

VIH/sida, Dévoilement du Statut Sérologique et Résilience au Traitement Antirétroviral chez Adolescents d'Adzopé

Wadja Jean Bilé

Docteur en sociologie, Institut d'Ethno-Sociologie (IES)-UFR-SHS,
Université Félix Houphouët-Boigny, Cote d'Ivoire

[Doi: 10.19044/esipreprint.8.2023.p353](https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2023.p353)

Approved: 19 August 2023
Posted: 21 August 2023

Copyright 2023 Author(s)
Under Creative Commons CC-BY 4.0
OPEN ACCESS

Cite As:

Wadja J.B (2023). *VIH/sida, Dévoilement du Statut Sérologique et Résilience au Traitement Antirétroviral chez Adolescents d'Adzopé*. ESI Preprints.

<https://doi.org/10.19044/esipreprint.8.2023.p353>

Résumé

La présente étude a pour objectif d'explorer l'influence du dévoilement de l'infection à VIH chez les adolescents d'Adzopé sur la résilience au traitement antirétroviral. Face au secret autour de la maladie, le dévoilement du statut sérologique va constituer une bouée de sauvetage pour les adolescents. L'étude est essentiellement qualitative avec des outils d'enquête appropriés notamment, la recension bibliographique, des entretiens autobiographiques et semi-directifs menés auprès de quarante (40) personnes répartis comme suit : vingt (20) adolescents vivant avec le VIH/sida, huit (8) acteurs médicaux, cinq (5) parents, cinq (5) tuteurs, un dépositaire de la tradition et une autorité administrative. Elle s'est déroulée au Centre Hospitalier Régional d'Adzopé. Cela a conduit aux résultats selon lesquels les parents mobilisent des stratégies pour la dissimulation de l'annonce du diagnostic aux adolescents. Ces stratégies se déclinent autour des injonctions parentales, de l'assimilation du VIH/sida à une infection secondaire et de l'utilisation du vocabulaire médical comme légitimation du secret par les parents. Outre ce fait, les résonances émotionnelles vont succéder divulgation de la maladie en termes d'enjeux émotifs (colère, tristesse, choc). Pour surmonter ces écueils, les parents, les tuteurs et les professionnels de santé vont constituer une bouée pour les adolescents grâce au dévoilement du statut sérologique. Cela va légitimer une résilience au traitement antirétroviral.

Mots-clés : VIH/sida, adolescents, dévoilement, résilience

HIV/AIDS, Biographical Upheavals and Identity Recomposition among Adzopé Patients

Wadja Jean Bilé

Docteur en sociologie, Institut d'Ethno-Sociologie (IES)-UFR-SHS,
Université Félix Houphouët-Boigny, Cote d'Ivoire

Abstract

The present study aims to study the upheavals inherent to HIV/AIDS in the biography of patients. Faced with this, these actors mobilize the recomposition of identity as an element allowing them to redefine their social relations and to glimpse the future under better auspices. The study is essentially qualitative with appropriate survey tools, in particular the bibliographical review, autobiographical and semi-structured interviews conducted with forty-two (42) people, distributed as follows: twenty-five (25) people living with HIV/AIDS, nine (9) medical actors, four (4) guardians of tradition, three (3) presidents of NGOs and an administrative authority, namely the Director of the health structure. It took place at the General Hospital of Adzopé. This led to the findings that opportunistic diseases exert an influence on the social life of patients through depletion of economic capital, stigmatization

Keywords: HIV/AIDS, upheavals, recomposition of identity

Introduction

La transmission verticale du VIH, c'est-à-dire de la mère à l'enfant constitue un défi majeur pour les pays fortement impactés par cette pandémie. En dépit de l'avènement des antirétroviraux, certains enfants sont infectés en période périnatale. A l'échelle mondiale, l'ONUSIDA (2022) estime qu'environ 160.000 seraient nés avec le VIH au cours de l'année 2021. En Côte d'Ivoire, depuis le début de la pandémie, environ 18.000 enfants (0 à 14 ans) vivent avec la maladie et entre 500 et 1900 enfants en 2020 ont contracté l'infection par e VIH en période périnatale (ONUSIDA, 2021). Ces données n'étant pas présentées par catégorie d'exposition, il est impossible de connaître le nombre d'enfants infectés par la transmission materno-fœtale. Toutefois, cette réduction du taux de l'infection de la mère à l'enfant résulte de plusieurs facteurs. En effet, les pratiques de dépistage ont évolué au fil des années. Au cours de la grossesse, des programmes de dépistage ont été instaurés un peu partout en Côte d'Ivoire. Outre les

avancées thérapeutiques, la transmission du VIH de la mère à l'enfant constitue néanmoins une sérieuse préoccupation en termes d'enjeux psychosociaux et sexologiques (K.Proulx-Boucher, 2008, p.1). Pour cet auteur, décrire comme une « Infection familiale », la transmission intergénérationnelle du VIH pose des défis spécifiques à cette population tels que l'annonce du diagnostic à l'enfant et la qualité des relations parents-enfants en lien avec l'ajustement des enfants à une maladie incurable, potentiellement mortelle et transmissible sexuellement. Etant donné la nature intergénérationnelle de cette pathologie, la communication entourant le statut sérologique pose des enjeux particuliers notamment en regard du dévoilement du diagnostic (M. Champion, A. Lefebvre Desnoëtes, P. Taboulet et S. Lenerle, 1999 ; H. Aka Dago-Akribi, 2007 ; C. Dollfus, 2014 ; B. Maillard, F. Rexand-Galais, B. Fromage et C. Héry, 2018). Sous ce rapport, le dévoilement du statut infectieux à l'enfant s'avère une question épineuse, particulièrement pour les parents. Pour A. Champion et *al.*(1999), les relations familiales et sociales sont organisées par une structure d'inclusion ou d'exclusion quant au partage du secret. Ainsi, la mère est détentrice du secret (elle est celle qui le crée), l'enfant est destinataire du secret (il est celui pour qui le secret est mis en place) et l'équipe soignante devient dépositaire obligatoire du secret, c'est-à-dire qu'elle connaît le diagnostic, mais se voit contrainte de maintenir le secret. Mieux selon B. Maillard, F. Rexand-Galais, B. Fromage et C. Héry,(2018), l'infection VIH de l'enfant constitue une surface de projection des peurs pour les membres de la famille et induit des mécanismes de secret, de non-dit autour de l'histoire familiale. Ces processus ont pour fonction de préserver la relation parent-enfant et garantir un amour filial nécessaire à la cohésion du groupe familial (C. DiIorio, E. Pluhar et L. Belcher, 2003 ; O. Rosenblum, 2014). La nomination de la maladie à l'adolescence est une étape critique pour les parents qui redoutent un effet déstabilisant pour la construction identitaire de l'enfant, une stigmatisation et un risque d'isolement du groupe des pairs. De plus, un prévisible sentiment de honte et de culpabilité parentale (d'avoir transmis le virus) participe à la peur d'être déconsidérés par l'enfant *** (Rotheram-Borus MJ, Stein JA et Lester P, 2006). Le déni de l'information prend son ancrage dans les structures idéologiques qui sous-tendent la pandémie. En effet, avant même que l'on connaisse les manifestations et les répercussions du sida au niveau individuel et collectif, il a été présenté, en particulier par la presse, comme une « punition divine », « la nouvelle lèpre » ou « la malédiction des temps modernes » (J. Pierret, 1997). Apprendre sa contamination par le VIH, c'est donc être confronté à ce discours social particulièrement fort et auquel il est difficile d'échapper. Sous ce rapport, L. H. Kwilu (2016) fait le constat que l'apparition du VIH/sida est teintée de diverses interprétations. Le VIH/sida est non seulement une maladie, mais il

