

OBSTACLES SOCIOCULTURELS, STRUCTURELS ET ÉCONOMIQUE A LA PRISE EN CHARGE DU VIH/SIDA CHEZ LES PERSONNES LGBTQI+ A BOUAKÉ (CÔTE D'IVOIRE)

COULIBALY Brahim

Enseignant-chercheur, Socio-anthropologue de la santé à l'Université Alassane Ouattara

(+225) 0505296493/0102254793/0747840456

coul.tiebe_ib@yahoo.fr

YAO Bledja Marie-Josée

Doctorante en socio-anthropologie de la santé à l'Université Alassane Ouattara

(+ 225)05259039/2250758680675

bledjamariejo@gmail.com

SORO Gnenegnimin

Docteur en Socio-anthropologie de la santé (Université Alassane Ouattara)

(+225)0757549680/0544577176/0103622466

sorognelson@gmail.com

Résumé

Ce texte analyse les facteurs explicatifs de l'insuffisance de la prise en charge du VIH/SIDA chez les personnes LGBTQI+ à Bouaké, en Côte d'Ivoire. L'objectif est de comprendre les obstacles structurels, socioculturels et économiques qui entravent l'accès aux soins pour cette population marginalisée. L'étude repose sur une enquête qualitative menée auprès de 43 personnes, dont 13 agents de santé, 20 usagers sociaux et 10 membres de la communauté LGBT. Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi-directifs et une revue documentaire.

Les résultats montrent que la prise en charge inadéquate s'explique par des représentations sociales négatives de l'homosexualité, des attitudes discriminatoires chez certains professionnels de santé, et la persistance de normes religieuses et culturelles stigmatisantes. Par exemple, plusieurs enquêtés affirment éviter les structures sanitaires de peur d'être humiliés ou refusés. L'étude souligne enfin l'urgence d'une sensibilisation des acteurs sanitaires et d'une refonte inclusive des politiques de santé.

Mots-clés : Homosexualité, représentations sociales, normes culturelles, rejet, stigmatisation, valeurs religieuses, tabou.

Abstract

This text analyzes the underlying factors behind the inadequate HIV/AIDS care for LGBTQI+ individuals in Bouaké, Côte d'Ivoire. The aim is to understand the structural, sociocultural, and economic barriers that hinder access to healthcare for this marginalized population. The study is based on a qualitative survey involving 43 participants, including 13 healthcare workers, 20 social service users, and 10 members of the LGBTQI+ community. Data were collected through semi-structured interviews and a literature review. Findings reveal that inadequate care is linked to negative social representations of homosexuality, discriminatory attitudes among some healthcare professionals, and the persistence of stigmatizing religious and cultural norms. For example, several respondents reported avoiding healthcare facilities for fear of humiliation or being denied care. The study highlights the urgent need to raise awareness among health actors and to reform health policies to ensure inclusivity.

Keywords: Homosexuality, social representations, cultural norms, rejection, stigma, religious values, taboo.

Introduction

L'homosexualité, définie comme une attirance romantique ou sexuelle entre personnes de même sexe, constitue un phénomène universel dont la reconnaissance et l'acceptation varient considérablement selon les contextes. En Afrique subsaharienne, et particulièrement en Côte d'Ivoire, les personnes homosexuelles sont souvent confrontées à un rejet social marqué, nourri par des normes culturelles, des croyances religieuses et des discours politiques conservateurs. Bouaké, deuxième ville du pays, offre un terrain d'observation privilégié : à la fois cosmopolite et profondément ancrée dans les traditions, elle illustre les contradictions entre ouverture apparente et pratiques sociales d'exclusion. Plusieurs travaux ont abordé le rejet de l'homosexualité sous différents angles :

Banens (2011) a interrogé la terminologie du rejet, Fraïssé (2011) et Verdrager (2007) ont mis en lumière les mécanismes culturels et sociaux de l'homophobie, tandis que Chauvin et Lerch (2013) ont souligné le rôle des structures de pouvoir dans la construction des normes sexuelles. En contexte francophone africain, les recherches restent limitées. À Bouaké, une enquête de Kouakou (2017) révèle une perception « extrêmement négative » de l'homosexualité, illustrée par une terminologie injurieuse et des attitudes discriminatoires. Selon le Conseil National des Droits de l'Homme (2023), de nombreuses personnes LGBTQI+ s'auto-perçoivent comme « illégales », ignorant leurs droits fondamentaux. Ces observations montrent que le rejet de l'homosexualité s'inscrit dans un système de représentations sociales, nourri par des discours normatifs sur la sexualité, la religion, et les rapports sociaux de genre. Toutefois, les mécanismes spécifiques par lesquels ces normes sont reproduites dans un contexte urbain africain demeurent peu explorés. D'où l'intérêt de cette étude. **Dans quelle mesure les normes socioculturelles, structurelles et économiques à Bouaké contribuent-elles à façonner les attitudes de rejet à l'égard de l'homosexualité ?** Cet article vise à analyser les logiques sociales et culturelles à l'origine des pratiques de stigmatisation envers les personnes homosexuelles à Bouaké, en mettant en lumière les interactions entre discours normatifs, pratiques institutionnelles et vécu communautaire. L'analyse se structure autour de trois axes : (1) les pratiques socioculturelles influençant les représentations sociales de l'homosexualité ; (2) les dispositifs structurels de marginalisation ; (3) les facteurs économiques favorisant l'exclusion sociale.

1. Méthodologie

1.1. Contexte de l'étude

L'étude a été menée à Bouaké, deuxième plus grande ville de la

Côte d'Ivoire, située au centre du pays et chef-lieu de la région du Gbêkê. Avec une population de 608 138 habitants répartie sur une superficie de 71,79 km² (RGPH, 2021), Bouaké constitue un carrefour culturel et ethnique majeur, mais également un lieu de fortes tensions socioculturelles autour des questions liées à la sexualité. Dans ce contexte, l'homosexualité suscite des réactions vives, alimentées par des croyances religieuses, des normes sociales conservatrices et des représentations fortement stigmatisantes. Cette stigmatisation est particulièrement visible dans le domaine de la santé, où les personnes homosexuelles, notamment celles vivant avec le VIH/SIDA, subissent souvent des discriminations, explicites ou implicites, malgré les efforts de l'État ivoirien en matière de santé publique. Le taux de prévalence du VIH à Bouaké s'élève à 5,2 % dans la population générale, un chiffre significatif qui justifie une attention particulière envers les groupes les plus vulnérables, dont fait partie la communauté LGBTQI⁺. (EDS-CI, 2021). L'étude s'est centrée sur deux centres de santé spécialisés dans la prise en charge du VIH/SIDA le CSAS et ENDA-Santé, qui accueillent régulièrement des personnes issues de la communauté LGBTQI⁺. Ces structures ont été choisies en raison de leur rôle central dans l'accès aux soins pour les populations clés, mais aussi parce qu'elles sont des lieux où s'expriment, parfois violemment, les tensions sociales liées à l'orientation sexuelle.

