

Diagnostic précoce du VIH pédiatrique : perception communautaire et du personnel médical du test de dépistage du VIH à domicile chez les nourrissons (Côte d'Ivoire)

Tenguel Sosthène N'GUESSAN,
Enseignant-Chercheur, Maître Assistant
Université Nangui Abrogouas
nguessans@yahoo.fr

RASS. Pensées Genre. Penser Autrement. VOL 3, No 3 (2023)

Résumé

La présente étude questionne la perception communautaire des tests de dépistage du VIH chez les nourrissons dans la communauté. Essentiellement qualitative, l'étude a été réalisée dans quatre localités (Abidjan, Duékoué, Guiglo et Man) à l'aide d'un guide d'entretien. Les données collectées auprès de deux cent personnes, a mobilisé l'analyse de contenu pour donner sens au corpus obtenu. Bien que des attitudes positives sont observées, le dépistage le dépistage précoce du nourrisson à domicile est perçu comme un dévoilement du statut sérologique à VIH du parent infecté. Aussi des pesanteurs socioculturelles (rumeur, préjugés sociaux, peur de divulgation du statut sérologique à VIH, rupture des liens familiaux) entravent le dépistage précoce du nourrisson à domicile. Ces résultats appellent à la déconstruction sociale du VIH et du sida dans la perspective d'un monde sans sida.

Mots clés : Diagnostic, VIH pédiatrique, Perception, Dépistage, Côte d'Ivoire

Early diagnosis of paediatric HIV: community and medical staff perceptions of home HIV testing of infants in Côte d'Ivoire

Abstract

This study questions community perception of infant HIV testing among community. Based on a qualitative approach, this study, conducted in four localities (Abidjan, Duekoue, Guiglo and Man) using an interview guide. The data collected from two hundred people used content analysis to give meaning to the corpus obtained. Although positive attitudes are observed, early screening of infants at home is seen as revealing the HIV status of the infected parent. Sociocultural constraints (rumor, social prejudices, fear of disclosing HIV serological status, breakdown of family ties) also hinder early infant screening at home. These results call for social deconstruction of HIV and AIDS with a view to a world without AIDS.

Keys words: Diagnosis, Pediatric HIV, Perception, Screening, Côte d'Ivoire

Introduction

Problème de santé publique, le VIH/sida l'est davantage avec son incidence sur la population infantile. Selon le programme commun des nations unies pour la lutte contre le sida (ONUSIDA), le monde comptait en 2022, 39 millions de personnes vivant avec le VIH dont 53% de femmes et de filles et 1,5 millions d'enfants de 0 à 14 ans (ONUSIDA, 2022 : 1). Dans un tel contexte mondial l'accès au traitement antirétroviral reste une avancée majeure dans la lutte contre le VIH et le sida car participant à la réduction de la transmission verticale. En effet, les statistiques mondiales indiquent que 82% des femmes enceintes vivant avec le VIH ayant eu accès à des antirétroviraux ont pu empêcher la transmission du VIH à leur enfant en 2022 (ONUSIDA, 2022 : 1). Malgré cette avancée, il n'en demeure pas moins que le dépistage du VIH chez les nourrissons reste un enjeu majeur.

La peur des femmes d'être dépistées positives (H. Sangho et al., 2013), les contraintes individuelles, structurelles, politiques ((P. Msellati et al., 2016), la méconnaissance du processus de diagnostique et du test (B. Nimaga, 2023) actualisent cette problématique au sein de la communauté bien que le test apparaisse comme une innovation dans le secteur de la santé et de la lutte contre le VIH/sida ((D. Lefeuvre et al., 2014 ; (J-M. Le gall, L.R. Guardiola et B.M Umubyeyi, 2013). Ces facteurs s'enracinent pour la plupart du temps dans les perceptions/représentations de la maladie (O. Rosenblum et al., 2012: 108). Sujet encore tabou, le VIH véhicule des clichés sociaux qui orientent les attitudes et comportements des populations en générale et des personnes infectées.

En Côte d'Ivoire, selon les estimations nationales, la prévalence du VIH chez la population des 15-64 ans est de 2,9% (dont 4,1% chez les femmes contre 1,7 % chez les hommes) et 0,2% des enfants de 0 à 14 ans sont infectés par le VIH (MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE Publique, 2021 : 50 et 54). L'une des voies d'exacerbation de cette pathologie est la transmission verticale. En Côte d'Ivoire, près de 66% de femmes vivent avec le VIH en 2023 et la majorité des enfants nés de celles-ci échappent au dépistage du fait de pesanteurs socioculturelles et des problèmes structurels (P. Msellati, 2016, pp.11-12). Ainsi le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson reste un défi et pose la question de son acceptabilité (M. Oga et al., 2014 : 150 ; N. Rollins, 2009 : 1854).

Pourtant cet acte médical constitue une alternative pour inverser la tendance de l'infection à VIH chez la population infantile. En effet, selon l'organisation mondiale de la santé (OMS),

le conseil et le dépistage du VIH effectués au domicile d'une personne par des prestataires de services dûment formés en la matière » vise à « apporter les services de conseil et de dépistage du VIH dans les

ménages afin d'améliorer l'accès à ces services en levant certains obstacles qui s'y opposent et de les proposer à certaines personnes qui n'auraient sinon pas cherché à en bénéficier (OMS, 2013 : 6).

Le conseil et le dépistage du VIH à domicile peuvent permettre de réduire la stigmatisation dans les communautés dans la mesure où ils offrent une meilleure connaissance du VIH, une diminution de la peur de l'infection et une amélioration des comportements personnels des agents de santé en matière de dépistage du VIH et de réduction des risques (ONUSIDA, 2020, pp.20, 22 et 35 ; L. Uys et al., 2009 ; K. F. Norr, 2012) et contribuer à poser plus tôt un diagnostic chez les personnes séropositives et à toucher potentiellement plus de couples que les autres modèles de conseil et de dépistage du VIH. Ils ont aussi permis d'améliorer le suivi des nourrissons exposés au VIH. (OMS, 2013 : 6 ; J.F. Some et al., 2014 : 75-76 ; A. Desclaux et al., 2014 : p.345).

Dans le cadre d'une amélioration du dépistage du VIH dans la communauté, la Côte d'Ivoire a adopté un cadre qui implique les conseillers communautaires et les agents de santé communautaires dont l'action dans la communauté est probante en termes d'offre de services de conseils dépistage du VIH et de fourniture de soutien à l'initiation du traitement antirétroviral et à l'observance du traitement.