est surtout une infortune due au mauvais sort. Il est causé par une force extérieure (sorcellerie), une personne étrangère, dans le but de nuire. Aussi cette pandémie est-elle considérée comme une altérité ou une altération. Cette représentation de la maladie va se traduire par des comportements sociaux, des pratiques sociales. Ainsi, le dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans l'expérience des couples sérodiscordants illustrée ici par des situations dans lesquelles les femmes sont séropositives et leurs conjoints séronégatifs semble problématique. La situation de ces couples renvoie à une disparité fondamentale de statut susceptible de générer ruptures conjugales et relations conflictuelles (A. Tijou-Traoré, 2006 ; S. Lingani et G. Korbéogo, 2015). Face à ces stigmates, Goffman (1975) note que les stratégies des individus concernent la dissimulation ou l'imputation des signes à une autre maladie socialement admise. Sous cet angle, face aux interrogations des adolescents au sujet de leur médication et de leur état de santé, les mères vivant avec le VIH vont élaborer des patrons de dévoilement (1. Funck-Brentano *et al.*, 1997 ; H. B. Battles, et L. S. Wiener, 2002 ; C.A. Mellins *et al.*, 2002 ; D. A. Murphy, K. J. Roberts et D. Hoffman, 2002). Plus spécifiquement, plusieurs patrons de dévoilement auprès des enfants atteints par le VIH ont été cernés (Wiener, L., C. A. Mellins, S. Marhefka et H. B. Battles, 2007) : i) le non dévoilement, où l'enfant est tenu à l'écart de toute information concernant le virus ou la maladie; ii) la dissimulation (angl. *deception*), l'enfant ne recevant que des informations vagues ou erronées sur son état de santé; iii) un dévoilement partiel, où quelques informations sont divulguées à l'enfant, comme son mode de transmission, sans toutefois nommer le virus ou la maladie; et iv) un dévoilement complet, où le VIH et le SIDA sont explicitement nommés et expliqués. Ces différents patrons s'inscrivent dans une logique.. Il s'agit de soustraire les enfants des répercussions psychologiques et sociales en lien avec la divulgation du diagnostic chez l'enfant. Les réactions des adolescents face à cette pathologie présentent des variations importantes (I Blasini *et al.*, 2004). Lorsqu'ils sont questionnés sur les émotions ressenties, les jeunes disent avoir un choc, de la tristesse, de la colère, de la peur, de l'inquiétude ou un sentiment de confusion (I Blasini *et al.*, *op.cit.* ; C.A. Mellins *et al.*, *op.cit.*). D'autres jeunes ont ressenti une détresse psychologique (P. J. Bachanas *et al.*, 2001 ; K. A., L Riekert., L. Wiener et H. B. Battles. 1999 ; L. Wiener, H. S. Battles, N. Heilman, C.K. Sigelman et P. A. Pizzo, 1996). De même, S. J Fielden, G.E., Chapman et S. Cadelle (2011) indiquent que les adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance expérimentent de l'isolement, de la peur et de la honte lorsqu'ils apprennent leur diagnostic. Ils s'isolent de leur famille et amis, certains évitent les rencontres amoureuses et sexuelles. Par ailleurs, l'annonce du diagnostic est fondamentale dans la prise en charge des adolescents en leur permettant de mieux comprendre leur affection, l'importance du traitement. Cela favorise leur implication et leur

responsabilité et leur responsabilité face aux soins (P. J. Bachanas, *op. cit.*). L'OMS recommande pour cela que les professionnels de santé en charge des adolescents vivant avec le VIH portent une attention particulière à l'annonce du diagnostic du VIH et souhaite que cette annonce soit faite avant l'âge de douze (12) ans (OMS, 2011). En effet, les données montrent que l'annonce améliore significativement l'observance au traitement et la rétention dans les soins (J. Polisset, F. Ametonou, E. Arrive, A. Aho, et F. Perez, 2009 ; Jessica E. Haberer et *al.*, 2011 ; R. Adamou et *al.*, 2021).

C'est pour analyser cette réalité sociale que nous avons porté notre dévolu sur la zone d'Adzopé. Cette étude se structure autour du diagnostic de l'infection à VIH chez les adolescents en lien avec la résilience au traitement ARV. Dans cet espace social, il y a un déni de l'information du VIH aux adolescents par leurs parents. Ce fait social est consécutif à plusieurs causes. Certains parents sont d'avis que les enfants sont trop jeunes pour comprendre cette maladie et ses répercussions. Sous cet angle, le secret est gardé pour ne pas leur imposer un lourd fardeau. D'autres parents n'ont pas partagé leur statut sérologique avec leurs conjoints. Par ricochet, évoquer cette réalité avec leurs enfants, serait ouvrir la boîte de Pandore sur leur biographie. Enfin, l'exploration auprès des professionnels de santé (médecins, infirmiers et sages-femmes) révèle d'un côté la crainte des parents sur les interrogations relatives au mode de transmission et de l'autre la protection contre des enfants contre l'isolement et la stigmatisation sociale suite à la divulgation du diagnostic.

