116	Faux
I20	Les tests du VIH ne sont pas sûrs.	1,64	0,911	Faux
I21	Le fait d'être en bonne santé pousse les gens à ne pas faire leur test VIH.	2,67	1,150	Vrai
I22	L'expression « je n'ai pas le temps » est un prétexte pour fuir le test VIH.	2,62	1,198	Vrai
Moyenne de la dimension (M)		2,19/4 (2 ≤ M ≤ 4)		

Source : Données de l'étude.

2.4.3.- La peur de la sérophobie

Au niveau de la sérophobie qui est le rejet et la discrimination des personnes séropositives alimentée par les représentations et perceptions socioculturelles, trois (03) items s'en distinguent comme un des freins au dépistage du VIH. D'abord, l'item 23 « I23 : le sida, c'est la mort ! » avec la moyenne $m = 2,31/4$. Recevoir un diagnostic de séropositivité au VIH est toujours perçu pour la jeunesse comme la révélation d'une mort certaine à défaut d'une guérison du sida.

Ensuite, le « I24 : Le sida est une malédiction, une punition divine qui touche seulement les personnes ayant des comportements sexuels immoraux et anormaux (homosexualité, infidélité, prostitution...) » dont la moyenne $m = 2,27/4$. C'est dire que les préjugés sexuels demeurent avec la connotation du sida,

maladie incurable, comme un jugement Divin des personnes qui se livrent à l'immoralité sexuelle et à l'adultère. Ainsi un test VIH positif est toujours source de déshonneur et de peur.

Enfin, la question de la séropositivité dans le couple. Avec une moyenne $m=2,37/4$, des séro-ignorants estiment que « I29 : Dans une relation, être séropositif (ive) ou séropositive, c'est avouer son infidélité à son partenaire ». L'intrusion du virus du sida dans un couple n'est pas sans anxiété pour ce dernier. Elle habite autant la personne qui vient d'être déclarée séropositive que l'autre partenaire. Une telle perception qui touche à la dimension morale de l'individu pourrait mettre à mal la cohésion et l'harmonie du couple et de la famille.

Tableau 5: Répartition des moyennes et écarts-type des déterminants culturels, religieux et psychologiques

Items	Moyenne	Écart type	Nature de la réponse	
I23	Le sida, c'est la mort !	2,31	1,164	Faux
I24	Le sida est une malédiction, une punition divine qui touche seulement les personnes ayant des comportements sexuels immoraux et anormaux (homosexualité, infidélité, prostitution...)	2,27	1,212	Faux
I25	Avoir le sida brise les relations familiales.	2,59	1,051	Vrai
I26	Quand on ne sait pas qu'on a le sida, on vit en harmonie avec la famille.	3,19	1,051	Vrai
I27	Un bon croyant ne doit pas faire son test VIH.	1,57	0,976	Faux
I28	L'ignorance de son statut sérologique fait vivre longtemps et mieux avec la famille.	2,59	1,090	Vrai
I29	Dans une relation, être séropositif ou séropositive, c'est avouer son infidélité à son partenaire.	2,37	1,124	Faux
Moyenne de la dimension (M)		2,41/4 ($2 \leq M \leq 4$)		

Source : Données de l'étude.

Ces différentes logiques permettent de mettre en exergue les formes de résistances chez les jeunes.

3.- Discussion

Les différents facteurs et formes de résistances au test de dépistage du VIH identifiés sont d'ordre psychologique, socioculturel et religieux, institutionnels, socio-économiques et thérapeutique.

3.1. Virginité, condom, abstinence et perception d'une absence de risques sexuels

La question du « risque et sida » a déjà fait l'objet de plusieurs réflexions. Des chercheurs ont mis en relief la dualité entre le plaisir sexuel et le VIH/sida. En effet, la sexualité est un besoin naturel et une source de plaisir pour l'homme et la femme. À contrario, l'existence du VIH et du sida viennent annihiler ou freiner ce plaisir. Ainsi, ce qui devrait être source de plaisir et de bonheur devient la cause du malheur chez certaines personnes (Topé-Gueu, 2015). C'est dans ce contexte que les jeunes modifient leurs comportements sexuels et adoptent des modes de prévention contre le VIH. Certains enquêtés qui ne sont pas encore sexuellement actifs, adoptent l'abstinence sexuelle en reportant l'âge de leur entrée dans la sexualité.

