

Université d'Abomey-Calavi (UAC)



Faculté Des Lettres, Arts et Sciences Humaines (F.L.A.S.H.)

Institut de Psychologie et des Sciences de l'Éducation (DPSE)

MEMOIRE DE MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

OPTIONS : PSYCHOLOGIE DE LA VIE SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

DIFFICULTES PSYCHOSOCIALES DES CELIBATAIRES SEROPOSITIFS SUR LE SITE DE PRISE EN CHARGE DE BETHESDA

Soutenu publiquement le 24 février 2016 par :

Chantale Patricia Hounlomè AGBADI

Sous la Direction de :

Dr. Modeste OGNIN

Année académique : 2015-2016

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
RESUME.....	viii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION	3
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	6
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE.....	7
CHAPITRE II : CADRE PHYSIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE	19
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE : PRESENTATION, INTERPRETATION DES RESULTATS, DISCUSSION, VERIFICATION DES HYPOTHESES ET SUGGESTIONS	35
CHAPITRE III : CADRE PRATIQUE : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS	36
CHAPITRE IV : DISCUSSION, VERIFICATION DES HYPOTHESES ET SUGGESTIONS	51
CONCLUSION.....	59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	61

IN MEMORIAM

A mon feu père Mèdévo H. AGBADI.

DEDICACE

♥ *A ma très chère et bienveillante mère, H. Laly HONFO,
pour l'amour qu'elle m'a toujours donné,
son soutien indéfectible et ses sages conseils.*

Je l'aime.

♥ *A ma très chère amie et sœur Adeline GOTOHN,
pour sa disponibilité, son aide et ses précieux conseils.*

Je lui en suis très reconnaissante.

REMERCIEMENTS

Ce mémoire est le résultat de nombreux échanges scientifiques et de collaboration avec des personnes, auxquelles j'aimerais ici exprimer toute ma reconnaissance pour le précieux rôle qu'elles ont eu à jouer.

Je tiens à remercier le Dr. **Modeste OGNIN**, qui, malgré ses multiples occupations, a accepté de diriger ce travail. Ses précieux conseils et observations m'ont été d'une utilité décisive dans la conduite du travail.

Je rends hommage à tout le corps professoral du Département de Psychologie et des Sciences de l'Education pour avoir assuré ma formation.

Mes remerciements vont aussi à :

- ☞ Tous les Professeurs du membre du jury, pour leur disponibilité et leur accompagnement ;
- ☞ Mes frères et sœurs **AGBADI**, pour leurs soutiens moral et financier et pour les longs moments passés ensemble. Profonde gratitude.
- ☞ Père **François AGBADI**, pour ses sages conseils et son accompagnement spirituel ;
- ☞ Monsieur **Germain DADOTE**, pour son soutien moral et financier ;
- ☞ Monsieur **Fortuné HOUENON**, pour son assistance morale et scientifique ;
- ☞ Monsieur **Maurice GOTOHN YEHOUESSA**, qui a accepté apporter son grain de sel à ce mémoire avec toutes les rigueurs morale et scientifique ;
- ☞ Mon amie Mademoiselle **Marie-Constance KOHOUNKO**, pour son soutien moral et financier ;
- ☞ Tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué de diverses manières à la réalisation de ce mémoire.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge et le sexe	36
Tableau II: Répartition du personnel soignant par sexe et par qualification....	45
Tableau III: Fréquence de réception en consultation des célibataires séropositifs par le personnel soignant.	46

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Répartition des patients selon la nationalité.....	37
Figure 2: Répartition des patients selon l'existence de partenaire ou non lors du dépistage.....	38
Figure 3: Répartition des patients enquêtés selon l'influence de la séropositivité sur leur relation.....	39
Figure 4: Répartition des patients enquêtés selon leur perception du VIH	41
Figure 5: Répartition des patients enquêtés selon leur état de quiétude.....	42
Figure 6: Répartition des patients enquêtés suivant la fréquence de la tristesse .	42
Figure 7: Répartition des patients selon le désir d'avoir des enfants	44
Figure 8: Répartition des patients enquêtés selon le statut sérologique du partenaire souhaité	45
Figure 9: Répartition des soignants selon les manières d'expression du besoin de fondation de foyer par les patients	47

LISTE DES ENCADRES

Encadré n°1 : Raison de non partage de statut sérologique	38
Encadré n°2 : Raisons de perte de motivation pour la recherche de partenaire	40
Encadré n° 3 : Réaction des patients lors de l'annonce du statut positif au VIH	43
Encadré n°4 : Propos des patients concernant le vécu de la maladie	43
Encadré n°5 : Obstacles à la satisfaction du besoin de fondation de foyer des patients selon le personnel soignant	47
Encadré n°6: Impact de l'insatisfaction du besoin de fondation de foyer sur l'observance et le comportement sexuel	48
Encadré n°7: Impact de la prise en charge du besoin de fonder un foyer sur la transmission du VIH dans la population	50