De ce qui précède, nous avons décidé de mener cette étude dans la perspective de savoir comment le dévoilement du diagnostic affecte la résilience au traitement antirétroviral chez les adolescents. Quelles sont les stratégies mobilisées par les parents pour maintenir le secret sur le diagnostic/ ? Quelles sont les implications psychologiques et sociales de l'annonce du diagnostic de l'infection à VIH ? Comment le dévoilement de la maladie détermine l'influence l'observance au traitement antirétroviral ? Tout cet ensemble de questionnement repose sur l'objectif suivant: explorer l'influence du dévoilement de l'infection à VIH chez les adolescents sur la résilience au traitement antirétroviral.

Selon la théorie de la gestion de la communication sur la vie privée, élaborée par Petronio (1991, 2000, 2002), la famille est conçue comme un tout au même titre que le conçoivent les approches systémiques. Cette théorie se révèle fort utile dans la compréhension des interactions familiales chez les jeunes vivants avec le VIH en période périnatale. Elle permet de cerner les modèles d'interactions liés entre autres à ce qui est considéré comme faisant partie de la vie privée pour chacun des membres de la famille et en son sein, aux secrets familiaux et au dévoilement aux membres de la famille.

L'intérêt d'une telle recherche prend tout son sens dans la mesure où les éléments structurant le dévoilement du diagnostic peuvent teinter les relations familiales. A cet effet, la communication au sein des familles vient lever le voile sur ce tabou et créer des conditions idoines de coexistence pacifique. Il peut susciter non seulement des ruptures conjugales et des relations conflictuelles mais aussi générer le rejet et la stigmatisation de l'enfant. Au demeurant, cette étude met en lumière cette synergie d'action visant à réduire la conflictualité dans la biographie des acteurs. Le présent travail enrichi avec la contribution d'autres écrits permet de saisir scientifiquement la problématique de la divulgation du diagnostic de l'enfant infecté au VIH en période périnatale.

Méthodologie

Site et participants de l'enquête

Le recrutement des adolescents vivant avec le VIH/sida s'est effectué au Centre Hospitalier Régional (CHR) d'Adzopé. Cette localité est le Chef-lieu de région de la Mé. Elle est située à 106 km d'Abidjan. L'étude s'est déroulée du 1^{er} septembre 2022 au 31 décembre 2022 auprès de 40 (quarante) personnes répartis comme suit : vingt (20) adolescents vivant avec le VIH/sida, huit (8) acteurs médicaux, cinq (5) parents, cinq (5) tuteurs, un dépositaire de la tradition et une autorité administrative. Les critères d'inclusion étaient de savoir le diagnostic depuis au moins six (6) mois afin de permettre une intégration du diagnostic et une certaine compréhension de la maladie, être âgé de 10 à 18 ans. Le consentement libre et éclairé était assuré après la lecture d'un formulaire. Ensuite, il était discuté et signé parent ou le tuteur de l'adolescent. Puis, les Assistants Sociaux recensaient à tour de rôle les adolescents et leur présentaient le formulaire en fonction de leur âge. Le jeune avait la latitude de refuser sa participation même si son parent ou tuteur avait donné son accord au préalable. De même, il pouvait se retirer de l'étude à tout temps sans aucun préjudice. Pour assurer leur anonymat, les participants ont choisi un pseudonyme. Des entretiens semi-directifs et autobiographiques avec ceux qui ont donné leur accord et exprimé leur disponibilité pour la réalisation de ce travail de recherche.

1.2 Techniques et outils de collecte de données

Cette étude s'inscrit dans une approche qualitative. L'usage de diverses techniques au cours de cette recherche a favorisé un recueil de données accessibles et conformes à l'objet d'étude. Trois (3) modes de collectes de données sous-tendent cette étude : la recherche documentaire, des entretiens autobiographiques et semi-directifs.

La recherche documentaire a permis d'élargir notre connaissance sur la question. Des ouvrages relatifs aux soins formels et informels sur le

VIH/sida d'un côté et ceux en lien avec la divulgation de l'autre ont été mobilisés pour cette recherche. Les différentes analyses des auteurs ont façonné cette et ont contribué à l'élaboration de la problématique. Ces documents consultés ont élucidé la divulgation du diagnostic ainsi que la résilience au traitement antirétroviral chez les adolescents d'Adzopé.

Les entretiens autobiographiques et semi-directifs ont mis en lumière les répercussions psychologiques et sociales de cette pathologie.

1.3 Méthode d'analyse et traitement des données

Le traitement des informations s'est basé essentiellement sur l'analyse de contenu thématique des propos recueillis. Le choix de ce traitement de données se justifie par le fait, qu'elle consiste « à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et, subsidiairement, à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (P. Paillé et A. Mucchielli, 2008, p. 162).

Résultats

Trois modes de compréhension du dévoilement du diagnostic selon la perspective des adolescents infectés en lien avec la résilience au traitement antirétroviral sont observables : 1) les stratégies mobilisées par les parents pour la dissimulation de l'annonce du diagnostic ; 2) les résonances émotionnelles inhérentes liée à la divulgation de la maladie; 3) l'influence de la divulgation du statut sérologique sur l'observance au traitement antirétroviral.

1- Stratégies mobilisées par les parents pour la dissimulation de l'annonce du diagnostic

Elles sont construites à l'aune des questionnements des adolescents sur leur médication et leur état de santé. Elles se concentrent autour des injonctions parentales, l'assimilation de la pathologie à une infection secondaire et l'usage d'un vocabulaire médical comme légitimation du secret.

Injonctions parentales comme déterminant de l'autorité des géniteurs

La relation entre les enfants infectés en période périnatale et leurs parents sont teintées de conflictualité. Lorsqu'ils interrogent leurs géniteurs sur leur médication, en lieu et place des réponses satisfaisantes, des ordres sont donnés. Il leur est enjoint de prendre les médicaments sans rechigner. Aussi ces adolescents sont-ils obligés de se soumettre au diktat des parents. Pour ceux-ci, la prise quotidienne des médicaments est un impératif sur lequel ils ne transigent pas. Il faut éviter que les descendants ne soient confrontés à une maladie opportuniste quelconque. Cela pourrait

compromettre leur état de santé et induire des dépenses supplémentaires pour les géniteurs. Et pourtant, les adolescents souhaitent savoir davantage sur cette affection. Mais les parents se murent dans leur silence. « *Ma mère ne me disait rien sur la maladie quand je lui posais des questions. Elle me disait : prends tes médicaments. Et puis, quand tu vois son visage est-ce que tu peux dire que tu ne prends pas.* » (Lydie, 15 ans). Ce discours social de cet acteur met en lumière les stratégies mises en œuvre par les ascendants. Il s'agit de laisser filtrer sur cette pathologie. Ce fait est sous-tendu par deux raisons. D'un côté, certains parents sont d'avis que les enfants sont trop jeunes pour comprendre l'infection à VIH et ses répercussions et de l'autre, d'autres parents sont inquiets des réactions de colère ou de blâme à leur égard. Cette réalité les conduit à un mutisme. Il en découle une relation de dépendance entre les adolescents et leurs parents. Ce fait se structure autour du statut social des parents qui comme un opérateur, vient façonner le système de relations entre les différents acteurs. Il constitue l'armature autour de laquelle se réfugie les parents. Outre l'injonction parentale, l'assimilation à une infection secondaire constitue un autre versant des stratégies en usage chez les parents.