Pour ceux qui sont actifs sexuellement, deux situations se présentent : d'une part, il y a ceux qui ont opté pour une abstinence sexuelle (provisoire), et d'autre part, ceux qui font usage du préservatif pour se protéger du VIH. Dans leur perception du risque de transmission du VIH et leur sexualité, le maintien de la virginité observé constitue une raison pour ne pas faire la démarche du test VIH. Nous comprenons que dans cette situation, c'est le risque sexuel qui prévaut comme mode de transmission du VIH. De ce fait, les jeunes pensent n'avoir pris aucun risque sexuel lié au VIH. Cette acception se vérifie chez Tchegnina (2007) où des jeunes pucaux de 15 à 18 ans jugent « inutiles » de faire le test du VIH et disent ne pas en comprendre le bien-fondé. D'ailleurs, c'est quand des personnes sont sexuellement actives ou ont eu des rapports sexuels à risque qu'il y a lieu de chercher à vérifier leur état de santé

par un test VIH pour être rassuré. Par ailleurs, Akoto (2008) estime que ce comportement de résistance chez les individus est également le fait du poids des confessions religieuses sur les consciences humaines, notamment la religion musulmane. L'Islam – et les autres religions – combattent la fornication et tous les actes qui entraînent la dépravation des mœurs, facteur de propagation de l'infection à VIH, en promouvant l'abstinence sexuelle jusqu'au mariage pour les jeunes et la fidélité pour les mariés.

Toutefois, pour Charpentier (2010), partant de l'exemple du Maroc, les filles et les femmes vierges adoptent des sexualités anales et/ou orales pour contourner le sexe vaginal, source de sanctions sociales et religieuses. Ainsi, sous l'effet conjugué de ces différents facteurs socioculturels et religieux, il se développe implicitement et dans la clandestinité une sexualité pré-nuptiale de substitution pour la gente féminine plus ou moins précoce. La résistance qu'elle révèle face aux mœurs traditionnelles et religieuses n'est pourtant pas sans risque de contamination du VIH. L'usage du préservatif est en outre une pratique sexuelle qui sert de justificatif chez les jeunes à l'absence de recours au test VIH. Selon Kacou (2015), pour les jeunes célibataires qui sont sexuellement actifs, le préservatif demeure la seule méthode de prévention contre la transmission du sida et des IST. Cependant, son utilisation systématique à chaque rapport sexuel n'est pas encore effective chez ceux-ci, quand bien même que les rapports sexuels soient à haut risque d'infection à VIH. Au-delà donc du risque sexuel que les jeunes penseraient pouvoir minimiser, persistent les dangers liés à la manipulation du préservatif. L'utilisation systématique et correcte du préservatif ne devrait donc pas occulter la nécessité de faire un test VIH, suggère Ngui (2010) qui interpelle tout chercheur dans le domaine à penser à l'existence des biais de « désirabilité sociale » qui auraient sans doute pour effet de sous-estimer ou de surestimer l'utilisation du condom chez les jeunes.

En plus de ces facteurs explicatifs, la culture d'origine d'un individu, ses pratiques religieuses ainsi que des variables liées à la stigmatisation et à une dimension phobique constituent d'autres éléments explicatifs de la résistance au dépistage du VIH chez les jeunes ivoiriens.