Ainsi l'organisation Family Health International (FHI 360) en Côte d'Ivoire a-t-il bénéficié d'un financement de cinq ans pour la mise en œuvre des activités d'évaluation des programmes de lutte contre le sida financés par Center for Diseases Control (CDC) et de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST)/VIH à l'endroit des populations clés, notamment les travailleurs du sexe et, les hommes ayant des rapports avec les hommes. Dénommé « Improving HIV/AIDS Surveillance and Program Evaluation in Côte d'Ivoire » en abrégé ISPEC, le projet vise également à promouvoir l'utilisation des données de surveillance et des résultats de l'évaluation des programmes pour guider la prise de décisions en matière de prévention et de prise en charge du VIH/sida.

Le présent article qui tire sa source de ce projet vise à savoir dans quelle mesure la collecte de sang capillaire à domicile pour le dépistage précoce chez les nourrissons est-elle acceptée par les communautés et le personnel de santé ?

1. Méthodologie

Il s'agit d'une étude transversale portant sur les perceptions communautaire relatives à l'acceptabilité de la collecte de sang capillaire à domicile chez les nourrissons. Elle a eu pour terrain d'enquête les localités d'Abidjan, Duékoué, Guiglo et Man. Le champ social a concerné les mères ayant des enfants de moins de douze mois, les leaders communautaires, les agents de santé communautaire, le personnel médical et les femmes vivant avec le virus de l'immuno-

humaine (VIH) membres de groupe de soutien aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Le choix des cibles notamment des mères ayant des enfants d'un an repose sur le double fait du lien biologique et de leur capacité de décision à engager le dépistage précoce du VIH. Pour les leaders communautaires, leur choix se fonde sur leur capacité à induire chez les mères un changement d'attitude face aux réticences observées en matière de dépistage du VIH. En ce qui concerne les agents de santé communautaires, leur proximité d'avec les populations participant à faciliter la transmission des informations sanitaires entre le corps médical et la communauté et à dissiper les réticences pour faire face aux problèmes de santé dans la communauté. Le choix du personnel médical tient à son rôle central dans la lutte contre le VIH/sida tandis que celles des femmes PVVIH, membres de groupe de soutien s'enracine dans le rôle qu'elle jouent dans l'accompagnement des personnes dépistées positives au VIH.

Essentiellement qualitative, la collecte de données s'est appuyée sur la technique du focus group discussion. Ainsi vingt focus group discussion ont été réalisés ayant mobilisé deux cent dont cinquante par localité d'étude et dix pour chacune des cibles enquêtées. Un guide d'entretien articulé autour des thèmes i) perception de la collecte de sang à domicile, ii) intérêt et facteurs favorisant le test du VIH chez le nourrisson pour la mère, iii) obstacles au dépistage du VIH chez le nourrisson a servi pour le recueil des données.

Le traitement des données a consisté en la transcription des entretiens qui a permis d'obtenir un corpus puis à l'élaboration d'un dictionnaire de codes. Transféré sur le logiciel dedoose.com, l'encodage du corpus a favorisé un regroupement de celui-ci par thèmes. L'analyse de contenu qui en a découlé a permis de sélectionner les passages, extraits ou verbatim pour illustrer de manière concrète les différents codes définis afin de rendre compte de manière purement littéraire et qualitative le contenu des informations livrées lors des discussions de groupe. Cette approche a permis de donner sens aux données collectées.

2. Résultats

L'analyse ci-dessous est articulée autour des éléments relatifs à la perception communautaire relative au test de dépistage du VIH chez les nourrissons, aux facteurs favorisant le test du VIH chez le nourrisson pour la mère, à l'intérêt pour le test du VIH de l'enfant, à la motivation de la mère pour le diagnostic VIH du nourrisson et aux obstacles au dépistage VIH du nourrisson.

2.1 Perception communautaire relative au test de dépistage du VIH chez les nourrissons à domicile : entre acceptation et méfiance

La réalisation du test du VIH constitue le principal moyen de diagnostic du VIH dans la population générale. Sa réalisation, libre et volontaire, suppose ainsi le consentement de toute personne qui en prend la décision. En ce qui concerne le diagnostic du VIH chez l'enfant ou le nourrisson, le consentement du parent s'avère primordial. Toutefois la question du passage à échelle dudit diagnostic pour augmenter le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson avec une mère vivant avec le VIH nécessite des approches novatrices dont celle de la collecte à domicile d'échantillon de sang pour la réalisation de Dried Blood Spots¹ (DBS) au centre de santé. Sur la question du test du VIH du nourrisson dans la communauté, les avis des répondants divergent mettant en présence les tenants et les opposants d'une telle approche.

Pour les tenants de la collecte à domicile d'échantillon de sang, qui de fait ne représente que le tiers des répondantes, le test du VIH est une « obligation », un devoir que traduit ce propos : « *Nous qui sommes des mères infectées, on est obligée de faire dépister nos enfants. Ça c'est obligatoire pour ne pas que l'enfant prenne la maladie pour ne pas avoir la même douleur* » (Beauté, femme PVVIH, 29 ans, ménagère).

L'acte de dépistage du VIH du nourrisson revêt de ce fait une dimension éthique : celle de ne pas rester ignorant du statut sérologique de l'enfant en connaissance du sien. Ainsi pour cette enquêtée, l'acte de dépistage du VIH chez le nourrisson revêt un caractère obligatoire, c'est-à-dire un acte qui s'impose à toute mère vivant avec le VIH pour éviter une infection à son enfant. Elle perçoit le dépistage précoce du nourrisson comme un acte de protection contre une éventuelle contamination de celui-ci. Cette conception du test du VIH à l'enfant se prolonge, dans l'éventualité de l'infection à VIH de celui-ci, dans la volonté de lui offrir des soins appropriés.

A l'opposé de cette catégorie, il y a celles qui sont contre le test du VIH du nourrisson en général et à domicile en particulier et qui représentent les deux-tiers des répondantes. Leur refus quasi péremptoire de cet acte découle des préjugés sociaux qui postulent l'usage de la même aiguille pour le prélèvement sanguin au niveau de la mère et son nourrisson que rappelle Edi : « *D'autres disent que c'est la même aiguille qu'ils utilisent pour faire le test de maman qu'ils prennent pour faire le test de l'enfant. A cause de ça d'autres refusent de faire le test de leur enfant* » (Femme PVVIH, 41 ans, ménagère).