L'assimilation du VIH/sida à une infection secondaire

Dans certaines situations, l'annonce du diagnostic VIH à l'adolescent infecté peut être « détournée », c'est à dire que l'adolescent est informé de souffrir d'une affection chronique autre que le VIH et moins stigmatisante, telle que l'asthme ou un diabète par exemple, pour justifier de la prise quotidienne de médicaments. Toutefois, les adolescents sont dubitatifs eu égard au traitement prescrit par le médecin. « *J'ai été plusieurs fois hospitalisés. Alors, j'ai demandé à ma mère : pourquoi je suis toujours à l'hôpital. Elle m'a dit que c'était pour une anémie. J'étais étonnée car je prends des médicaments pour ça. Mais c'est ma mère, je ne peux rien dire* » (Victoire, 15 ans). Un second adolescent sans être hospitalisé se retrouve dans la même situation. Il rencontre régulièrement le médecin. Aussi va-t-il s'enquérir auprès des parents sur les raisons qui sous-tendent ce fait. « *Mes parents m'ont que les comprimés étaient pour la toux. Or, j'avais fait la radiographie des poumons. Elle n'avait rien montré. Pourquoi prendre des comprimés ?* » (Augustin, 16 ans). Ces différentes assertions mettent en lumière un constat. C'est de la non-divulgateion du statut sérologique. Pour les parents, leur progéniture n'a pas besoin de connaître la nature de la maladie. D'autres craignent plutôt que les adolescents ne les questionnent sur le mode de transmission par lequel ils ont contracté le VIH. Il s'agit pour eux de ne pas perdre la face devant leurs descendants. Cette situation conforte le rôle social des ascendants dans l'espace familial. Ils ont des attributs que leur confère le système social. Ils s'appuient sur ces leviers pour

justifier leurs positions sociales. Ne pas en faire usage peut s'apparenter à un déclassement social d'où la nécessité de maintenir le *statu quo*. Cette statique sociale se décline dans l'utilisation du vocabulaire médical, autre stratégie des parents.

Utilisation du vocabulaire médical comme légitimation du secret par les parents

Le recours aux termes médicaux constitue un autre pan explicatif des moyens élaborés pour garder le secret. Il leur permet d'évoquer un vocabulaire peu familier aux adolescents et de maintenir le flou sur la pathologie. Sous cet angle, le secret demeure jalousement gardé. Quant aux adolescents vivant avec le VIH, ils demeurent dans l'ignorance. Leurs constructions sociales de la maladie sont arrimées aux explications des géniteurs. Dans cette perspective, le récit de cet acteur nous éclaire sur cette logique : « *Elle (ma mère) me disait toujours : prends tes médicaments car tu as un microbe dans le corps. Je ne savais ce que ça voulait dire. Quand j'étais à l'hôpital, on parlait aussi de microbes. On disait que les médicaments luttent contre les microbes. Mais moi, je ne savais pas ce que j'avais* » (Kévin, 16 ans). Le déni de l'information sous-tend le comportement social des parents. Il est en lien avec plusieurs facteurs. En effet, les géniteurs cherchent à protéger ces enfants de l'isolement et de la stigmatisation sociale qu'ils pourraient subir et à éviter que leurs enfants ne révèlent à d'autres personnes leur statut infectieux. En outre, le secret est maintenu afin de ne pas imposer à l'enfant un fardeau trop lourd. Cet état de fait laisse apparaître une relation de soumission des adolescents envers leurs ascendants. Il s'agit pour eux de ne pas fragiliser leur posture parentale et d'éviter une inversion des rôles sociaux. Dans ce jeu de pouvoir, les parents veulent rester les maîtres du jeu et ne pas subir l'affront de leur progéniture.

2- Les résonances émotionnelles inhérentes à la divulgation de la maladie

Divulguer le diagnostic entraîne une espèce de sidération qui correspond à un vide émotionnel. Ce fait se décline ici autour du diagnostic initial vécu comme un choc, l'incertitude dans les projets de vie et le repli identitaire du patient.

Diagnostic initial vécu comme un choc

L'annonce du diagnostic correspond à un sentiment d'effondrement surgissant de la conscience. Le patient se trouve brutalement plongé dans l'innommable, l'irreprésentable. Il se pose des questions pour lesquelles aucune réponse ne semble évidente. Pourquoi moi ?

Commentai-je pu être contaminé ? Ces interrogations sont au cœur du vécu de l'acteur. « *Quand ma mère m'a dit ce que j'avais, j'ai commencé à pleurer. Je pensais que j'allais mourir. Ça m'a rendu triste. Mais elle (mère) m'a dit en prenant bien les médicaments, je pouvais vivre* » (Kevin, 15 ans). Ce verbatim de l'acteur met en relief la fragilité de l'adolescent dans ces moments. Cette annonce apparaît comme un coup de tonnerre dans un ciel serein. Cependant, pour d'autres enfants, ce dévoilement peut se muer en conflit. « *J'étais en colère le jour où ma mère m'a parlé de la maladie. Mes frères et sœurs n'ont rien. Pourquoi suis-je seule à être malade ? Comment as-tu fait ?* » (Hélène, 16 ans). Ces différentes réactions à l'annonce mettent en lumière la césure, la rupture dans la biographie des adolescents. Elles témoignent d'un bouleversement dans leur vie. Ainsi, un conflit va naître entre cette adolescente et sa mère. Celle-là va refuser de prendre ses médicaments et n'obéit plus à sa mère. Devant ce revers subi, la mère va faire feu de tout bois pour reconquérir l'estime de sa fille. Aussi informe-t-elle sa mère (grand-mère de l'adolescente) du changement inattendu de sa progéniture. Alors, la grand-mère rencontre la fille en présence de sa génitrice. La médiatrice explique à la patiente que les actes posés par sa mère ont pour but de la protéger des remarques désobligeantes, d'un rejet social, de la stigmatisation et de l'isolement d'un groupe de pairs. Au terme de cette conciliation, mère et fille finissent par fumer le calumet de la paix. La patiente reprend la prise des comprimés.