3.2.- Culture, religion, stigmatisation et *sérophobie*³

Vivre avec le VIH signifie la plupart du temps avoir à affronter les divers préjugés et stigmatisations entourant encore la maladie (Francoeur, 2011). La peur de la stigmatisation et de la *sérophobie* qui persistent dans les esprits des personnes, constitue un frein au dépistage du VIH, malgré l'existence des traitements ARV. C'est ce qui ressort de notre recherche auprès des participants qui disent avoir peur des conséquences d'un résultat positif et qui confirme également l'étude de Compaoré (2006), au Burkina Faso. Celui-ci estime que le refus du dépistage du VIH chez des jeunes se justifie par le fait qu'il s'agit d'une « maladie incurable et l'accès aux soins antirétroviraux demeure limité et d'autre part, les représentations, perceptions, stéréotypes, etc. négatifs peuvent jeter un discrédit sur un sujet séropositif, l'opprobre social, etc. Par ailleurs, la prééminence de la connotation sexuelle de l'infection peut faire de l'entreprise de la démarche volontaire un acte d'aveu public d'une sexualité *vagabonde et culpabilisante* ». C'est dire que malgré les sensibilisations, des déterminants contextuels et individuels continuent d'influencer assez négativement la prise de décision du test VIH. Le refus du test apparaît alors comme une réponse à la question de la peur de l'exclusion de soi. L'évaluation des avantages et des inconvénients de savoir son test VIH ne manque pas de créer un état psychique désagréable que ce dernier cherche à y mettre fin (Festinger, cité par Gallen et Brunel, 2014, p. 5). Mieux pour Topé-Gueu (2015), ceux des jeunes qui sont dans un tel état mental sont en proie à un combat interne pour réduire cette incohérence. C'est pourquoi, ils modifient un des éléments dissonants en un autre consonant avec les cognitions en scène, des possibilités de rationalisation de la résistance par des procédés de tournure des faits de dépistage en dérision.

Le tout se déroule dans une réalité sociale africaine où malgré la mobilisation mondiale pour la lutte contre la pandémie, la stigmatisation et la discrimination constituent toujours d'être des facteurs de représentation du VIH comme une sanction divine suite

³ Le terme *sérophobie* est employé pour évoquer toute discrimination spécifique au VIH/sida. Elle signifie la peur, le rejet de PVVIH (site web www.lecrips-idf.net, 25 juin 2017).

à des conduites sexuelles déviantes (Mellouk, 2011). Cette interprétation de la maladie comme la résultante d'un péché est corroborée par Bâ (2012). Aussi retient-il que comme un peu partout en Afrique, les programmes de lutte contre le sida ont beaucoup ciblé des groupes dits « à risque ». Cette catégorisation liée le plus souvent au sexe interdit, conduit indéniablement à la stigmatisation et à la discrimination de toute personne qui en souffrirait. Le VIH/sida étant une maladie sexuellement transmise, il est très courant d'entendre dire au sein de la communauté, que toute personne qui en souffre, ne peut être qu'une délinquante sexuelle. Le sida est ainsi devenu une maladie de la honte et de l'adultère. Il est ainsi inconcevable de souffrir du VIH/sida dans sa communauté sans être en faute. Ce qui constitue inévitablement une barrière importante au dépistage volontaire.

Dès lors, par peur de se voir exclus et marginalisés par la société, les jeunes préfèrent se réfugier derrière l'ignorance en résistant à toute tentative de dépistage du VIH/sida. Tout comme ces approches sur les formes et les facteurs de la résistance au test de dépistage du VIH, ce malgré les nombreuses campagnes de sensibilisation et de communication sur la question, des actions liés aux bailleurs de fonds et à la gouvernance du test permettent également une autre lecture de la situation ici analysée.

3.3.- Les bailleurs de fonds et la gouvernance du dépistage du VIH

Selon Fauré (2016), le monde des institutions participant à la lutte contre le VIH/sida peut contribuer, de manière évidemment passive et involontaire, à produire ou maintenir des dysfonctionnements favorisant le niveau toujours élevé des résistances au test VIH. Ces défauts tendraient à circonscrire la réception et la compréhension des informations produites autour de cette lutte par les populations. Derrières les questions relatives à l'accès aux soins et à l'aide à la santé dans les pays en développement, les batailles que se livrent ces principaux bailleurs de fonds internationaux tendent à imposer par quelques stratégies voilées leurs leaderships et à protéger leurs intérêts sur le terrain. Elles confirment aussi que « la santé apparaît en effet, plus que jamais, comme un « enjeu de pouvoir→ » (tant économique que

politique). Elle est donc le fruit d'un « processus socio-historique » traversée par des rapports de forces entre les acteurs dominants» (Depret, 2015, p. 3) au détriment des populations des Etats bénéficiaires. La conséquence est qu'en réalité, les programmes d'aides mis en œuvre dans les pays en développement demeurent toujours largement décrétés par les seuls bailleurs de fonds. Pour dénouer les paradoxes que génèrent ces luttes de pouvoirs afin que la santé soit un « bien public mondial » et non un « bien marchand », Boidin (cité par Depret, 2015) préconise que les « acteurs dominants » tiennent réellement compte des *desideratas* des pays bénéficiaires de l'aide internationale au développement afin d'être au cœur du processus de production et de diffusion des biens et services de santé.