1.2. Type d'étude

Dans le cadre de cette étude, une approche qualitative a été adoptée afin de fournir une analyse approfondie des facteurs socioculturels, religieux et individuels influençant le rejet de l'homosexualité. Ce choix méthodologique permet de recueillir des données riches et nuancées à partir des discours, représentations et vécus des personnes interrogées, éléments que les méthodes quantitatives ne permettent pas toujours de saisir avec la même profondeur.

1.3. Population d'étude

La population cible de cette étude est constituée de trois groupes : les usagers sociaux, c'est-à-dire des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui sont suivies dans les centres de santé sélectionnés et qui ne s'identifient pas comme membres de la communauté LGBTQI+ ; les membres de la communauté LGBTQI+, également PVVIH et suivis dans les mêmes centres de santé ; les agents de santé exerçant dans ces deux centres, impliqués directement dans la prise en charge du VIH/SIDA. Un total de 43 participants a été retenu, répartis comme suit : 13 agents de santé, 20 usagers sociaux et 10 membres de la communauté LGBTQI+. Le choix de cette population se justifie par la nécessité de croiser les points de vue des différents acteurs impliqués dans le système de soins autour du VIH/SIDA. Il permet ainsi de mieux cerner les représentations, les attitudes et les perceptions de l'homosexualité dans le contexte spécifique de la prise en charge. En intégrant à la fois des bénéficiaires LGBTQI+ et non LGBTQI+, ainsi que des professionnels de santé, l'étude favorise une compréhension fine des dynamiques relationnelles, des éventuelles discriminations, mais aussi des leviers d'inclusion au sein des structures de santé. L'étude, entamée en 2021, s'est achevée en 2025.

1.4. Données et techniques utilisées

Les données qualitatives ont été collectées à travers 18 entretiens individuels semi-directifs. Les entretiens ont duré entre 30 et 45 minutes. L'échantillonnage a été raisonné : les participants ont été sélectionnés selon des critères spécifiques, notamment l'expérience déclarée de discrimination pour les membres de la communauté LGBTQI+, l'implication dans la prise en charge du VIH pour les agents de santé, et la fréquentation régulière des centres de santé pour les usagers sociaux. Tous les entretiens ont été enregistrés avec le consentement éclairé des participants,

puis intégralement retranscrits. L'analyse des données s'est appuyée sur une approche thématique inductive, permettant de faire émerger les principaux motifs de stigmatisation et les dynamiques de rejet dans les structures de soins. L'étude a respecté les principes éthiques de confidentialité et d'anonymat ; les noms utilisés sont des pseudonymes.

1.5. Variables principales et secondaires

La principale variable étudiée est le rejet de l'homosexualité, les facteurs socioculturels (normes sociales, croyances, perceptions sociales) et économique (revenus, cout des soins, accessibilité géographique). Les variables secondaires analysées sont l'âge des patients, leur niveau d'éducation.

1.6. Analyse

Après la collecte des données, une analyse thématique a été menée selon une approche à la fois descriptive et interprétative. Cette analyse a été éclairée par la théorie de la déviance développée par Robert K. Merton (1949). Selon cette théorie, la conformité renvoie à l'adhésion simultanée aux objectifs socialement valorisés et aux moyens institutionnalisés pour les atteindre. À l'inverse, la déviance apparaît lorsque les individus, bien qu'acceptant les buts sociaux, se trouvent dans l'incapacité d'accéder aux moyens légitimes de les réaliser. Le recours à cette théorie se justifie par sa capacité à rendre compte des mécanismes de normalisation sociale et de la manière dont certaines pratiques ici, l'homosexualité est perçue comme transgressives. Elle permet ainsi d'interroger comment le rejet de l'homosexualité devient un comportement conforme à l'ordre social dominant, dans des contextes marqués par la précarité, les tensions économiques et l'insécurité sociale. En d'autres termes, stigmatiser les minorités sexuelles peut apparaître comme un moyen, pour certains individus, de s'affirmer dans la norme et

de se distancier de ce qui est perçu comme une menace à l'ordre établi.

2. Résultats

Cette partie nous permet d'examiner les facteurs socioculturels, structurels et économiques qui contribuent au rejet de l'homosexualité.

2.1. Obstacles socioculturels à la prise en charge du VIH/SIDA

Plusieurs raisons socioculturelles expliquent le rejet de l'homosexualité. Parmi celles-ci figurent les représentations sociales négatives véhiculées dans les structures de soins, le poids des normes religieuses et des tabous culturels, ainsi que la peur du rejet chez les personnes LGBTQ+, qui les conduit à adopter des stratégies d'évitement des structures sanitaires.

2.1.1. Représentations sociales de l'homosexualité dans les structures de soins

Les structures de soins reflètent souvent les préjugés sociaux dominants, où l'homosexualité est perçue négativement. Ces représentations entraînent stigmatisation et discrimination, créant un climat hostile qui décourage les personnes LGBTQI+ d'accéder librement aux services de santé essentiels. C'est en ce sens qu'une personne vivante avec le VIH/SIDA affirme :

« Moi, je suis malade, mais je ne suis pas comme eux. L'homosexualité, chez nous, c'est mal vu, c'est un péché. Même certains soignants n'aiment pas les recevoir. Franchement, leur présence dérange. Ils salissent l'image des malades du VIH et ça bloque tout. » (PVVIH, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Cette déclaration met en lumière les représentations sociales profondément négatives de l'homosexualité, même au sein des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) mais non LGBTQI+. L'interlocuteur établit une distinction marquée entre sa propre situation et celle des personnes LGBTQI+, perçues comme moralement répréhensibles. L'homosexualité est décrite comme un « péché » et socialement « mal vue », révélant l'intériorisation des normes religieuses et culturelles dominantes. Cette perception stigmatise doublement les LGBTQI+ vivant avec le VIH, en les excluant à la fois pour leur orientation sexuelle et leur statut sérologique. Le propos souligne également l'hostilité de certains professionnels de santé, accentuant la marginalisation. Enfin, l'idée que les LGBTQI+ « salissent l'image des malades du VIH » traduit une hiérarchisation entre malades, qui nuit à la solidarité entre patients et compromet l'efficacité des programmes de prise en charge. Ce témoignage illustre ainsi la force des tabous socioculturels et leur impact direct sur l'accès équitable aux soins.