¹ Taches de sang séché. Les taches de sang séché (DBS) sont le processus de collecte de taches de sang, commençant par une piqûre au doigt ou au talon et détachant du sang total directement sur un papier filtre.

On perçoit ainsi dans la communauté l'idée d'une contamination voulue des enfants. Ces propos témoignent d'une méconnaissance des conditions de prélèvement et réalisation des tests de dépistage du VIH chez cette catégorie de personnes enquêtées. A cela s'ajoutent les représentations sociales que la population a de l'acte d'injection ou d'inoculation de produits de santé aux enfants. Le refus de la vaccination par exemple sous-tend la position de ces répondantes. Enfin se présente chez la plupart de celles-ci, la peur de savoir le nourrisson infecté par le VIH des suites du test de dépistage que rappelle Beauté

Au niveau des enfants, pour le dépistage, même nous qui sommes les mères, si ton enfant est malade comme cela, tu n'arrives même pas à respirer d'abord. Et puis, le nom de la maladie, en tout cas, c'est insupportable. Et quand tu vas entendre que ton bébé a ça, en tout cas, ce n'est pas facile » (Beauté, femme PVVIH, 29 ans, ménagère).

O. Rosenblum et al., (2012 : 114), en pointant du doigt la non observance thérapeutique chez les adolescents du fait de la souffrance psychique et la lassitude, abordent l'absence de perception immédiate de l'effet bénéfique du traitement. Cette analyse rejoint les résultats de la présente qui met en lumière une absence de perception de l'effet bénéfique du dépistage précoce du nourrisson dans la communauté chez certaines mères.

2.2 Facteurs favorisant le test du VIH chez le nourrisson à domicile pour la mère

L'analyse des discours des répondants fait état d'un ensemble de facteurs participant à la réalisation de la sérologie à VIH chez le nourrisson pour la mère. Pour les leaders communautaires hommes y compris les conseillers communautaires, les facteurs qui participent au test du VIH du nourrisson pour la mère sont d'une part la connaissance de son statut sérologique principalement lorsqu'elle est séropositive et d'autre part la sensibilisation dont l'objectif est de définir la conduite à tenir dans l'éventualité de l'infection à VIH du nourrisson. Sous le premier aspect, la connaissance du statut sérologique suscite une curiosité chez la mère comme le mentionne ce leader : « *Je pense que, si la mère au début de la grossesse a fait son test et qu'on dit qu'elle a déjà le sida, dès qu'elle fait l'enfant, la curiosité va faire qu'elle va vouloir faire le test pour savoir si l'enfant est sain* » (GMC, 33 ans, leader de jeunes).

La sensibilisation pour les leaders communautaires hommes participe de l'amélioration des connaissances des mères quant aux actions à entreprendre pour la survie et favoriserait l'inclinaison à effectuer le dépistage du nourrisson comme l'explique ce chef de communauté « *C'est la sensibilisation ! Si l'enfant a le sida qu'est-ce qu'il faut faire pour que l'enfant vive longtemps tout ça là* », (Yof, 50 ans, chef de communauté).

A l'analyse, ces extraits d'entretiens permettent de réaliser que ces personnes interviewées n'établissent pas une différence significative entre le VIH et le sida. Cette faible délimitation entre ces notions découlerait d'une insuffisante compréhension de ces notions

issues des campagnes d'information et de sensibilisation exprimées dans un niveau de langue élevé et où la population général est à majorité analphabète.

Le point de vue des leaders communautaires femmes et des agents de santé communautaire (ASC) ne diffèrent pas de celui des leaders communautaires hommes. Pour la plupart des leaders communautaires femmes, la connaissance du statut sérologique des parents constitue le principal facteur motivant la démarche du test du VIH chez le nourrisson. L'autre facteur consiste en la sensibilisation. Pour ces femmes, leur motivation à vaincre la peur liée au sida participerait à la réalisation de la sérologie du VIH chez le nourrisson que traduit ce propos :

Il faut que tu dises à la personne qu'au cas où c'est ça (le VIH), voilà ce qu'on peut faire. L'encourager, soutenir la personne parce que si tu ne soutiens pas, les moyens peuvent être là, mais la personne peut avoir tous les moyens et ne pas avoir le courage, la volonté de partir parce qu'elle ne sait pas à quoi s'en tenir. Mais quand tu dis à la personne qu'on peut vivre avec ça. Il suffit de suivre les prescriptions des médecins tu vas vivre sans problèmes éviter les interdits. En tout cas quand tu expliques ça va peut-être encourager la personne à partir . (*Shéril, 48 ans, présidente d'association*).

L'initiative du test du VIH du nourrisson s'enracine ainsi pour ces femmes dans la capacité de la communauté nationale à créer un environnement social convivial susceptible d'atténuer la peur ou de renforcer l'assurance des mères face à une pathologie aux implications sociales vécues de façon désastreuses par le sens commun. Ainsi, la sensibilisation devrait mettre l'accent sur les pronostics de survie au VIH en cas d'un statut sérologique positif. En outre, l'assurance d'un soutien social au prétendant au test de dépistage en cas d'un statut sérologique positif constituerait un facteur d'inclinaison au dépistage.

Pour les mères ayant des nourrissons, les facteurs de motivation pour le test du VIH tiennent entre autres au désir de connaître le statut de l'enfant. Le propos de cette maman explicite cette idée « *Ne sachant pas son statut, une mère qui a un bébé peut se rendre dans un centre de santé pour vraiment voir si son enfant a le VIH* » *Maman, 31 ans, Juriste*.

Cette connaissance participerait ainsi à l'initiative de la démarche de lui offrir des soins appropriés en cas de sérologie positive. Au-delà de cet aspect, une des mères retient comme facteur militant pour le test du VIH du nourrisson, l'amour maternel notamment chez une mère se sachant infectée. La perspective de dissiper tout doute sur le statut sérologique du nourrisson invite certaines mères, comme Olga, à initier le dépistage du VIH du nourrisson « *Si tu vois aussi les enfants qui ont ça aussi, ton cœur ne va pas rester tranquille tu peux dire que wè (oui) je vais faire pour ma fille aussi soit mon garçon pour voir ce qu'il a. on ne sait jamais* » *Olga, 22 ans, commerçante*. Ainsi la vue d'enfants infectés au VIH attise la curiosité des mères en les incitant à connaître le statut sérologique de leurs enfants. Cette attitude participerait ainsi à éviter les souffrances relatives au vécu de la pathologie.