Incertitude dans les projets de vie : corolaire de l'annonce du diagnostic

L'irruption de la maladie chronique en général et le VIH en particulier engendrent des modifications biographiques chez le patient. Sous ce rapport, le dévoilement du diagnostic remet en cause le rapport au temps. « *J'étais inquiète. J'imaginai que j'allais mourir. J'avais peur de ne plus aller à l'école et de voir mes amis* » (Ange, 13 ans). L'infection au VIH suscite toujours de multiples craintes. Elle constitue une surface de projection de peur pour les adolescents. De même, cette pathologie influence les projets d'avenir. Le rapport au temps est reconstruit autour du court terme et de l'instant présent. Le futur est assombri par la mort.

Repli sur soi : marqueur de la vulnérabilité du malade

Les adolescents vivant avec le VIH constituent une population spécifique et doublement vulnérable du fait de l'adolescence et de l'infection à VIH. En effet, l'adolescence est une période de transition marquée par des changements physiques, et psychologiques liés à un développement cérébral rapide et influencés par des facteurs individuels, sociaux, familiaux, et environnementaux. Ainsi, l'impact psychologique voire traumatique de la transmission verticale du VIH affecte les objets et les modes

d'investissement. Cette contagiosité vient ruiner les efforts de normalisation des patients et les renvoie à une logique à laquelle ils avaient tenté d'échapper. Etre porteur de cette pathologie revient à ne pas voir le bout du tunnel. Cet état de fait est perceptible chez les adolescents. « *Je ne voulais plus rendre à l'école. Je détestais étudier. Je n'avais pas envie de voir mes amis d'école. Maintenant que j'avais la maladie, pourquoi apprendre mes leçons ? Je préférerais ester à la maison* » (Romuald, 16 ans). La dicibilité du statut sérologique assujettit l'adolescent à une réalité incontournable : le sentiment de perte de son identité. L'état de choc témoigne d'une relation conflictuelle à la maladie. Il renvoie au déni, à la révolte, au rejet et à l'anxiété. Le patient est en crise identitaire. Il a du mal à accepter cette nouvelle identité. En définitive, cette pathologie désorganise les différentes sphères sociales de l'acteur, en l'occurrence ici sa scolarité.

3- Influence de la divulgation du statut sérologique sur l'observance au traitement antirétroviral

La divulgation du statut sérologique améliore significativement l'observance au traitement et la rétention des adolescents dans les soins. Trois catégories d'acteurs sont au cœur de cette observance. Ce sont les parents, les tuteurs et les professionnels de santé.

Parenté comme déterminant de l'observance

L'espace familial constitue le creuset de socialisation des enfants. Dans ce lieu de la vie sociale, les normes et les valeurs du système social sont inculquées. Ici, les parents jouent un rôle social prépondérant. Dans le cadre de l'infection à VIH, ce rôle est d'autant plus accru, eu égard à l'annonce du diagnostic. « *Je prenais des médicaments depuis mon enfance. Mais je ne savais pas pourquoi. Je sautais des jours. Souvent, je jetais les médicaments parla fenêtre. Quand on m'a informé et mieux expliqué, j'ai décidé de prendre les médicaments chaque jour* » (Nathanaël, 16 ans). L'analyse fait prendre conscience que la participation de l'enfant à l'aménagement de son traitement est indispensable. Il adhère au traitement et intègre les produits sociaux dans sa biographie sociale. Dès lors, il s'établit une relation d'acceptation avec la maladie dans son système personnel et fonctionne comme un nouveau système et avec une nouvelle identité.

Les tuteurs comme ressource au suivi thérapeutique des adolescents

La contagiosité de certains adolescents s'est faite en période périnatale. Ceux-ci n'ont pas connu leurs ascendants. Ils sont pour la plupart décédés. Cette dématérialisation des parents a induit une reconfiguration des relations sociales. Orphelins, ils ne doivent leur statut qu'à un tuteur (oncle, tante, grand-père, etc.). « *J'étais malade tout petit. Toujours, j'étais*

hospitalisée pour ma mauvaise santé. Je me posais beaucoup de questions. Mon oncle avec qui je vivais depuis le décès de mes parents ne disait rien sur ma maladie. Je regrette de ne l'avoir pas su avant.; j'aurais bien suivi mon traitement » (Edwige, 15 ans). Le discours de cette adolescente met en relief une corrélation positive entre la divulgation de la maladie et la prise régulière des médicaments. Cette relation d'acceptation de cette pathologie va façonner le rapport de la patiente à la maladie. Désormais, elle est plus encline à suivre son traitement.

Professionnels de santé comme bouée de sauvetage des adolescents

L'épineuse question de l'information du statut sérologique demeure un vecteur déterminant dans la trajectoire de soins des adolescents. En effet, l'annonce du diagnostic déconstruit tous les préjugés les préconceptions et prénotions en lien avec le VIH/sida. En levant le voile les connotations structurant la maladie, les professionnels de santé vont hisser le traitement antirétroviral comme l'épine dorsale de la biographie des adolescents. *« Quand je partais à l'école primaire, je ne pouvais pas être en classe comme mes camarades. On m'amenait toujours à l'hôpital. Je ne savais pas pourquoi. Ça m'énervait. Devant mes parents, je faisais semblant d'avaler mes médicaments en mettant sous ma langue. Puis, je les crachais. Mais un jour, ma maman m'a accompagné à la réunion des adolescents. C'est là que le médecin m'a expliqué ma maladie »* (Paul, 16 ans). Le personnel soignant se révèle comme un facilitateur dans le parcours de soins des adolescents. Cette relation d'empathie entre le prestataire santé et le patient va moduler une constante dans la prise des médicaments. Cet élément déclencheur génère une relation de compréhension dans la production idéologique de l'acteur et va légitimer le respect du cadre normatif.

Discussion (à voir bibliographie)

Cette étude explore l'influence du dévoilement de l'infection ç VIH chez les adolescents sur la résilience au traitement antirétroviral. Cependant, certaines limites méritent d'être abordées. En effet, eu égard aux résonances émotionnelles en lien avec la maladie, il est possible que certains adolescents se soient censurés consciemment ou inconsciemment. Cela ayant pour but d'éviter les conflits intrafamiliaux ou se souvenant d'évènements traumatisants consécutifs à la divulgation du diagnostic. Pour surmonter cet écueil méthodologique des assurances sur la confidentialité ont été données aux enquêtés et ce, devant leurs géniteurs. Cela dit, deux (2) points essentiels vont alimenter cette partie de notre réflexion : période d'incertitude pour les adolescents infectés en période périnatale (i) et divulgation de l'infection à VIH comme modulation au traitement antirétroviral.