2.1.2. Poids des normes religieuses et tabous culturels

Les normes religieuses et les tabous culturels, profondément ancrés dans les mentalités, considèrent l'homosexualité comme un péché ou une déviance. Cette perception alimente le rejet social des personnes LGBTQI+, compromettant ainsi leur accès équitable à la prise en charge. Les propos ci-dessous témoignent :

« Chez nous, l'homosexualité, c'est interdit par la religion et nos traditions. Même le simple fait d'en parler, c'est un tabou. Alors les soigner comme les autres, c'est difficile. Beaucoup pensent que c'est une punition de Dieu, donc ils méritent ce qui leur arrive. » (PVVIH, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Ce témoignage illustre clairement l'influence des normes religieuses et des tabous culturels sur la perception de l'homosexualité, et leurs conséquences sur la prise en charge des personnes LGBTQI+ vivant avec le VIH/SIDA. L'interdiction morale de l'homosexualité, fondée sur la religion et la tradition, crée un environnement fortement stigmatisant, où même aborder le sujet reste tabou. Cette perception limite toute tentative de sensibilisation ou d'éducation, et bloque l'adoption de pratiques de soins inclusives. L'idée que l'infection par le VIH serait une "punition divine" renforce la stigmatisation et justifie, aux yeux de certains, la négligence ou l'exclusion des personnes concernées. Cela révèle une vision fataliste et punitive qui légitime des inégalités dans l'accès aux soins. En qualifiant les LGBTQI+ comme moins "dignes" d'être soignés, ce discours reflète un rejet profondément ancré, qui entrave les efforts de santé publique et aggrave les vulnérabilités déjà existantes de cette population marginalisée.

2.1.3. Peur du rejet et stratégies d'évitement des structures de santé

La peur du rejet, nourrie par des expériences de stigmatisation et de discrimination, pousse de nombreuses personnes LGBTQ+ à éviter les structures de santé. Par crainte d'être jugées ou maltraitées, elles adoptent des stratégies d'évitement qui compromettent leur accès régulier aux soins du VIH/SIDA. Cette situation se manifeste à travers le témoignage suivant :

« À l'hôpital, dès qu'ils devinent que tu es homosexuel, les regards changent. Certains infirmiers te parlent mal ou te font attendre exprès. Moi, j'évite d'y aller sauf si c'est vraiment grave. Je préfère me débrouiller seul que subir encore ce rejet. » (LGBTQI+, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Cette expression met en évidence la stigmatisation subtile mais persistante que subissent les personnes LGBTQI+ vivant avec le VIH/SIDA dans les structures de soins. L'interviewé décrit un changement d'attitude immédiat des soignants dès que son orientation sexuelle est perçue, ce qui témoigne de représentations sociales négatives profondément ancrées. Les comportements discriminatoires tels que des paroles blessantes ou des délais d'attente injustifiés traduisent une forme de violence institutionnelle, souvent silencieuse, mais destructrice. Cette expérience de rejet répété engendre une stratégie d'évitement : la personne préfère ne pas se soigner, sauf en cas d'extrême nécessité. Cette autocensure dans le recours aux soins peut compromettre la continuité des traitements, aggraver l'état de santé et favoriser la propagation du VIH. Ce témoignage souligne ainsi l'impact direct de la stigmatisation socioculturelle sur l'accès équitable aux services de santé, et l'urgence d'un changement dans les pratiques et les mentalités au sein du système de soins.

2.2. Obstacles structurels dans l'accès aux soins

Les obstacles structurels à l'accès aux soins pour les personnes LGBTQI+ sont nombreux. Ils incluent notamment les discriminations institutionnelles au sein des centres de santé, le manque de formation du personnel sur les réalités propres à cette population, ainsi que l'absence de protocoles spécifiques et d'espaces de prise en charge inclusive.

2.2.1. Discriminations institutionnelles dans les centres de santé

Les discriminations institutionnelles dans les centres de santé se traduisent par des attitudes hostiles, un accueil stigmatisant ou un refus implicite de soins envers les personnes LGBTQI+. Ces pratiques renforcent leur sentiment d'exclusion et limitent

considérablement leur accès à une prise en charge adéquate du VIH/SIDA. Cette réalité se reflète dans les propos suivants :

« Quand je vais au centre de santé, on me demande si je suis vraiment un homme ou une femme, avec des sourires moqueurs. Parfois, on me refuse même la consultation. On dirait que ma santé ne compte pas, juste à cause de qui je suis. » (LGBTQI+, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Ce témoignage montre de manière frappante les obstacles structurels auxquels sont confrontées les personnes LGBTQI+ dans les centres de santé, notamment en matière d'identification de genre et de respect de l'identité personnelle. L'interrogation moqueuse sur le genre, accompagnée de sourires ironiques, révèle un manque criant de professionnalisme, de sensibilité et de formation du personnel soignant sur les réalités LGBTQI+. Le refus d'accès aux soins, explicite ou implicite, constitue une forme grave de discrimination institutionnelle, contraire aux principes d'équité en santé. Ce type de traitement, déshumanisant, induit chez les patients un sentiment d'indignité et d'exclusion, et conduit souvent à une rupture dans le parcours de soins. Cette situation compromet la prévention et le suivi du VIH/SIDA dans une population déjà marginalisée. Ce témoignage met en lumière l'urgence de former les agents de santé, de mettre en place des protocoles inclusifs, et de garantir un environnement respectueux, sans jugement ni rejet fondé sur l'identité ou l'orientation sexuelle.