A l'exemple des leaders communautaires, indifféremment du sexe, la majorité des mères ayant des enfants de moins de douze mois estiment que la sensibilisation sur le VIH et son impact est un facteur primordial dans l'initiative vers le test du VIH chez le nourrisson. Ce facteur devrait être sous-tendu, estime une répondante, par une communication plus élargie à l'endroit des mères :

Ce qui peut faciliter la tâche, s'approcher de ces personnes-là, leur donner, leur dire, leur parler un peu de la maladie, comment ça se manifeste » Yelly, 28 ans, commerçante ; ou encore « ... Ce que je propose au ministère, c'est d'envoyer des gens sur le terrain pour qu'ils expliquent aux mamans la manière dont tu ne veux pas voir ton enfant être enterré plus tôt. C'est mieux quand tu es enceinte de faire ton test pour savoir. Il vaut mieux que ton enfant soit en bonne santé, bien portant depuis ton ventre jusqu'à sa naissance » (Livina).

2.3 Intérêt pour le test du VIH de l'enfant

Le test du VIH de l'enfant revêt-il intérêt ? La réponse à cette préoccupation semble affirmative pour l'ensemble des cibles enquêtées. En effet pour les leaders communautaires hommes et femmes et mères ayant des nourrissons, ce qui importe dans la réalisation du test du VIH de l'enfant, c'est principalement la préservation de la santé de l'enfant. « *Pour mieux connaître son statut, pour connaître la santé de l'enfant, de tous les enfants* » Christelle ; « *C'est parce que si tu veux la santé de ton enfant, tu dois aller à l'hôpital pour faire test là* ». (Setou).

Tous sont unanimes à reconnaître qu'il est primordial d'assurer la survie du nouveau-né ou de l'enfant. Pour la majorité des mères, la santé de l'enfant revêt une importance capitale et exige que des actions comme le test de dépistage du VIH soit effectué pour assurer une vie adulte exempte de morbidité et de stigmatisation. Le test du VIH est par ailleurs une étape vers l'initiation du traitement pour réduire l'état de morbidité et assurer la longévité à l'enfant.

2.4 Motivation de la mère pour le diagnostic VIH du nourrisson

Pour la plupart des leaders communautaires hommes, l'enfant représente l'avenir du pays dont le développement repose sur sa participation. Cet enjeu constitue, selon eux, une source de motivation de la mère infectée par le VIH à effectuer le test du VIH du nourrisson comme l'indique l'un d'eux :

L'enfant c'est le devenir du grand donc c'est l'avenir même du pays. Donc si dès le bas âge déjà il est soigné c'est pour le bien du pays. Maintenant si à bas âge les enfants aussi ils peuvent avoir ça maintenant si c'est dépisté que les tests sont négatifs là Dieu merci mais s'il s'avère que les tests sont positifs on les soigne dès le bas âge et puis ils seront utiles dans la société » SOH, représentant de communauté religieuse.

Il s'agit par ailleurs selon ces leaders communautaires hommes de lever au niveau non seulement des mères mais aussi des pères tout d'abord sur le statut sérologique de l'enfant quand celui de l'un des parents n'est pas connu. Enfin la certitude qu'une vie est possible avec le VIH constitue selon certains leaders hommes, une source de motivation additionnelle pour effectuer le test du VIH par les mères.

En ce qui concerne les leaders communautaires femmes, l'absence de test de dépistage est inopportune pour la santé du nourrisson d'autant plus que le défaut de dépistage de l'enfant favoriserait le développement des maladies et conduire à la dégradation progressive de son état de santé. Une infime partie de ces leaders estime que la connaissance du statut sérologique de l'un des parents est une motivation suffisante pour procéder au dépistage du nourrisson. Enfin pour certaines des répondantes, la disponibilité d'une offre de service de qualité après le diagnostic d'une sérologie positive et la garantie d'une prise en charge scolaire participent de leur volonté à dépister les enfants :

Si elle fait le test de son enfant et que l'enfant est positif, s'il y a une prise en charge après les examens ça peut l'encourager. Parce que les enfants qui ont le VIH ils ne sont pas aidés. Ils sont là, ils sont déversés comme ça. Soit l'enfant est à l'école, s'occuper de l'enfant qui est à l'école elle peut avoir le courage aussi de mobiliser les autres pour dire ha, faites le test de vos enfants parce qu'on peut sauver l'enfant aussi (Gros bébé, 50 ans ASC).

Chez les mères ayant des enfants de moins de 12 mois, qui optent pour le diagnostic du VIH de leur progéniture, les motivations sont aussi diverses que variées. L'une des raisons qui fondent leur inclination à faire le test de diagnostic du VIH tient à la connaissance de leur statut sérologique. Cette connaissance induit de facto après l'accouchement la décision du diagnostic sérologique du VIH chez le nourrisson. La motivation au dépistage du VIH chez le nourrisson s'inscrit généralement dans une approche individuelle, celle de la mère dans la mesure où la plupart des hommes comme le sous-tendent les femmes infectées ignorent le statut de la femme car « *la plupart, ce sont celles qui sont malades hein qui aiment faire ça parce que si ce sont les pères, ils n'en auront pas le courage* » July, 40 ans ménagère.

La méconnaissance du statut sérologique à VIH des femmes par leurs conjoints reste ainsi une problématique sociale d'envergure. Elle pourrait participer à la propagation du VIH dans le ménage pour les couples polygames et constituer un frein à l'élimination de la charge virale chez la personne infectée. On note par ailleurs, que la décision de la mère pour effectuer le test du VIH reste fondamentalement éthique. Si elles estiment pour la plupart qu'elles sont « *obligées de faire dépister nos enfants* », cette démarche vise principalement à préserver la santé de leur progéniture.