Outre, la démotivation des acteurs du dépistage pour des raisons, le plus souvent, pécuniaires, les contraintes des orientations stratégiques ou directives des bailleurs justifient les réticences des professionnels de santé à proposer le test VIH à tout patient selon Carillon et col. (2017). Les raisons évoquées « en dehors des cas de suspicion clinique pour lesquels le test est d'ailleurs plus souvent prescrit que proposé » (Carillon et col., 2017) sont à cet effet liées à la crainte chez les soignants des effets collatéraux d'un refus, méfiance, déperdition des patients suite à une proposition à faire le dépistage. Les lourdeurs administratives, les surcharges de travail non payées, la procédure de dépistage à tout venant, le manque de formation officielle en matière de conseil constitueraient selon Carillon et col. (2017) d'autres inquiétudes chez les soignants.

En définitive, le constat majeur fait au niveau du financement de la lutte contre le sida en Côte d'Ivoire, est qu'il y a une insuffisance de ressources mobilisées par rapport aux besoins et un non alignement des partenaires extérieurs sur les priorités et besoins nationaux.

3.4.- La dimension communicationnelle : l'ignorance des enjeux du dépistage et du traitement du VIH

Le déficit d'information est aux nombres des différents facteurs qui influencent la propagation du VIH/sida. En conséquence, l'accès à l'information reste primordial pour prévenir l'épidémie. C'est pourquoi, pour Cecchi (2008, p. 391) « les circuits

permettant d'aboutir à la décision sont complexes mais la présence ou l'absence de connaissance et d'information déterminent crucialement les conditions dans lesquelles sont prises les décisions ». L'information reste ainsi pour l'auteur, une aide et un régulateur de la décision.

La problématique de l'accès à l'information ou le déficit d'information sur le dépistage et le traitement du VIH se vérifie dans notre étude. En effet, 11, 6% de nos enquêtés ont évoqué des raisons en lien avec « l'ignorance des enjeux, des modalités du test et du traitement » comme motif de leur séro-ignorance. Cette assertion est confirmée par l'EDS-MICS (2012). En effet, dans la population d'étude, l'enquête indique que seulement 16 % des femmes et 25 % des hommes de 15-24 ans ont une connaissance considérée comme « approfondie » du VIH/sida. C'est dire que plus de la majorité de ces jeunes manquent d'informations ou ont encore des connaissances limitées autant sur le VIH/sida que sur le dépistage. Cette situation laisse présager qu'un travail d'accès à l'information sur la cascade de soins VIH (ou la cascade de traitement VIH) est à développer de nos jours. D'ailleurs, la connaissance des avantages des ARV dans le traitement du VIH/sida pour les personnes vivant avec la maladie s'impose pour convaincre plus d'un de l'opportunité du test de dépistage. Les nouvelles directives de l'OMS sur l'utilisation des antirétroviraux en font une panacée : Ce traitement, à condition d'être mis en place le plus tôt possible, permet de freiner l'évolution du VIH/SIDA et d'être en bonne santé, d'avoir une charge virale indétectable et de réduire ainsi le risque de transmission du virus à d'autres personnes.

L'accès aux services de dépistage constitue donc une problématique majeure dans la lutte contre la prolifération du VIH en Côte d'Ivoire. Les freins au dépistage du VIH liés aux refus conscients ou inconscients manifestés sous la forme de résistance au test sont une réalité chez les jeunes ivoiriens qui semblent privilégier des préjugés auxquels les exposent des variables environnementales, socioculturelles, religieuses, etc. Il devient impératif à ce niveau de continuer, certes, à informer le plus grand nombre de personnes possible (les jeunes notamment) sur les enjeux de santé publique, mais avec une insistance qui prenne en compte ces divers aspects des actes de résistances que cette étude s'est proposée d'identifier et de comprendre.