Période d'incertitude pour les adolescents infectés en période périnatale

Pour O. Rosenblum (2007), l'occultation du diagnostic porte à la fois sur le mode de contamination de l'enfant et sur le diagnostic de l'infection, déniait l'aspect à la fois vital et mortifère de la relation materno-fœtale et de l'allaitement. Elle porte aussi sur le mode de contamination de la mère dans sa rencontre en tant que femme désirante autour des pratiques dangereuses engageant son corps sexué. On constate ici une gestion du secret semblable à celle décrite par M. Champion A. Lefebvre Des Noettes, P. Taboulet et S. Lenerle (1999) la mère est détentrice du secret, l'enfant en est le destinataire et l'équipe soignante en devient le dépositaire obligatoire. Or, le partage du « secret » permet de parler des angoisses du quotidien qui sont généralement liées aux craintes de contagiosité. Ainsi, parler de l'avenir, c'est réaffirmer symboliquement l'immortalité des liens de filiation.

De même, R. Adamou et *al.* (2021) identifient trois (3) types de trajectoire du vécu de l'annonce. du statut VIH/ la trajectoire d'acceptation sans crise préalable, la trajectoire avec crise survenant avant l'annonce et la trajectoire de crise survenant après l'annonce. Ces trajectoires sont toutes sensibles au contexte et de prise en charge médicale. Il ressort de cette étude l'importance de la préparation de l'annonce avec la famille et les soignants dans un cadre approprié et de la confirmation de l'importance du suivi post-annonce. De plus, notons avec Aka Dago-Akribi, 2007, que si le secret a une fonction protectrice à l'origine, il s'avère angoissant et sa gestion périlleuse en raison des représentations négatives du VIH dans la communauté. Il entraîne des contraintes ayant des effets déstabilisants pour l'épanouissement affectif de l'enfant car c'est un choix qui dessine des lignes d'isolement d'espaces affectifs et réels, indispensables pour le garantir. Pour y pallier, la mère se replie sur son enfant en vue de le protéger d'autrui, empêchant ainsi paradoxalement son épanouissement. L'enfant en ressent les effets et présente une double image jamais totalement accessible aux autres membres de la famille, ce qui suscite chez tous un malaise. Outre ce fait, la protection de l'enfant est un enjeu majeur avec lequel les parents ont à composer. Cependant, l'incertitude dans laquelle sont maintenus ces adolescents pendant cette période peut susciter de nombreuses inquiétudes concernant leur santé et des difficultés d'adaptation à la maladie, puisqu'ils ne peuvent s'expliquer ce qui leur arrive. Malgré les stratégies le plus souvent utilisées pour protéger le malade, Carricaburu et Ménoret (2004) mentionnent que le maintien d'un patient dans cette situation d'incertitude pourrait être néfaste en empêchant de nommer leur état de santé et en retardant ainsi la légitimation que représente le diagnostic médical. Les AVVIH ne peuvent donc pas donner de sens à leur état de santé précaire, aux symptômes ressentis, aux traitements et au suivi médical et aux malaises

qu'ils perçoivent chez leurs parents lorsqu'ils posent des questions au sujet de leur santé.

En somme, ces auteurs suscités établissent un lien entre l'annonce du diagnostic de l'infection à VIH et les résonances émotionnelles. Face à l'épineuse question du dévoilement du statut sérologique, les parents mobilisent des stratégies. Et pourtant, ces écrits ne mettent pas en exergue les correspondances entre la maladie et les traditions. Or, la pathologie a un contenu idéologique et des formes symboliques. La signification de « Etre malade ou en bonne santé » va dépendre de la société ou du groupe social auquel on appartient. P. Adam et C. Herzlich (1984) soulignent que la maladie est socialement définie. Chaque société a ses maladies, ses symptômes et traduit ses symptômes dans son langage médical. C'est dire que la tradition façonne le rapport des patients au VIH et par ricochet constitue un élément structurant les relations sociales. Dans cet espace social, les logiques qui gouvernent la production idéologique de cette affection sont encadrées dans la tradition. Celle-ci détermine les logiques sociales des acteurs. Elle renvoie d'un côté aux croyances, prénotions et préconceptions des acteurs et de l'autre fait apparaître les pratiques sociales et les comportements sociaux. Se faisant l'écho de l'étroitesse des liens entre VIH et tradition, un notable d'Adzopé fait observer que : « *Dans la tradition akyé, quand un enfant est infecté par le VIH/sida, on dit aux autres de ne pas le fréquenter. Il est intéressant d'avoir le paludisme, le diabète, l'hypertension et l'insuffisance rénale. Quand on a le VIH, on a des regards contraires sur toi* ». Ces autochtones restent profondément attachés à leur us et coutumes. C'est pourquoi, ils lui vouent un caractère sacré. En effet, la tradition dicte aux hommes la raison de leurs actes de façon générale, c'est-à-dire pourquoi ils doivent agir de telle ou telle manière et pas autrement. En ce sens, on peut donc dire que la tradition est ce qui est, ce qui doit être, le point de référence. Pour ce faire, elle contient toute l'expérience acquise par les générations précédentes. Leur transmission, orale ou écrite, se fait d'une génération à l'autre. En définitive, sans tradition, il n'y a ni présent, ni avenir possibles. Elle permet donc ainsi à une communauté ou à une société de prendre conscience d'elle-même, de ses particularités, de ses spécificités, ce qui va rapprocher les hommes. Ce faisant, elle constitue les racines culturelles d'un peuple, autrement dit, elles participent au fondement d'une société.