2.5 Obstacles au dépistage VIH du nourrisson

Les obstacles au dépistage du VIH du nourrisson sont multiples. L'ensemble des cibles enquêtées (leaders communautaires hommes et femmes et mères ayant des nourrissons) sont unanimes à faire le constat que la peur et la honte de découvrir la séropositivité de l'enfant qui implicitement révèle le statut sérologique de l'un des parents, l'accusation de la femme comme source de transmission du VIH à l'enfant et la méconnaissance de la conduite à tenir dans

l'éventualité d'une sérologie positive à VIH sont des obstacles majeurs au non dépistage du VIH chez le nourrisson. Spécifiquement pour les leaders communautaires hommes, la représentation sociale selon laquelle le VIH/sida est synonyme de mort, le construit social suivant lequel le dépistage ne concerne pas les enfants et la crainte de la rupture des liens conjugaux en rajoute aux freins au dépistage du VIH du nourrisson. « *Il y a la honte mais il y a la peur aussi. Parce que quand on dit à quelqu'un que tu as le SIDA dans ta tête c'est comme si tu vas mourir, voilà tu vas mourir bientôt donc ce qui fait que forcément les gens ont peur d'aller faire le test* » Yof

Voilà il y a l'information aussi parce que dans la tête de la population les enfants ne font pas leur test. Voilà, les enfants là quand tu dis souvent à la famille on veut faire test de ta famille ils appellent seulement ceux qui sont grands et puis ils laissent les enfants. Donc il y a l'information qui est là aussi ça fait qu'aussi les parents ne font pas beaucoup le test de leurs enfants. Maintenant ce que le frère a dit tout à l'heure pour dit que si une mère est infectée c'est là elle peut aller faire pour voir si son enfant n'a pas ça. Ça c'est des cas ce n'est pas générale. En générale pour beaucoup de gens, les enfants ne font pas leur test (Outche, 32 ans, ASC).

L'exclusion des enfants des tests de dépistage du VIH dans l'imaginaire des parents procède du fait qu'à ce stade de leur développement, les enfants n'ont pas la capacité de contracter le VIH. Ce déni de l'infection à VIH chez l'enfant tient au fait que le mode de transmission le plus connu par ces adultes est la voie sexuelle.

En ce qui concerne les leaders communautaires femmes, nombreuses sont celles qui évoquent la crainte de ne pouvoir garder le secret au sujet de la sérologie à VIH de l'enfant. La peur de la découverte de sa propre sérologie limite ainsi les mères à franchir l'étape de réalisation de la sérologie de l'enfant comme l'illustre la teneur de ce discours :

C'est comment cacher ça parce qu'elle ne voudrait pas que tout le monde soit informé que son enfant a ça. C'est ce qui va faire qu'elle va réfléchir comment garder le secret. Parce que si les parents sont informés forcé ça va sortir. Donc c'est la difficulté » Nina, 42 ans, présidente d'association .

Une infime partie met en exergue l'absence de consensus du couple quant à l'initiative du test du VIH du nourrisson. Cette absence de convergence de vue sur le dépistage de l'enfant tient fondamentalement à la double peur de la découverte du statut sérologique, généralement de la mère à qui référence est faite quasi systématiquement et de la violence conjugale voire de la rupture des liens matrimoniaux. Ainsi explique cet enquêté :

Souvent quand la maman a peur de son mari. Parce que quand tu vas aller faire, on dit qu'il est infecté sans chercher à comprendre, le papa va se dire que c'est toi la maman qui a contaminé l'enfant. Donc il peut te gronder. Il ne sait pas. Il va toujours dire que c'est la maman. Souvent elle a peur des agressions de son mari. Elle ne veut pas partir faire pour son enfant (Panan, 43 ans, présidente des femmes)

Pour les mères ayant des nourrissons, la plupart s'abstient de faire le test du VIH de leur progéniture à cause de la peur qui les habitent comme le suggère ce propos « *C'est la peur/ tu doutes, tu te demandes si je m'en vais et si on dit que mon enfant a le VIH, tu te demandes comme ça et tu imagines les choses ; peut-être c'est ça, peut-être ce n'est pas ça* » Moayé.

Pour certaines par contre, c'est la stigmatisation dont elles seraient sujettes et le rejet social qui empêchent le dépistage du VIH du nourrisson. Les propos suivants illustrent ce qui précède :

D'autres femmes ont peur d'aller faire leur test pour ne pas que soit à l'hôpital elles croisent leur connaissance et que cela sort en dehors de l'hôpital et si jamais ça sort de l'hôpital à la maison comme dans les rues peut être cette personne-là peut mettre sa vie en danger (Ange, 22 ans, commerçante) ou alors,

Si tu es positif (au VIH), tu as peur parce qu'il y a le rejet de la société. Les gens dramatisent tellement le sida que quand tu as le virus tu es rejeté par la société. Ils (population) se disent que tout ce que tu vas toucher parce qu'ils pensent que la contamination se fait par le toucher. Ce qui fait que d'autres personnes préfèrent vivre dans l'ignorance. La première fois que j'ai fait mon test je n'ai pas eu peur je suis restée sur place pour prendre mon résultat et depuis lors j'ai toujours fait mon test jusqu'aujourd'hui. Je m'en vais chaque fois de toute façon que tu aies le sida ou pas tu mourras. (Livina, 36 ans, ménagère).

3. Discussion

3.1 Diagnostic précoce et communautaire du VIH pédiatrique : engagement mondial pour rompre le cycle infernal du VIH chez les enfants

La transmission verticale du VIH constitue une préoccupation forte. Ainsi rompre avec le cycle infernal du VIH engage le monde à des initiatives synergiques. Dans cette dynamique, l'Organisation Mondiale de la Santé identifie, dans le cadre des programmes de conseils et dépistage du VIH à domicile deux modèles à même de participer à rompre ce cycle infernal notamment le modèle porte-à-porte et celui du cas initial. L'un s'entend comme « l'offre de services de conseil et de dépistage du VIH à chaque résident d'une propriété familiale ou d'un ménage qui remplit les conditions pour recevoir ces services » (OMS, 2013 : 8) et l'autre se définit comme « la visite à domicile de personnes chez qui une infection à VIH ou une tuberculose a été diagnostiquée, visite menée par des prestataires de services de conseil et de dépistage du VIH offrant ces services à domicile au(x) partenaire(s) sexuel(s) de ces personnes infectées ainsi qu'à d'autres membres de leur famille » (OMS, 2013 : 9).