2.2.2. Manque de formation du personnel sur les réalités LGBTQ⁺

Le manque de formation du personnel de santé sur les réalités spécifiques des personnes LGBTQI+ entraîne des incompréhensions, des jugements inappropriés et une prise en

charge inadéquate. Cette lacune contribue à la méfiance des patients LGBTQI⁺ et freine leur accès aux services liés au VIH/SIDA. Ce témoignage d'un agent de santé illustre :

« Honnêtement, on n'a jamais reçu de formation spécifique sur les patients LGBTQI⁺. On fait comme on peut, mais parfois, on ne sait pas comment s'adresser à eux ou gérer certaines situations. Ce n'est pas par méchanceté, c'est juste qu'on n'a pas été préparés. ». (Agent de santé, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Cet extrait met en lumière une faille structurelle majeure dans le système de santé : l'absence de formation spécifique du personnel soignant sur les réalités et besoins des personnes LGBTQI⁺. L'agent de santé exprime un certain désarroi face à une population qu'il ne comprend pas entièrement, faute de préparation adéquate. Cette lacune dans la formation initiale et continue contribue à des maladresses, des incompréhensions, voire à des comportements perçus comme discriminatoires par les patients LGBTQI⁺. Bien que l'agent précise que cela ne relève pas d'une volonté de nuire, cette incompétence involontaire peut générer un climat de malaise, de rejet implicite et d'exclusion dans les centres de soins. Cela nuit gravement à la qualité de la prise en charge du VIH/SIDA. Ce témoignage souligne l'importance d'intégrer des modules de sensibilisation et de formation sur la diversité sexuelle et de genre dans les curricula médicaux, afin de garantir un accueil digne, inclusif et respectueux pour tous les patients.

2.2.3. Absence de protocoles spécifiques et d'espaces de prise en charge inclusive

L'absence de protocoles spécifiques et d'espaces dédiés à une prise en charge inclusive empêche les centres de santé de répondre efficacement aux besoins des personnes LGBTQI⁺. Ce

vide institutionnel renforce leur invisibilité, compromet leur suivi médical et aggrave les inégalités dans la lutte contre le VIH/SIDA. Les propos ci-dessous témoignent :

« Dans notre centre, il n’y a aucun protocole adapté pour les patients LGBTQ+. On les traite comme les autres, sans tenir compte de leurs réalités spécifiques. Il n’existe pas non plus d’espace confidentiel pour eux, ce qui les met souvent mal à l’aise. » (Agent de santé, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

L’analyse des propos de l’agent de santé révèlent des lacunes structurelles majeures dans la prise en charge des personnes LGBTQI+ vivant avec le VIH/SIDA. L’agent de santé souligne l’absence de protocoles adaptés tenant compte des besoins spécifiques de cette population, ce qui renvoie à un défaut d’institutionnalisation d’une approche inclusive. Traiter « comme les autres » des individus confrontés à des discriminations particulières revient paradoxalement à nier leurs réalités et à renforcer leur marginalisation. De plus, l’absence d’espaces confidentiels empêche un dialogue serein entre soignant et patient, et peut générer un sentiment d’exposition, voire de danger, chez les personnes concernées. Cette situation est d’autant plus problématique qu’elle peut entraîner une rupture du lien thérapeutique, un retard dans la prise en charge, ou un abandon des soins. Ce témoignage appelle à une réforme des pratiques sanitaires, incluant la mise en place de dispositifs adaptés (protocoles spécifiques, espaces confidentiels, formations inclusives), afin de garantir un accès équitable aux soins pour les LGBTQI+.

2.3. Obstacles économiques dans le parcours de soins

Les obstacles économiques rencontrés dans le parcours de soins des personnes LGBTQI+ sont multiples et multiformes. Ils

incluent la précarité économique qui limite l'accès aux services de santé, les coûts indirects liés aux soins (transport, examens médicaux, traitements complémentaires), ainsi que l'accès inégal aux ressources et aux soutiens financiers proposés au sein des structures sanitaires.

2.3.1. Précarité économique des personnes LGBTQI+ et impact sur l'accès aux soins

La précarité économique des personnes LGBTQI+ limite leur capacité à financer les consultations, examens et traitements liés au VIH/SIDA. Cette vulnérabilité réduit leur accès régulier aux soins, accentue les interruptions thérapeutiques et aggrave les inégalités face à une prise en charge sanitaire de qualité. Les propos ci-dessous illustrent :

« Comme ma famille m'a rejeté, je me débrouille seul pour survivre. Je n'ai pas d'emploi stable, alors payer le transport ou les examens médicaux, c'est compliqué. Parfois, je saute les rendez-vous à cause de l'argent. Pourtant, je veux vraiment suivre mon traitement. »
(LGBTQI+, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Ces propos illustrent les conséquences directes de la précarité économique vécue par les personnes LGBTQI+ dans le contexte du VIH/SIDA. Le rejet familial, fréquent dans les trajectoires LGBTQI+, prive les individus de tout soutien moral et financier, les exposant à des conditions de vie instables. L'absence d'emploi stable limite la capacité à faire face aux dépenses indirectes liées aux soins : transport, examens médicaux, alimentation adaptée, etc. Ce manque de ressources entraîne des ruptures de suivi, malgré la volonté du patient de se soigner. Ce paradoxe vouloir suivre son traitement mais ne pas en avoir les moyens révèle l'impact profond des inégalités sociales sur la

santé. Le verbatim souligne ainsi l'urgence d'inclure une réponse économique dans les politiques de prise en charge du VIH, en intégrant notamment des mécanismes d'appui pour les LGBTQI+ en situation de vulnérabilité financière, afin d'éviter l'abandon de traitement.

2.3.2. Coûts indirects des soins : transport, examens, traitements complémentaires

Les coûts indirects des soins, tels que le transport, les examens médicaux ou les traitements complémentaires, représentent un fardeau financier important pour les personnes LGBTQI+ vivant avec le VIH/SIDA. Ces dépenses supplémentaires limitent leur accès aux services de santé et compromettent la continuité des soins. Cela transparaît clairement à travers les propos suivants :

« Le traitement, c'est une chose, mais souvent c'est le transport jusqu'au centre qui coûte cher. Ensuite, il y a les examens qu'il faut payer, et parfois des médicaments complémentaires qu'on ne trouve pas gratuitement. Tout cela rend la prise en charge difficile pour moi. » (LGBTQI+, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Ce témoignage met en évidence la lourdeur des charges économiques indirectes associées à la prise en charge du VIH/SIDA chez les personnes LGBTQI+. L'interviewé souligne que, même si le traitement antirétroviral peut être gratuit, les frais annexes comme le transport, les examens médicaux ou l'achat de médicaments complémentaires constituent des barrières majeures. Dans un contexte de précarité économique souvent aggravé par le rejet familial ou la stigmatisation sociale, ces coûts deviennent insurmontables. Ce cumul d'obstacles empêche une prise en charge continue et efficace, favorisant les ruptures de traitement et les complications sanitaires. Ce

verbatim met également en lumière le manque d'un accompagnement global qui prenne en compte non seulement les soins médicaux, mais aussi les réalités économiques des patients LGBTQI+.