Divulgence de l'infection à VIH comme modulation au traitement antirétroviral

Selon H. A. Dago-Akribi (2007), l'information apportée par ses parents à l'enfant permet une amélioration de la qualité de l'observance. L'analyse fait aussi prendre conscience que la participation de l'enfant à l'aménagement de son traitement est indispensable ce qui suppose l'annonce

de son statut sérologique. Celle-ci détermine la qualité de l'observance, l'acceptabilité du traitement et la croyance en son efficacité. Mieux, cette annonce légitime la capacité à faire face aux effets secondaires source d'inquiétude, de peur. Cela procède d'un travail d'intégration du traitement dans le quotidien de l'enfant qui suppose son acceptation et son appropriation. De même, le dévoilement du statut séropositif des adolescents influence l'observance du traitement antirétroviral. Cette correspondance entre l'annonce et la résilience au traitement sont perceptibles dans d'autres études. Dans cet élan, L. Cluver et *al.* (2015), dans une étude menée en Afrique du Sud, soutiennent que la connaissance par les adolescents de leur statut séropositif est associée à une observance plus élevée, indépendamment de tous les facteurs. Parmi les adolescents infectés en période périnatale qui connaissent leur statut, la divulgation avant l'âge de 12 ans est consécutive à une plus grande observance. Les résultats qualitatifs suggèrent que la divulgation établit une relation d'acceptation des acteurs à la pathologie. Ils façonnent les relations intrafamiliales et renforcent la cohésion des conjoints.

Ces différentes publications susmentionnées certes riches, ne font pas écho de l'apport des pairs éducateurs dans l'observance du traitement des adolescents. Et pourtant, l'horizontalité est un élément structurant des systèmes de relations. Elle opère une reconfiguration des rapports sociaux entre les différentes catégories d'acteur à savoir les adolescents et les pairs éducateurs. Ceux-ci sont des jeunes formés pour aider leurs semblables dans la communauté à adopter un comportement sain et responsable en matière de santé. Dans cet élan, l'éducation par les pairs vise à susciter un changement au niveau de l'individu en tentant de modifier ses connaissances, ses attitudes, ses croyances, ou ses comportements. Elle se décline sous divers angles dans cet espace social. L'éducation par les pairs se fonde sur la théorie comportementale selon laquelle les gens changent de comportement non pas en raison de preuves ou témoignages scientifiques mais en raison du jugement subjectif de semblables proches, en qui ils ont confiance, qui ont adopté des changements et qui ont valeur d'exemple convaincant. De même, elle favorise réellement l'adoption de comportements préventifs eu égard au VIH/SIDA, et constitue une stratégie interventionnelle d'un bon rapport coût/efficacité, du fait que le recours aux bénévoles la rend peu onéreuse à mettre en œuvre et/ou à élargir. Outre ces aspects, les éducateurs pour les pairs vont investir d'autres lieux de la vie sociale. Ils sont des agents de communication efficaces et crédibles, qui connaissent le langage/la terminologie appropriés ainsi que les gestes permettant à leurs semblables de se sentir à l'aise lors des discussions à propos du traitement antirétroviral. De plus, ils peuvent potentiellement changer l'orientation future, les attitudes et les connaissances concernant le VIH et le sida dans le vécu post-annonce.

Conclusion

La présente étude a permis d'explorer l'influence du dévoilement de l'infection à VIH chez les adolescents d'Adzopé sur la résilience au traitement antirétroviral. Pour atteindre cet objectif, l'étude a mobilisé comme démarche méthodologique une méthode qualitative. Des entretiens semi dirigés ont été réalisés, les données analysées à travers l'analyse de contenu thématique. Cet outillage méthodologique a permis de mettre en relief trois (3) points essentiels. Le premier traduit les stratégies mobilisées par les parents pour la dissimulation de l'annonce du diagnostic. Au nombre de ces stratégies figurent les injonctions parentales comme déterminant de l'autorité des géniteurs. En effet, en raison des connotations qui sous-tendent la maladie, l'autorité parentale s'avère un des leviers pour la camoufler aux adolescents. Poursuivant dans cette perspective, l'assimilation du VIH/sida à une infection secondaire et l'utilisation du vocabulaire médical comme légitimation du secret par les parents constituent d'autres leviers en usage dans cet espace social pour maintenir le secret autour de l'infection à VIH. Outre ce fait, soulignons que les résonances émotionnelles inhérentes à la divulgation de la maladie. représentent le second aspect de cette recherche.

Ces résonances traduisent les ressentis des adolescents. Cette annonce du diagnostic est vécue comme un choc fondé sur des enjeux émotifs (colère, tristesses angoisse, etc.) et révèle une incertitude dans la biographie des patients eu égard à leur projection dans l'avenir. L'horizon est assombri. Le bout du tunnel n'est pas pour maintenant. Mais cette divulgation peut se muer en un repliement sur soi en raison de la vulnérabilité qu'elle engendre. La déconstruction de l'identité du patient à pour point d'ancrage la stigmatisation et la discrimination adossées à cette affection. Et pourtant, le dévoilement du statut sérologique va produire une résilience au traitement antirétroviral.

Cette divulgation du diagnostic comprend divers acteurs à savoir les parents, les tuteurs et les professionnels de santé. Grâce à l'action combinée de ces acteurs, la prise régulière des médicaments devient une réalité dans la vie des adolescents. Elle induit une relation d'acceptation de l'infection à VIH et opère une déconstruction dans la production idéologique des adolescents. Désormais, le VIH/sida ne désigne plus une épée de Damoclès mais elle constitue une réalité consubstantielle à leur existence.

References:

1. Aka Dago-Akribi L-H., Sihé A., « Annonce du statut sérologique de l'enfant infecté par le VIH/SIDA à la mère dans le cadre d'un projet d'étude sur la prévention de la transmission mère/enfant, Abidjan,