L'intensification des efforts visant à identifier rapidement et traiter au plus tôt les nourrissons et les jeunes enfants séropositifs au VIH s'inscrit ainsi dans la perspective de mettre fin au sida chez les enfants et atteindre les cibles « ultraprioritaires » établies pour le VIH pédiatrique. Le dépistage précoce des nourrissons sur le lieu de soins est ainsi prôné dans la mesure où il se présente comme une stratégie innovante. La stratégie, organisée autour de deux modèles d'intervention à savoir le modèle site autonome et le réseau en étoile. Le premier modèle permet ainsi au site de recevoir les échantillons directement des clients et effectués sur place les analyses de dépistage précoce des nourrissons sur le lieu de soins tandis que dans le deuxième modèle, le site principal effectue les analyses pour ses propres patients et pour ceux des sites secondaires. Les sites secondaires à proximité envoient leurs échantillons pour analyse

au site principal (UNICEF, 2018 : 2-3). Face aux opportunités manquées de dépistage et à leur corollaire d'accentuation de l'infection à VIH dans le contexte de la transmission verticale de la maladie, le dépistage précoce des nourrissons, dans le cadre des programmes de protection de la transmission de la mère à l'enfant ainsi qu'aux portes d'entrée, participe à l'élargissement de l'accès au dépistage, à la réduction du nombre de nouvelles infections pédiatriques. Cette stratégie vise ainsi l'ambitieux objectif d'une génération sans sida dans le monde.

La mise à jour programmatique du diagnostic du VIH et l'utilisation des ARV chez le nourrisson exposé au virus de l'OMS (2018) s'inscrit dans l'approche ci-haut rappelée. Pour l'OMS, face à l'infection continue des nourrissons au VIH et au défi d'effectuer un diagnostic et d'initier un traitement dans les meilleurs délais, il importe de mettre en œuvre des initiatives innovantes dont le test d'amplification des acides nucléiques sur le lieu de soins et prophylaxie postnatale améliorée. Ces approches participeraient d'une part au diagnostic plus rapide et décentralisé permettant de commencer sans retard le traitement antirétroviral et d'autre part de renforcer la prévention chez le nourrisson exposé au virus (OMS, 2018 : 5-8). Malgré l'acceptabilité de cette approche dans certains contextes africains (Afrique du Sud, Kenya, République Démocratique du Congo, Eswatini), des opportunités manquées sont observées et se traduisent par le fait pour certaines mères de quitter rapidement la maternité avant le test (OMS, 2018 : 9).

Dans une étude sur le « Suivi des nourrissons nés de mères séropositives au VIH au Mali », H. SANGHO et al. (2013 : 660) mettent en évidence un faible taux d'acceptation du test du VIH par les femmes vues en consultation prénatales du fait de la peur des femmes d'être dépistées positives, le dépistage déconseillé par certains époux et les cas de refus sans motif. Cependant leur inclinaison à faire le test du nourrisson (H. SANGHO et al., 2013 : 658-659) participe à initier un traitement pour ce dernier. Les auteurs en arrivent à la conclusion selon laquelle les suivis clinique, biologique et psychosocial sont réalisables au niveau des sites PTME et peuvent contribuer à une réduction de la transmission.

3.2 Diagnostic communautaire du VIH : Outil d'amélioration de la santé sexuelle

Bien que ne s'inscrivant en droite ligne du présent sujet, du fait de la cible portée sur la population adulte, l'expérience du diagnostic communautaire dans « *toutes ses actions de réduction des risques avec les populations les plus exposées au VIH en France métropolitaine et dans la Caraïbe (Guyane, Martinique et Saint-Martin)* » (J-M. LE GALL, L.R. GUARDIOLA et B.M UMUBYEYI, 2013 : 43) a permis de passer de la recherche à l'action. Ainsi le diagnostic communautaire a favorisé la déconstruction des représentations liées à

l'offre de dépistage du VIH grâce à une « *posture d'acteurs communautaire qui se saisissent d'un outil jusque-là réservé exclusivement aux professionnels de la santé.* » (J-M. LE GALL, L.R. GUARDIOLA et B.M UMUBYEYI, 2013 : 43) et d'aller à la rencontre des populations plus exposées notamment dans des lieux publics des populations à risques (homme ayant des rapports avec des hommes, LGBT) afin de réduire la difficulté d'accès aux services proposant les tests. Cette approche communautaire du test du VIH, permettant de toucher des personnes éloignées des circuits de soins plus classiques se présente en définitive comme complémentaire des dispositifs de dépistage existants. Au demeurant, le dépistage communautaire ouvre des perspectives sur l'offre de santé sexuelle face à la relative jeunesse des populations participant à cette activité dont 30% sont représentés par des jeunes. Les besoins de cette population, d'ordre médical et psychosocial, invitent à inscrire soutiennent les auteurs à inscrire le dépistage comme un outil régulier de prévention.

Dans un autre registre, celui de la santé communautaire, l'implication des relais communautaires au Bénin, en Ethiopie et au Burkina Faso participe à rapprocher les populations des services de soins de santé (P. MARX, 2020 : 192-193). Dans le contexte ivoirien, l'auteur révèle que les agents de santé communautaires participent à la prévention du VIH à travers la rencontre des femmes enceintes, la proposition du test de dépistage VIH et le déploiement d'un programme d'éducation thérapeutique dans l'éventualité d'un test positif (P. Marx, 2020 : 194).

En ce qui concerne Delphine Lefeuvre et al., au terme d'une revue documentaire portant sur treize articles issues de douze études, ils concluent que les agents de santé communautaires, de par leurs interventions (conseil-dépistage et prévention, entrée dans le soin et suivi des patients sous ARV, éducation sur le VIH/sida, la promotion de la santé, prévention de la transmission de la maladie) (D. LEFEUVRE et al., 2014 : 881) constituent une valeur ajoutée pour la prise en charge thérapeutique des PVVIH et le renforcement des systèmes de santé.

3.3 Obstacles au diagnostic communautaire du VIH pédiatrique et du VIH en général

La présente étude fait mention de nombre de difficultés dans la mise en œuvre du diagnostic communautaire du VIH pédiatrique. Ces difficultés s'observent par ailleurs dans le contexte du diagnostic clinique. Ainsi Msellati et al. font observer le faible accès au traitement antirétroviral des enfants et adolescents s'enracine dans le manque de dépistage des enfants, qu'il s'agisse du dépistage précoce des nourrissons ou de celui des enfants plus grands et des adolescents. Pour ces auteurs (P. MSELLATI et al., 2016 : 11-12), les obstacles au dépistage du VIH se situent aux niveaux des parents (faible accès des femmes enceintes VIH+ à la PTME,

le fait de repousser le diagnostic de l'enfant du fait de la peur, de la stigmatisation, des croyances et de l'ignorance de l'existence d'adolescents infectés, l'insuffisante information des substituts parentaux, le manque de partage du statut sérologique de l'enfant infecté), des soignants (stock limité d'intrants, perception d'une surcharge de travail) et des politiques de santé (faible priorisation des interventions en direction des enfants infectés par les Etats et les organisations internationales, la condition du consentement des parents pour le dépistage de l'adolescent). Ces auteurs rapportent par ailleurs que chez les adolescents, les obstacles au dépistage portent sur « la distance des centres de dépistage, les longs temps d'attente, les ruptures de stock en tests, la peur de la stigmatisation, l'opposition des familles et des partenaires » (P. MSELLATI et al., 2016 : 12).