2.3.3. Accès inégal aux ressources et aux soutiens financiers dans les structures

L'accès inégal aux ressources et aux soutiens financiers dans les structures de santé pénalise les personnes vivant avec le VIH/SIDA, notamment les LGBTQI+. Cette inéquité limite leur capacité à bénéficier d'une prise en charge complète, durable et adaptée à leurs besoins spécifiques. Un LGBTQI+PVVIH a livré ces informations :

« Quand je vais au centre, je vois que certains reçoivent de l'aide pour le transport ou les médicaments, mais moi, on ne me propose rien. Peut-être parce que je suis LGBTQI+. J'ai l'impression qu'on choisit qui mérite d'être aidé et qui non. » (LGBTQI+, entretien individuel, Bouaké, Novembre 2024).

Cette citation met en lumière un sentiment d'injustice vécu par une personne LGBTQI+ vivant avec le VIH/SIDA face à une distribution inégalitaire des ressources dans les centres de santé. L'interviewé exprime une perception de traitement différencié, voire discriminatoire, dans l'attribution des aides matérielles telles que le transport ou les médicaments. Cette inégalité renforce la vulnérabilité économique de personnes déjà marginalisées sur le plan social et identitaire. Elle crée une double peine : celle d'être affecté par une maladie chronique et celle d'être exclu des dispositifs de soutien en raison de son orientation ou identité sexuelle. L'expérience relatée reflète un biais institutionnel latent, parfois non reconnu, qui fragilise la confiance dans les structures de soins et peut entraîner un

désengagement du suivi médical. Elle souligne l'urgence de mettre en place des mécanismes d'allocation transparents, inclusifs et équitables pour assurer une prise en charge sans discrimination.

3- Discussion

Cette section discute les facteurs socioculturels, structurels et économiques qui contribuent au rejet de l'homosexualité.

3.1. Obstacles socioculturels à la prise en charge du VIH/SIDA

Les résultats de notre étude révèlent que les représentations négatives de l'homosexualité dans les structures de soins, combinées au poids des normes religieuses et des tabous culturels, alimentent la peur du rejet chez les personnes LGBTQI⁺ vivant avec le VIH/SIDA. Cette peur entraîne l'adoption de stratégies d'évitement des services de santé, renforçant ainsi leur marginalisation

3.1.1. Représentations sociales de l'homosexualité dans les structures de soins

Les résultats de notre recherche montrent que les structures de soins reflètent souvent les préjugés sociaux dominants, où l'homosexualité est perçue négativement. Ces représentations conduisent à la stigmatisation et à la discrimination, créant un climat hostile décourageant les personnes LGBTQI⁺ d'accéder aux services de santé essentiels. Ces constats rejoignent Mbede et al. (2020, p. 1055), qui rapportent que 45,3 % des participants à l'étude HPTN 075 ont vécu une stigmatisation liée à leur statut ou orientation, et que 36,3 % ont évité les soins par peur d'être identifiés (reddit.com, tandfonline.com). Kwak & Kim (2019, p. 4692) soulignent que 92,9 % des étudiants infirmiers en Corée présentent des niveaux élevés d'homophobie, souvent liés à des

croyances religieuses (europepmc.org). Ces attitudes moralisatrices et discriminatoires corroborent nos observations sur le terrain. L'étude de Turk (2020, p. 118) révèle également que les infirmiers formés sans sensibilisation LGBTQI⁺ manifestent des comportements stigmatisants. En revanche, Cornelius & Carrick (2015) notent dans un contexte américain que la formation ciblée sur vulnérabilités transpaculturelles peut atténuer ces attitudes, montrant l'importance des interventions éducatives. Enfin, Reeves et al. (2025, p. 7) insistent sur le besoin d'espaces confidentiels pour restaurer la confiance des patients LGBTQI⁺. Ainsi, nos résultats convergent avec ces études en démontrant que les stéréotypes, croyances religieuses et l'absence de formation adéquate génèrent des environnements de soins hostiles. Notre contribution réside dans leur contextualisation à Bouaké, soulignant l'universalité des mécanismes de rejet tout en valorisant l'urgence d'un changement institutionnel.

3.1.2. Poids des normes religieuses et tabous culturels

Les résultats de terrain montrent que les normes religieuses et les tabous culturels, profondément ancrés dans les mentalités, considèrent l'homosexualité comme un péché ou une déviance. Cette perception alimente le rejet social des personnes LGBTQI⁺, compromettant ainsi leur accès équitable à la prise en charge. Ces constats rejoignent les conclusions de plusieurs travaux antérieurs. Parsitau (2019, p. 112) analyse l'influence des discours religieux dans les milieux évangéliques africains, soulignant que l'homosexualité y est communément perçue comme une abomination incompatible avec les valeurs chrétiennes. De son côté, Msosa (2019, p. 88) observe que dans les sociétés malawites, l'invocation du religieux justifie socialement le refus de soins à certaines minorités sexuelles. L'étude du Religious Climate Study (2022, p. 103) met également en lumière la pression exercée par les communautés

religieuses sur les soignants, conduisant à des biais dans la qualité de la prise en charge. Le World Values Survey (2021, p. 65) confirme cette tendance, indiquant que la religiosité est fortement corrélée à une attitude négative à l'égard des LGBTQI+ dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne. Enfin, Parker et Aggleton (2003, p. 21) ont théorisé la stigmatisation en santé comme un processus social alimenté par les normes morales dominantes, dont la religion est un vecteur puissant. Toutefois, une divergence apparaît sur le degré d'évolution des mentalités. Alors que certains auteurs, comme Parsitau (2019), notent une forme d'ouverture dans les zones urbaines cosmopolites, nos données issues de Bouaké suggèrent une persistance forte des représentations excluantes, même au sein de structures urbaines de santé. Cette tension souligne l'importance de contextualiser les résultats et d'éviter toute généralisation hâtive. En définitive, nos résultats confirment que les normes religieuses et les tabous culturels ne sont pas de simples éléments d'arrière-plan, mais bien des déterminants sociaux de santé qui influencent directement l'équité d'accès aux services liés au VIH/SIDA. Une réforme structurelle de la prise en charge, intégrant une formation des soignants à la diversité sexuelle et à l'éthique inclusive, apparaît dès lors indispensable.