- Côte d'Ivoire ». WedPs 706842, 13e CISMA, Nairobi, Kenya, 21-26 septembre 2003. Abstract 706842.
2. Aka Dago-Akribi L-H., Cacou M-C., « Annonce de son statut vis-à-vis du VIH/SIDA à l'adolescent et au préadolescent infectés par le VIH », Abidjan, Côte d'Ivoire. XIIIème Conférence Internationale sur le SIDA en Afrique, Nairobi, Kenya 21-26 septembre 2003. Résumé 234213.
 3. Aka Dago-Akribi, Hortense "Enfant et VIH : du somatique au psychologique", *Face à face* [Online], 10 | 2007, Online since 01 October 2007, connection on 17 April 2023. URL: <http://journals.openedition.org/faceaface/85>
 4. Carricaburu, D. et M. Ménoret. 2004. Sociologie de la santé : institutions, professions et maladies. Paris, Armand Colin.
 5. BACHANAS Pamela., KULLGREN Kristin Ann, SCHWARTZ Katherine Suzman, LANIER Blake, MCDANIEL Stephen, SMITH Joy et NESHEIM Steven, 2001, « Predictors of Psychological Adjustment in School-Age Children Infected with HIV », *Journal of Pediatric Psychology*, 26(6), 343-352.
 6. DOLLFUS Catherine, 2014, Représentations de l'infection par vih chez l'enfant et l'adolescent, *Enfances et Psy*, 64(3), 89-99.
 7. PROULX-BOUCHER Karine, 2008, *Enjeux de la communication familiale entourant le VIH et la sexualité: perspectives d'adolescents vivant avec le VIH depuis la naissance*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
 8. CHAMPION Marie. LEFEBVRE DES NOETTES Anne, TABOULET Pierre. et LENERLE Sophie, 1999, « Le secret chez les enfants infectés par le VIH », *Arcchives pédiatriques*, 6(10), 1001-1008.
 9. CLUVER Lucie, HODES Rebecca, TOSKA Elona, KIDIA, Khameer, ORKIN Mark, SHERR Lorraine...MEINCK Franziska, 2015, « HIV Is like a Tsotsi. ARVs Are Your Guns: Associations between HIV-Disclosure and Adherence to Antiretroviral Treatment among Adolescents in South Africa », *AIDS* (London, England), 29(1), 557-565.
 10. FIELDEN Sarah, CHAPMAN Gwenneth et CADELLE Susan, 2011. « Managing stigma in adolescent HIV: silence, secrets and sanctioned spaces », *Culture, Health & Sexuality*, 13(3), 267-281.
 11. MAILLARD Benoît, REXAND-GALAI Franck, FROMAGE Benoît et HERY Catherine, 2018, Enjeux psychopathologiques de l'annonce du VIH à l'adolescence, *L'information psychiatrique*, 94(5), 371-376.

12. RIEKERT Kristin, WIENER Lori et BATTLES Haven, 1999, « Prediction of Psychological Distress in School-Age Children with HIV », *Child Health Care*, 28(3), 201-220.
13. ROSENBLUM Ouriel, 2007, Entre les parents atteints par le VIH et leurs enfants : un indicible secret, *Le Divan familial*, 1(18), 153-167.
14. ROSENBLUM Ouriel, 2014, L'enfance, l'adolescence et le VIH, crises et chuchotements. *Perspectives Psy*, 53 : 7-12.
15. PAILLE Pierre et MUCCHIELLI Alex., 2008 [2003], L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris, Armand Colin (chap. 9)
16. DIORIO Colleen, PLUHAR Erika et BELCHER Lisa, 2003, Parent-child communication about sexuality : A review of the literature from 1980-2002. *J HIV AIDS Prev Child Youth*, 5(3-4), 7-32.
17. ROTHERAM-BORUS Mary Jane, STEIN Judith et LESTER Patricia, 2006, Adolescent Adjustment over Six Years in HIV-Affected Families. *J Adolescent Health*, 39(2), 174-82.
18. BATTLES Haven et Wiener Lori, 2002, «From Adolescence Through Young Adulthood: Psychosocial Adjustment Associated with Long-Term Survival of HIV». *Journal of adolescent health*, 30(3) 161-168.
19. FUNCK-BRENTANO Isabelle., COSTAGLIOLA Dominique, SEIBEL Nathalie, STRAUB Elisabeth, TARDIEU Marc et BLANCHE Stéphane, 1997. « Patterns of Disclosure and Perceptions of the Human Immunodeficiency Virus in Infected Elementary School-age Children ». *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 151(10), 978-985.
20. MELLINS Claude Ann, BRACKIS-COTT Elisabeth, DOLEZAL Curtis, RICHARDS Ana, NICHOLAS Stephen et ABRAMS Eliane., 2002, « Patterns of HIV Status Disclosure to Perinatally HIV-Infected Children and Subsequent Mental Health Outcomes». *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(1), 101-114
21. MURPHY Debra, ROBERTS Kathleen et HOFFMAN Dannie. 2002. « Stigma and Ostracism Associated with HIV/AIDS : Children Carrying the Secret of Their Mother's HIV + Serostatus». *Journal of Child and Family Studies*, 2(2), 191-202.
22. WIENER Lori, MELLINS Claude. Ann, MARHEFKA Stephanie et. BATTLES Haven, 2007, « Disclosure of an HIV Diagnosis to Children: History, Current Research, and Future Directions ». *Journal of Developmental & Behavioural Pediatrics*, 28(2), 155-166.
23. BLASINI Ileana, CHANTRY Caroline, CRUZ Catherine, ORTIZ Laura, SALABARRÍA Iraida, SCALLEY Nydia... MATOS Beatriz, 2004, « Disclosure model for Pediatric Patients Living with HIV in

- Puerto Rico ». *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 25(3), 181-189.
24. WIENER Lori, HEILMAN Nancy, BATTLES Haven, SIGELMAN Carol et PIZZO Philip, 1996, « Factors associated with Disclosure to Children with HIV/AIDS ». *Pediatric AIDS HIV Infection*, 7(5), 310-324.
 25. POLISSET Julie, AMETONOU Francine, ARRIVE Elise, AHO Anthony et PEREZ Freddy, 2009, Correlates of Adherence to Antiretroviral Therapy in HIV-Infected Children in Lome, Togo, West Africa. *AIDS Behav*, 13, 23-32.
 26. HABERER Jessica, COOK Adrian, WALKER Sarah, NGAMBI Marjorie, FERRIER Alex, MULENGA Veronica....BANGSBERG David, 2011, Excellent Adherence to Antiretrovirals in HIV+ Zambian Children Is Compromised by Disrupted Routine, HIV Nondisclosure, and Paradoxical Income Effects, *PLoS ONE*, 6(4), 1-8.
 27. PETRONIO Sandra, 1991. « Communication Boundary Management: A Theoretical Model of Managing Disclosure of Private Information Between Marital Couples ». *Communication Theory*, 1(4), 311-335.
 28. PETRONIO Sandra, 2000,. « The Boundaries of Privacy : Praxis of everyday life ». Chap. In *Balancing the Secrets of Private Disclosures*, p. 37-49. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates.
 29. Petronio, S. 2002. *Boundaries of Privacy. Dialectics of Disclosure*. New York: State University of New York Press.
 30. ADAMOUBI Rabi, DE FREITAS GirardI Júlia, AKA DAGO-AKRIBI Hortense, HARRIS Dassi Tcoupa Marc Revegue, CACOU Marie-Chantal, MOH Corinne... STURM Gesine, 2021, « Étude qualitative sur le vécu de l'annonce du statut VIH aux adolescents en Côte d'Ivoire » *Santé Publique*, vol. 33(5), 753-762.
 31. World Health Organization, 2011, Guideline on HIV disclosure counselling for children up to 12 years of age. World Health Organization.