Conclusion

La santé, perçue comme un « droit humain par les Nations unies » (Alternatives Sud, 2004), demeure un enjeu mondialement reconnu. Le VIH/sida particulièrement avec ses conséquences dramatiques sur le développement des pays comme la Côte d'Ivoire, à mobiliser à l'échelle nationale et internationale, dans le but de réduire les inégalités sociales de santé et d'améliorer celle des populations, des activités de bien être sanitaires. L'intégration du dépistage du VIH chez les jeunes dans notre pays s'inscrit dans ce principe des programmes de lutte contre la pandémie. Cette initiative a bien souvent contribué à des résultats observables dans la prévention en Côte d'Ivoire. Au-delà de ces progrès, il importe néanmoins de noter que le dépistage du VIH chez les jeunes ivoiriens est encore problématique face à de nombreuses pesanteurs socio-communicationnelles que ce travail tente d'en cerner les formes et les manifestations à travers un cadre méthodologique d'enquête de terrain. Les résultats des investigations indiquent, au regard des hypothèses formulées, que le fait que le VIH/sida soit encore sans remède, ne manque pas d'être encore assimilé à une malédiction divine de manquement aux préceptes religieux, à un motif d'exclusion sociale (la peur de la stigmatisation du déclaré séropositif). Par ailleurs, l'usage du préservatif comme mode de prévention constitue majoritairement chez les jeunes ivoiriens sexuellement actifs un gage de sécurité et par conséquent une sous-estimation du test du dépistage en cette période post-crise électorale de la marche du pays vers l'émergence à l'horizon 2020. Ces perceptions peuvent être déterminées comme des *sérophobies* (expliquées supra) qui augurent, en réalité, de la non rassurance des jeunes à s'épanouir socialement et donc mentalement une fois déclarés séropositifs. Cet état de fait a pour conséquence chez les participants leur choix à vivre dans l'ignorance de leur statut sérologique. Il faut également noter qu'un certain nombre de facteurs tels que le manque de formations du personnel médicale commis à cette tâche de dépistage, l'absence de financement et de suivi des programmes sanitaires, etc. constituent des facteurs incubateurs et nourriciers de la « sérophobie », chez les jeunes.

Au menu de cette problématique de comportement d'évitement du test de dépistage du VIH chez les jeunes, les

campagnes de sensibilisation semblent privilégier les supports traditionnels comme la télévision, la radio, etc. au détriment des canaux sur lesquels ces jeunes sont le plus présents de nos jours : les réseaux sociaux (selon les résultats de nos investigations). En somme, de nombreux efforts sont faits par les décideurs nationaux et internationaux pour éradiquer l'une des pandémies déstabilisatrices du bien être sanitaire en Afrique et en Côte d'Ivoire, le VIH/SIDA mais des pesanteurs sociales, psychologiques et communicationnelles (révélées par nos investigations) persistent encore de nos jours comme de véritables obstacles à la lutte contre la pandémie par la voie du dépistage.

Bibliographie

Akoto, A. E. (2008). *Sexualité et VIH/sida en milieu universitaire : cas des étudiants musulmans de la mosquée INB BAZ de l'Université de Cocody* (Mémoire de Maîtrise de sociologie). Université de Cocody, Abidjan.

Alternatives Sud (2004). *Les obstacles « à la santé pour tous »*. Belgique : Centre Tricontinental (CETRI), Syllepse. Repéré à <https://www.cetri.be>

Association québécoise des organismes de coopération internationale (AQOCI) et l'Agence canadienne de développement international (ACDI) (2011). *Les enjeux du VIH/sida ici et dans les pays en développement*. Montréal, Québec : AQOCI. Repéré à <https://aqoci.qc.ca>

Bâ, M. (2012). *Des hommes et le dépistage du VIH/sida au Sénégal, les dessous du refus* (Mémoire de maîtrise en santé communautaire). Université Laval.

Bareil, C. (2004). *La résistance au changement : synthèse et critique des écrits*. Montréal, Canada : HEC Montréal.

Bareil, C. et Savoie, A (1999). Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel. *Gestion, revue internationale de gestion*, 24(3), 86-94.

Brassard, A. et Brunet, J.P. (1994). La promotion d'un changement comme pratique du discours et le phénomène des résistances. *Les cahiers du LABRAPS*, Vol. 15, 31-56.

Carillon, S., Bekelynck, A., Kouadio, A., Assoumou, N., Danel, C., Ouantchi, H., Larmarange, J. et DOD-CI ANRS (2017). « Il y a des conseillers communautaires payés pour ça ! » Les réticences des

soignants à la proposition systématique d'un test VIH en consultation de médecine générale. Le Cas de la Côte d'Ivoire. Poster présenté à *19th ICASA International Conference on AIDS and STIs*, Africa -Abidjan.