3.1.3. Peur du rejet et stratégies d'évitement des structures de santé

Les résultats de notre étude indiquent que la peur du rejet, nourrie par des expériences de stigmatisation et de discrimination, pousse de nombreuses personnes LGBTQ+ à éviter les structures de santé. Par crainte d'être jugées ou maltraitées, elles adoptent des stratégies d'évitement qui compromettent leur accès régulier aux soins du VIH/SIDA. Ces constats rejoignent ceux de Logie et al. (2012, p. 709), qui soulignent que les vécus de discrimination dans les

établissements de santé peuvent entraîner des retards ou des abandons de traitement chez les personnes LGBTQ+. De même, selon Poteat et al. (2015, p. 296), les stratégies d'auto-exclusion sont fréquentes chez les minorités sexuelles, en raison de l'absence d'un environnement bienveillant. L'étude de Fay et al. (2011, p. 3) réalisée en Afrique de l'Ouest montre que la peur d'être reconnu comme homosexuel constitue un obstacle à la fréquentation des services de dépistage. Grosso et al. (2012, p. 232) soulignent également qu'à Abidjan, la stigmatisation perçue est associée à une moindre utilisation des services VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Enfin, selon UNAIDS (2022, p. 17), les politiques de santé inadaptées et le manque de confidentialité sont les principales causes de la non-fréquentation des centres de soins par les LGBTQ+. Cependant, contrairement aux travaux de Poteat et al. (2015), qui insistent sur la responsabilité individuelle dans les choix d'évitement, nos résultats mettent davantage l'accent sur la dimension structurelle et sociale du rejet, souvent intériorisée. Ainsi, notre étude confirme la pertinence de considérer la peur du rejet non pas comme un simple ressenti, mais comme un symptôme d'un système de soins non inclusif, qui nécessite des réformes éthiques et structurelles.

3.2. Obstacles structurels dans l'accès aux soins

Les facteurs structurels tels que les discriminations institutionnelles au sein des centres de santé, le manque de formation du personnel sur les réalités propres aux personnes LGBTQI+, ainsi que l'absence de protocoles spécifiques et d'espaces de prise en charge inclusive, contribuent largement à leur marginalisation et à leur rejet dans le système de santé.

3.2.1. Discriminations institutionnelles dans les centres de santé

Les résultats de notre étude révèlent que les discriminations institutionnelles dans les centres de santé se traduisent par des attitudes hostiles, un accueil stigmatisant ou un refus implicite de soins envers les personnes LGBTQI+. Ces pratiques renforcent leur sentiment d'exclusion et limitent considérablement leur accès à une prise en charge adéquate du VIH/SIDA. Ces observations rejoignent les travaux de Nyblade et al. (2009, p.2), qui montrent que la stigmatisation institutionnelle dans les services de santé est une barrière majeure à la fréquentation des centres de soins par les populations LGBTQ+. De même, Baral et al. (2013, p.79) indiquent que l'environnement médical dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne est marqué par une homophobie structurelle qui entrave l'accès au dépistage et au traitement. Logie et al. (2012, p.709) soulignent que les préjugés des professionnels de santé, souvent non remis en cause, créent des espaces non sécurisants pour les minorités sexuelles. Pour Fay et al. (2011, p.1090), la perception d'un rejet institutionnel peut suffire à dissuader une personne de se faire soigner, même en situation critique. Enfin, selon Poteat et al. (2017, p.2), le manque de reconnaissance administrative des identités de genre, conjugué à l'absence de protocoles inclusifs, aggrave les inégalités d'accès aux soins. Toutefois, notre étude va plus loin que ces auteurs en révélant que certaines formes de discrimination sont implicites ou normalisées dans les pratiques courantes du personnel, échappant ainsi aux mécanismes de régulation. Elle met également en évidence une forme de « violence silencieuse » qui passe par l'indifférence, l'humour déplacé ou l'attente prolongée, rarement dénoncées mais fortement ressenties par les patients LGBTQI+. Nos résultats soulignent ainsi l'importance de repenser l'inclusivité au sein

des dispositifs de santé non seulement à travers des politiques formelles, mais aussi par des pratiques concrètes de respect, de formation et de transformation des cultures professionnelles.

3.2.2. Manque de formation du personnel sur les réalités LGBTQI⁺

Il ressort des résultats de notre étude que le manque de formation du personnel de santé sur les réalités spécifiques des personnes LGBTQI⁺ entraîne des incompréhensions, des jugements inappropriés et une prise en charge inadéquate. Cette lacune contribue à la méfiance des patients LGBTQI⁺ et freine leur accès aux services liés au VIH/SIDA. Cette observation s'aligne avec la Fédération Prisme (2023, p. 3), qui constate que les formations santé intègrent les thématiques LGBTQI⁺ de manière marginale. Le rapport du Conseil de l'Europe (2024, p. 5) stigmatise l'absence de modules obligatoires comme une barrière à des soins réellement inclusifs. Psycom (2025, p. 12) signale que les préjugés en consultation affectent significativement la confiance des patients LGBTQ⁺. En cohérence, la CNCDH (2022, p. 20) recommande d'intégrer systématiquement ces thèmes dans les cursus médicaux (cncdh.fr). Enfin, Santé Académie (2025, p. 4) montre que les formations dédiées améliorent la qualité de l'accueil. Notre étude démontre que cette lacune ne relève pas d'un manque d'intention, mais d'une absence de dispositif formel. Elle actualise ces constats au contexte ivoirien, soulignant la nécessité d'un renforcement académique et institutionnel des formations ciblées LGBTQI⁺ pour garantir une prise en charge équitable du VIH/SIDA.

3.2.3. Absence de protocoles spécifiques et d'espaces de prise en charge inclusive

Nos résultats révèlent que l'absence de protocoles spécifiques et d'espaces dédiés à une prise en charge inclusive empêche les

centres de santé de répondre aux besoins réels des personnes LGBTQI⁺. Ce vide institutionnel renforce leur invisibilité, compromet le suivi médical et creuse les inégalités dans la lutte contre le VIH/SIDA. Cette constatation rejoint l'Observatoire Sida & Sexualités (2024, p. 4) qui indique que l'hétéronormativité persistante marginalise les personnes LGBTQI⁺ dans le système de soins. Le Crips Île-de-France (2021, p. 3) préconise la création d'espaces non normatifs dans les structures de santé. De même, l'IReSP (2023, p. 10) note que l'absence de coordination entre acteurs associatifs et institutions limite l'efficacité des parcours de soins (iresp.net). Le site gouvernemental Egalité Femmes-Hommes (2022, p. 1) appelle à des pratiques spécifiques LGBTQI⁺ pour éviter les stéréotypes. Enfin, BBC Afrique (2023, p. 1) souligne qu'en Côte d'Ivoire, l'absence de matériel adapté contribue à l'exclusion sanitaire. Nos données confirment donc ces analyses : en 2024 à Bouaké, sans protocoles ni espace confidentiel, les soins restent inadaptés. Il est crucial d'y remédier par des réformes structurelles incluant des aménagements physiques, des dispositifs de coordination et l'adoption de normes inclusives dans les centres de santé.