La peur d'une contamination lors du prélèvement induisant une méfiance de la population aux structures sanitaires et celle de connaître leur statut avec son corollaire de stigmatisation sont identifiés comme obstacles au dépistage du VIH cet autre auteur (K. DAMBA, 2010, p.54). Cependant la non adhésion à l'auto test du VIH au Mali par les jeunes de 14 à 25 ans découle d'une méconnaissance dudit test par 40,7% des répondants (B. NIMAGA, 2023 : 20) tandis que plus de 65% ne savaient pas comment utiliser l'autotest de dépistage du VIH (B. NIMAGA, 2023 : 21).

3.4 Adhésion au diagnostic communautaire du VIH

Le dépistage du nourrisson ou de l'enfant reste une préoccupation majeure dans le contexte du VIH. Cette préoccupation reste étroitement liée l'état sérologique des parents notamment ceux infectés par le VIH. Elle induit pour la plupart de ceux-ci un recours au dépistage de l'enfant. Dans les services pédiatriques, donc sous l'angle médical, les principaux facteurs qui conditionnent l'adhésion au dépistage du VIH pédiatrique tiennent au discours du personnel de santé qui oriente et influence l'acceptation ou non du test par la mère, à la connaissance, à la perception du VIH et à l'impression de bien-être de la mère et de son enfant et à l'environnement conjugal caractérisé par les rapports au sein du couple et la facilité de parler du test du VIH et de la réalisation dudit test par les deux parents (M. OGA et al., 2014 : 151-152). La connaissance du statut sérologique à VIH sous-tend l'adhésion au diagnostic de cette pathologie (ANOYME, 2010 : 54).

Ce désir de connaissance est avancé par B. NIMAGA (2023 : 21) pour qui, dans le contexte malien, l'autotest du dépistage constitue un nouvel outil de dépistage complémentaire du VIH. L'adhésion audit s'inscrit dans l'optique de connaître le statut sérologique exprimée par 53% des enquêtés.

L'adhésion au diagnostic du VIH chez les enfants trouvent un écho favorable dans l'étude conduite par Raluca Buzdugan et al., (2012). Ils décrivent des attitudes positives des parents dans cette démarche qui est traduite par le fait 91% des répondants estiment faisable le diagnostic du VIH chez l'enfant tandis que 81% des parents savent où dépister leurs enfants et 92% seraient ravis de voir leurs enfants dépistés (R. BUZDUGAN et al., 2012 : 3). Cet enthousiasme des personnes au dépistage du VIH chez l'enfant induit chez celles-ci (64%) une volonté à se faire eux-mêmes dépister tandis que 68% de ceux qui savent où faire dépister leurs enfants ont procédé à leur dépistage (R. BUZDUGAN et al., 2012 : 4-5).

Dans une analyse comparative entre les différents types de dépistage (CDV, DIS, PTME), Desclaux et al., indiquent que l'accès auxdits services de dépistage ne diffèrent pas suivant les variables sociodémographiques et économiques comme l'âge et le niveau socioéconomique à l'exception du CDV. Les motifs au dépistage varient toutefois en fonction du type de service. Leurs résultats s'assimilent à ceux décrits par les auteurs précédents qui mettent l'accent sur la volonté de connaître son statut avec en plus la nécessité pour les futurs conjoints de contracter mariage (A. DESCLAUX et al., 2014 : 344-345).

Conclusion

La présente étude renseigne que le dépistage communautaire du VIH pédiatrique reste un enjeu majeur de société. Les préjugés sociaux et la peur de divulgation du statut sérologique à VIH positif des parents participent au refus du dépistage communautaire du nourrisson. Cependant la volonté d'assurer l'épanouissement du nourrisson, la certitude qu'une vie est possible malgré l'infection à VIH et le désir d'assurer la survie du nourrisson constituent des facteurs qui participent à réduire les obstacles qui se dressent dans la mise en œuvre de cette stratégie. Il en résulte que la sensibilisation sur l'intérêt du dépistage communautaire du nourrisson soit renforcée. Cette sensibilisation devrait s'accompagner d'une communication plus hardie sur la déconstruction sociale du sida, perçu comme maladie conduisant systématiquement à la mort. Les acquis de ces décennies de lutte contre le sida en termes d'amélioration de l'état de santé des personnes vivant avec le VIH grâce à l'accès à la thérapie antirétrovirale, de réduction du taux d'infection chez les nourrissons lorsque l'enfant est dépisté avec une initiation au traitement dans les plus brefs délais et la suppression de la charge virale grâce à la compliance au traitement devraient servir de substrat pour cette déconstruction sociale du VIH et du sida.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BUZDUGAN Raluca, WATADZAUSHE Constancia, DIRAWO Jeffrey, MUNDIDA Oscar, LANGHAUG Lisa, WILLIS Nicola, HATZOLD Karin, NCUBE Getrude, MUGURUNGI Owen, BENEDIKT Clemens, COPAS Andrew, COWAN Frances M., 2012, « Positive Attitudes to Pediatric HIV Testing: Findings from a Nationally Representative Survey from Zimbabwe » *PLoS ONE* 7, 12, p.1-8, .e53213. doi:10.1371/journal.pone.0053213.

DAMBA Kani, 2010, *Dépistage du VIH/sida dans le centre de santé de référence de Kolokani*, Thèse de Doctorat en Médecine, Faculté de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie, non publiée, Université de Bamako, 71p.

DESCLAUX Alice, KY-ZERBO Odette., SOME Jean-François, MAKHLOUF-OBERMEYER Carla, 2014, « Nouveaux enjeux pour le dépistage VIH à l'heure du Test and treat dans les pays de basse prévalence : éclairages du Burkina Faso », *Médecine et Santé Tropicales*, 4, p.343-348.

DESCLAUX Alice, KY-ZERBO Odette, SOME Jean-François, MAKHLOUF-OBERMEYER Carla, 2014, « Les campagnes communautaires de promotion du dépistage VIH en Afrique de l'Ouest : perceptions des usagers au Burkina Faso », *Global Health Promotion*, p.1-10.