Cecchi, C. (2008). La place de l'information dans la décision en santé publique. *Santé Publique*, vol. 20(4), 387-394. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-sante-publique>

Charpentier, I. (2010). Virginité des filles et rapports sociaux de sexe dans quelques récits d'écrivaines marocaines contemporaines. *Genre, sexualité et société*, 3, 1-30. Repéré à <http://journals.openedition.org/gss/1413>

Collerette, P. et Schneider, R. (1997). *Le pilotage du changement, une approche stratégique et pratique*. Sainte-Foy, Québec : Presses de l'Université du Québec (PUQ).

Compaoré, G. P. (2006). *Les comportements des élèves du lycée technique d'Ouagadougou face au dépistage VIH volontaire* (Mémoire de maîtrise de sociologie, Université d'Ouagadougou). URL : <https://www.memoireonline.com>

De Bonville, J. (2006). *L'analyse de contenu des médias: De la problématique au traitement statistique*. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur

Depret M. H. (2015). Bruno Boidin, 2014, La santé, bien public mondial ou bien marchand ? Réflexions à partir des expériences africaines. *Développement durable et territoires*, Vol. 6, Repéré à <http://journals.openedition.org/developpementdurable/10848>

Fauré, Y-A. (2016). *Institutions locales et résistances au test du VIH/sida : quelques leçons d'une enquête dans la ville de Fortaleza, Brésil*. Bordeaux, France : GREThA. Repéré à <http://gretha.u-bordeaux.fr>

Francoeur, C. (2011). Les multiples visages du VIH-sida. Représentations, expériences et intervention. *Reflets*, 17(2), 150–162. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/1012133ar>

Kacou, E. (2015). Sexualité prémaritale et utilisation du préservatif parmi les jeunes en Côte d'Ivoire. *Communication présentée à la 7^{ème} Conférence Africaine sur la Population*, 30 novembre au 4 décembre 2015, Johannesburg, Afrique du Sud.

Mellouk, O. (2011). Lutte contre la stigmatisation et les discriminations : des discours à la réalité. VIH. *vih.org*.

<http://vih.org/20110110/lutte-contre-stigmatisation-et-discriminations-discours-realite/57558>

Ministère de la Santé et de la lutte contre le VIH/Sida et Institut National de la Statistique (2012). *Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples en Côte d'Ivoire (EDS-MICS) 2011/2012*. Abidjan, Côte d'Ivoire : MSLS-INS.

Morin, E. M. (1996). *Psychologies au travail*. Montréal, Québec : Gaëtan Morin.

Ngui, N., A. (2010). Déterminants de l'utilisation du condom chez les jeunes en Côte d'Ivoire. *Médecine d'Afrique Noire*, Vol.57(4), 212-222. Repéré à <https://www.researchgate.net/publication/235004662>

OMS (2015). *Lignes directrices unifiées relatives à l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*. Genève, Suisse : OMS.

ONUSIDA (2015). *Le sida en chiffre en 2015*. Genève, Suisse : ONUSIDA.

ONUSIDA (2017). *Fiche d'information-Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida*. Genève, Suisse : ONUSIDA.

ONUSIDA (2017). *Fiche d'information-Dernières statistiques sur l'état de l'épidémie de sida*. Genève, Suisse : ONUSIDA.

Renaud, L. (2010). *Les médias et la santé : de l'émergence à l'appropriation des normes sociales*. Montréal, Québec : Presses de l'Université du Québec. Repéré à <https://archipel.uqam.ca>

Tchetgnia, L. (2007). Enjeux et logiques sociales à l'œuvre dans la rationalité des comportements des jeunes face au test volontaire du Sida. *Socio-logos* [En ligne] 2. Repéré à <http://journals.openedition.org/socio-logos/191>

Topé-Gueu, M. (2015). *Communication des ONG sur le préservatif féminin et attitudes des jeunes abidjanais face à ce produit* (Thèse de doctorat en Communication). Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan.

Vigeant, C. (2010). *Analyse de réception d'un message de santé le cas de la campagne gouvernementale : fausse note* (Mémoire de maîtrise en communication). Université du Québec, Montréal. Repéré à <https://archipel.uqam.ca>