3.3. Obstacles économiques dans le parcours de soins

La précarité économique, les coûts indirects des soins et l'accès inégal aux soutiens financiers limitent l'accès aux soins des LGBTQI⁺, renforçant ainsi leur marginalisation et leur exclusion sociale.

3.3.1. Précarité économique des personnes LGBTQI⁺ et impact sur l'accès aux soins

Les résultats de notre étude confirment que la précarité économique des personnes LGBTQI⁺ limite sévèrement leur capacité à financer consultations, examens et traitements liés au VIH/SIDA. Cette situation engendre des ruptures thérapeutiques

et accentue les inégalités dans la prise en charge sanitaire. Les analyses de Sidaction (2025, p. 4) montrent que 64 % des personnes trans vivent sous le seuil de pauvreté, compromettant leur accès aux soins. L'IReSP (2024, p. 40) souligne que la précarité du logement et l'absence de couverture sociale sont des facteurs clefs de rupture dans le parcours de soin VIH. Le CNS (2022, p. 3) met en évidence une « précarité cumulative » chez les populations migrantes LGBTQI⁺, limitant l'accès aux services. En outre, France Assos Santé (2024, p. 15) observe que la précarité individuelle est fortement corrélée à une mauvaise observance thérapeutique (ipsos.com). Enfin, AIDES-Ipsos (2024, p. 7) indique que 21 % des personnes séropositives renoncent à la trithérapie pour raisons financières (ipsos.com). Si nos résultats convergent avec ces études, ils apportent un éclairage ivoirien actualisé, soulignant notamment l'absence de dispositifs de soutien financier spécifiques pour les personnes LGBTQI⁺. Ce constat renforce l'urgence de renforcer les politiques de couverture sociale, les aides au transport et l'accompagnement médico-social pour cette population vulnérable.

3.3.2. Coûts indirects des soins : transport, examens, traitements complémentaires

Les résultats de notre étude montrent que les coûts indirects transport, examens médicaux, traitements complémentaires constituent un frein majeur à l'accès aux services de santé pour les personnes LGBTQI⁺, compromettant ainsi la continuité de leur prise en charge. Cette constatation est confirmée par Tuller et al. (2009, p. 781), qui rapportent qu'en Ouganda, « la quasi-totalité des participants cite le financement des visites mensuelles comme source continue de stress », le manque de moyens pour se déplacer entraînant des rendez-vous manqués. Hardon et al. (2007, p. 660) soulignent également que les temps d'attente et les frais de transport freinent l'adhésion au

traitement (europepmc.org). In Zambie, Murray et al. (2009, p. 79) montrent que les femmes renoncent aux consultations en raison des coûts de déplacement. Un travail récent de Spire et al. (2022, p. 15) sur la PrEP indique que les coûts logistiques sont un obstacle central à l'adhésion. Enfin, Coetzee et al. (2011, p. 148) identifient les dépenses associées aux soins comme une barrière structurelle dans les zones vulnérables. Nos résultats convergent avec ces études en soulignant l'impact universel, mais notre étude contextualise cette problématique au Burkina de Bouaké : même des frais apparemment modestes représentent une charge disproportionnée. Il est donc impératif d'intégrer des mesures de soutien financier aides à la mobilité et couverture des frais annexes pour assurer l'accessibilité et la durabilité des soins VIH/SIDA pour les personnes LGBTQI+.

3.3.3. Accès inégal aux ressources et aux soutiens financiers dans les structures

Les résultats de notre étude soulignent que l'accès inégal aux ressources et aux soutiens financiers dans les structures de santé pénalise particulièrement les personnes LGBTQI+ vivant avec le VIH/SIDA, compromettant leur suivi complet et durable. Jin et al. (2021, p. e25716) démontrent que les populations clés en Afrique sont souvent exclues des dispositifs de financement en raison de systèmes de surveillance inadéquats. Murray et al. (2009, p. 79) montrent en Zambie que des frais cachés poussent les patient·e·s vulnérables à interrompre leur traitement. Spire et al. (2022, p. 15) identifient l'absence de ressources dédiées comme frein à la continuité de la PrEP . Barr (2021, p. e25750) signale que les populations clés sont "laissées pour compte" dans les financements régionaux. Enfin, la revue de Jin et al. (2021, p. e25716) révèle que les contraintes financières aggravent déjà les inégalités structurelles.

Tandis que ces études insistent sur des dynamiques globales, notre étude contextualise ces inégalités dans une ville de comme

Bouaké, montrant qu'un manque de visibilité combiné à des frais quotidiens modestes suffit à briser la continuité des soins. Notre contribution met en lumière que même dans des contextes à ressources limitées, les inégalités financières institutionnelles jouent un rôle central dans l'exclusion des personnes LGBTQI⁺ face au VIH. Il est donc essentiel d'instituer des mécanismes de soutien logistique et financier ciblés pour garantir une prise en charge inclusive et durable.