LE GALL Jean-Marie, GUARDIOLA Laura Rios, UMUBYEYI Beata Mairesse, 2013, « Le dépistage communautaire du vih : un nouvel outil pour améliorer la santé sexuelle », *La santé en action*, N°423, p.43-45.

LEFEUVRE Delphine, DIENG Mamadou, LAMARA Farid, RAGUIN Gilles, MICHON Christophe, 2014, « Les agents de santé communautaire dans la prise en charge thérapeutique du VIH/sida » *Santé Publique*, 6, 26, p.879-888, Editions S.F.S.P., ISSN 0995-3914, DOI 10.3917/spub.146.0879.

MARX Patrick, 2021, « La santé communautaire : un levier pour faciliter l'accès à la couverture maladie universelle ? – Focus sur plusieurs expériences internationales de soins communautaires », *Regards*, 2, 58, p.191-197, Editions EN3S-École nationale supérieure de Sécurité sociale, ISSN 0988-6982, DOI 10.3917/regar.058.0191.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE, 2021, « Evaluation de l'impact du VIH dans la population en Côte d'Ivoire (CIPHIA) 2017-2018 : Rapport final », Abidjan : MSHP, 243p.

MSELLATI Philippe, ATEBA NDONGO Francis, HEJOAKA Fabienne, NACRO B., « Les obstacles au dépistage des enfants et adolescents infectés par le VIH en Afrique : chercher ces enfants, là où ils se trouvent ! », *Médecine Santé Tropicale*, 26, p.10-14. doi : 10.1684/mst.2015.0519.

NIGEL Rollinsa, MZOLO Similo, Tammy MOODLEY, Tonya ESTERHUIZEN and VAN ROOYEN Heidi, 2009, « Universal HIV Testing of Infants at Immunization Clinics: An Acceptable and Feasible Approach for Early Infant Diagnosis High HIV Prevalence Settings », *AIDS*, 23, 1–7.

NIMAGA Bakary, 2023, *Connaissances, attitudes, pratiques et perceptions des adolescents et jeunes de 14 à 25 ans sur l'autotest de dépistage du VIH à Koulikoro*, Thèse de Doctorat en médecine, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, 48p.

NORR Kathleen F., FERRER Lilian, CIANELLI Rosina, CRITTENDEN Kathleen S, IRARRÁZABAL Lisette, CABIESES Báltica, ARAYA Alejandra et BERNALES Margarita. 2012, « Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile », *J Assoc Nurses AIDS Care*, 23, 1, p.73-86.

ONUSIDA, 2020. Preuves pour éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH : Conseils aux pays pour mettre en œuvre des programmes efficaces visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans six contextes, Genève, 80p.

OGA Maxime, BROU Hermann, DAGO-AKRIBI Hortense, COFFIE Patrick, AMANI-BOSSE Clarisse, EKOUEVI Didier, YAPO Vincent, MENAN Hervé, NDONDKI Camille, KONAN M. Timité, LEROYO Valériane, 2014, « Acceptabilité du test VIH proposé aux nourrissons dans les services pédiatriques, en Côte d'Ivoire, Significations pour la couverture du diagnostic pédiatrique », *Journal des Aspects Sociaux du VIH/SIDA*, 11, 1, p.148-157.

ONUSIDA, 2022, *En danger : Rapport mondial actualisé sur le sida 2022*, Genève, 376p.

OMS, 2013, *Planification, mise en œuvre et surveillance du conseil et du dépistage du VIH à domicile : Manuel pratique pour l'Afrique Subsaharienne*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 60p.

OMS, 2018, *Le diagnostic du VIH et l'utilisation des ARV chez le nourrisson exposé au virus: mise à jour programmatique*, Genève, Organisation Mondiale de la Santé, 24p.

ROSENBLUM Ouriel, VINAY Aubeline et OKOME ASSOUME Sonia, 2012, « Familles et VIH. De la stigmatisation à la normalisation ? », *Dialogue*, 3, 197, p.105-116. DOI : 10.3917/dia.197.0105.

SANGHO Hamadoun, KEÏTA Assa Sidibé, KEÏTA Haoua Dembélé, SYLLA Mariam, DIA Amadou, TAYEB Moulkher Mint, GUINDO Mariam Traoré, DOUMBIA Seydou, BOUGOUDOGO Flabou, KONE Kassoum, SIDIBE Toumani, 2013, « Suivi des nourrissons nés de mères séropositives au VIH au Mali », *Santé Publique*, 5, 25, p.655-662, Editions S.F.S.P., ISSN 0995-3914, DOI 10.3917/spub.135.0655.

SOME Jean-François, DESCLAUX Alice, KY-ZERBO Odette, 2014, « Les campagnes de dépistage du VIH, une stratégie efficace pour l'accès universel à la prévention et au traitement ? L'expérience du Burkina Faso », *Médecine Santé Tropicale*, 24, p.73-9.

UNICEF, 2018, *Elargir l'accès au dépistage précoce des nourrissons sur le lieu de soins : approches de mise en œuvre et stratégies pour la réalisation des tests*, Yaoundé, UNICEF, 6p.

UYS Leana, CHIRWA Maureen, KOHI Thecla, GREEFF Minrie, Joanne NAIDOO, MAKOAE Lucia, DLAMINI Priscilla, DURRHEIM Kevin, CUCA Yvette and HOLZEMER William L., 2009 « Evaluation of a health setting-based stigma intervention in five African countries », *AIDS Patient Care STDS*, 23, 12, p.1059–66.

Tenguel Sosthène N'GUESSAN est Maître Assistant de Sociologie. Il est membre du membre du Laboratoire d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS), du Groupe de Recherches en socio-anthropologie axées sur la santé et le vieillissement (GRESA) de l'Université Félix Houphouët Boigny et du Laboratoire des Sciences de l'Environnement (LES) de l'Université Nangui Abrogoua. Ses recherches et productions scientifiques portent sur l'équité des interventions en santé, le VIH/sida, la problématique des orphelins du fait du VIH/sida tout comme les questions de protection sociale et de violences basées sur le genre.

Tenguel Sosthène N'GUESSAN
Université Nangui Abrogoua
Laboratoire d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS)
Groupe de Recherches en socio-anthropologie axées sur la santé et le vieillissement (GRESA)
Laboratoire des Sciences de l'Environnement (LES)
17 BP 1052 Abidjan 17
nguessans@yahoo.fr