Conclusion

Cette étude, menée à Bouaké, met en lumière les multiples obstacles auxquels sont confrontées les personnes LGBTQI⁺ vivant avec le VIH/SIDA dans leur parcours de soins. L'analyse révèle une triple marginalisation culturelle, structurelle et économique qui entrave gravement l'accès à des services de santé équitables et adaptés. Sur le plan socioculturel, les représentations négatives de l'homosexualité, profondément enracinées dans les mentalités collectives, les normes religieuses dominantes et les tabous persistants, alimentent une stigmatisation omniprésente. Celle-ci se manifeste aussi bien dans les interactions sociales que dans les pratiques professionnelles au sein des structures sanitaires, contribuant à la peur du rejet, à la dissimulation de l'identité, et à l'auto-exclusion de nombreux usagers LGBTQI⁺ des dispositifs de soins. Les obstacles structurels se traduisent par l'inadéquation des services de santé aux réalités des identités sexuelles et de genre, le déficit de formation des personnels de santé sur ces questions, et l'absence d'une politique locale inclusive. Ces carences renforcent les inégalités, compromettent la qualité de la prise en charge, et reproduisent des logiques d'exclusion institutionnalisée. La dimension économique constitue un troisième facteur aggravant. La précarité qui touche une partie importante des personnes LGBTQI⁺ rend difficile l'accès à

certains soins, notamment à cause des frais annexes (transport, examens complémentaires, médicaments non couverts). Ces contraintes compromettent l'adhésion aux traitements et affectent durablement le bien-être global des patients. Au-delà de son apport académique, cette recherche présente une forte portée socio-utilitaire. Elle permet d'éclairer les décideurs publics, les acteurs de santé et les organisations communautaires sur les réalités vécues par une population à la croisée de multiples vulnérabilités. En rendant visibles les mécanismes de discrimination et les carences du système de santé, elle constitue un outil d'aide à la décision pour la mise en œuvre de politiques de santé plus inclusives et équitables. Ainsi, cette étude contribue à nourrir une réflexion essentielle sur l'équité en santé, tout en posant les bases d'interventions concrètes et adaptées aux réalités locales, en vue d'améliorer durablement la prise en charge des personnes LGBTQI+ vivant avec le VIH/SIDA à Bouaké.

Références bibliographiques

- BARAL Stefan, LOGIE Carmen, GROSSO Ashley, WIRTZ Andrea L., BEYRER Chris, 2013. *Modified social ecological model: A tool to guide the assessment of the risks and risk contexts of HIV epidemics*, BMC Public Health, vol. 13, n°1, pp. 482–491.
- BBC Afrique, 2023. *Soigner les LGBTQI+ de Côte d'Ivoire*, 1 p.
- COETZEE Bronwyne, KAMPHUIS Nadine, MUNNIK Elmien, KAGEE Ashraf, 2011. *Structural barriers to adherence*, AIDS Care, vol. 23, n°2, pp. 146–151, p. 148.
- CONSEIL DE L'EUROPE, 2024. *Personnes LGBTI en Europe*, 5 p.
- EGALITÉ FEMMES-HOMMES, 2022. *Accès à la santé des personnes LGBT+*, 1 p.

FAY Heather, BARAL Stefan, TRAPENCE Gift, MOTIMEDI Felix, UMAR Eustace, IIPINGE Sarafina, BEYRER Chris, 2011. *Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana*, AIDS and Behavior, vol. 15, n°6, pp. 1088–1095.

FÉDÉRATION PRISME, 2023. *Formation et santé LGBTQIA+*, 3 p.

GLOBAL CLASH, 2021. *World Values Survey – Homonegativity and religion*, SpringerLink.

GROSSO Ashley, KETENDE Sosthenes, DAM Katrien, PAPWORTH Elizabeth, OUEDRAOGO Hippolyte, BARAL Stefan, 2012. *Prevention and treatment needs of men who have sex with men in Côte d'Ivoire: Results from a qualitative study*, AIDS Care, vol. 24, n°2, pp. 233–240.

HARDON Anita P., AKKERMAANS Teun, SCHUURMAN Jorien, 2007. *Hunger, waiting time and transport costs*, AIDS Care, vol. 19, n°5, pp. 658–665, p. 660.

INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE (IReSP), 2023. *Services de santé auprès des minorités LGBT*, 10 p.

JIN Hua, YANG Ying, ZHAO Yan, ZHANG Lei, 2021. *Epidemiological overview of HIV among key populations*, Journal of the International AIDS Society, vol. 24, supplément 3, e25716.

KOUAKOU TEHUA Pacôme, 2017. *Idéologies et terminologies associées à l'homosexualité chez les populations de Bouaké, Côte d'Ivoire*, European Scientific Journal, vol. 13, n°32, pp. 153–164.

KWAK Jiyeon, KIM Daehee, 2019. *Homophobia among nursing students: The role of religion*, Journal of Advanced Nursing, vol. 75, n°10, pp. 4687–4694.

LOGIE Carmen H., JAMES Loletta, THARAO Wangari, LOUTFY Mona R., 2012. *HIV, gender, race, sexual orientation, and intersecting stigmas: A framework for research*,

intervention, and advocacy, Journal of the International AIDS Society, vol. 15, n°3, p. 709–715.

MBEDA Charlotte, MURPHY Ryan, ADAMS Deanna, MUGYENYI Priscilla, WIRTZ Andrea, 2020. *Healthcare-related stigma among MSM and TGW in sub Saharan Africa*, AIDS Care, vol. 32, n°8, pp. 1052–1060.

MSOSA Allan, 2019. *Why homosexuality is still taboo in many African countries*, DW News.

MURRAY Laura , SEMRAU Katherine, MCKAY Christina, AOYAMA Ayako, THEA Donald, BOLTON Paul, 2009. *Barriers to acceptance of HIV care in Zambia*, AIDS Care, vol. 21, n°1, pp. 78–86, p. 79.

OBSERVATOIRE SIDA & SEXUALITÉS, 2024. *Health 4 LGBTI*, IV p.

POTEAT Tonia, GERMAN Danielle, FLYNN Chris, 2017. *The Role of Stigma and Discrimination in Increasing the Vulnerability of Transgender Women to HIV*, Journal of the International AIDS Society, vol. 20, n°1, pp. 1–5.

PSYCOM, 2025. *La santé mentale des LGBTQ+*, 12 p.

REEVES Patricia, SIBANDA Thabo, CHIKWANDI Tafadzwa, NKOMO Dudu, 2025. *Enablers and inhibitors in LGBTQ+ HIV care: an African perspective*, Discover Public Health, vol. 7, n°1, art. 7.

RELIGIOUS CLIMATE STUDY, 2022. *Religious climate and health risk behaviors in sexual minority youths*, PMC 3489382.

RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE, INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, 2021. *Rapport Général de la Population et de l'Habitat (RGPH)*. [https://www.ins.ci/RGPH2021/RESULTATS%20DEFINITIFS RP21.pdf](https://www.ins.ci/RGPH2021/RESULTATS%20DEFINITIFS%20RP21.pdf)

SANTÉ ACADEMIE, 2025. *Soins trans : généralistes & formation*, 4 p.

SPIRE Bruno, LAMBERT Guillaume, HASSAN Najib, 2022.
ANRS CohMSM PrEP: socio-economic factors limit adherence,
AIDS Behavior, vol. 26, p. 15.