SIGLES ET ACRONYMES

ARV	Anti-Rétro-Viral
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida
FSS	Faculté des Sciences de la Santé
GIP-ESTHER	Groupement Inter-Publique / Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau
HCR	Haut Commissariat des Réfugiés
IBA-ARV	Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux
IITA	Institute International of Tropical Agriculture
MDEF/MS	Ministère du Développement de l'Economie et des Finances / Ministère de la Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations-Unies sur le VIH/sida
PEC	Prise En Charge
PNLS	Plan National de Lutte contre le Sida
PSN	Plan Stratégique National
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine
ReBAP⁺	Réseau Béninois des Associations des PVVIH
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquis
TS	Travailleuses de Sexe
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine

RESUME

Les Personnes Vivant avec le Virus d'Immunodéficience Humaine (PVVIH) célibataires rencontrent des difficultés dans la fondation de foyer. Cela a d'impacts sur eux et sur la population. Pour examiner la situation, la présente étude s'est fixée comme objectif de contribuer à un meilleur accompagnement psychosocial des célibataires séropositifs désireux de fonder un foyer. C'est une étude qualitative et quantitative à visée exploratoire. La collecte des données a été faite par l'entretien semi-directif à l'aide de questionnaires : un à l'endroit des patients et l'autre à l'endroit des prestataires de service. L'échantillon est constitué de 42 personnes dont 32 patients et 12 prestataires de service. L'analyse des données a permis de constater que l'accompagnement des célibataires séropositifs pour la fondation de foyer est indispensable à leur bien-être psychique et social et peut agir sur le taux de nouvelles infections dans la population. Mais les prestataires de soins n'arrivent pas à les satisfaire. Il importe donc de mettre sur place une véritable politique d'accompagnement.

Mots-clés : difficultés, psychosociales, célibataires, séropositifs.

ABSTRACT

Singles living with HIV face difficulty to found their household. This has an impact on the HIV patients and on the population. To examine this situation, the present study aims to understand the impact of the seropositivity on the household foundation for infected single, how patients deal with it and what is its incidence on the prevention of the transmission of HIV. It is qualitative study. Data were collected through questionnaires applied during a semi- structured interview. Data were collected on patients and on medical staff. The analysis of the data shows that the psychosocial coaching of the seropositives on the singles household foundation is necessary for their psychical and social wellness and can influence the proportion of new infection in the population. Nevertheless, the medical staffs are not been able to provide such coaching to all the patients in need. It urges then to set a real coaching politic.

Keywords: difficulties, psychosocial, unmarried, seropositives.

INTRODUCTION

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) représente une grande menace pour l'humanité toute entière. A la fin de 2013, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde est estimé à 35 millions¹. Ce chiffre s'explique par le nombre élevé de personnes nouvellement infectées par le VIH et par l'élargissement considérable de l'accès au traitement antirétroviral, qui a contribué à réduire le nombre de personnes décédées de causes liées au sida. En Afrique subsaharienne où l'on compte toujours la majorité de personnes nouvellement infectées par le VIH, il y a eu 1,5 millions de nouveaux cas en 2013. A ce jour, plus de 9 millions de patients sont sous traitement².

Au-delà des mesures prises pour prévenir la transmission du VIH dans la population, de nombreuses stratégies tant mondiales, régionales que nationales ont été mises en place pour assurer la prise en charge (PEC) des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH). A cet effet, en dehors des soins médicaux, ces PVVIH ont besoin d'assistance aussi bien sur le plan social que psychologique afin de faire face aux conséquences traumatisantes de la maladie. Ces stratégies contribuent à assurer aux PVVIH et aux personnes malades du SIDA, des conditions requises leur permettant de mieux vivre leur séropositivité ou leur maladie³.

Au Bénin, 24 810 des PVVIH ont bénéficié d'une prise en charge en 2013. Le traitement de l'infection à VIH et Sida a démarré à travers l'Initiative Béninoise d'Accès aux Antirétroviraux (IBA-ARV) en 2002. Aujourd'hui, la prise en charge des PVVIH par les ARV se poursuit avec un réel effort de décentralisation, d'intégration et d'amélioration de la qualité des services fournis dans ce cadre. Cet effort se traduit par l'augmentation sans cesse croissante du

¹ ONUSIDA, (2014), Fiche d'information 2014: statistiques mondiales, pp. 1-2.

² Idem. 2 p.

³ UNICEF, (2002), *Les jeunes et le VIH/sida : une solution à la crise*, pp. 13-29.

nombre de sites qui passe, de 59 en 2008 à 82 en 2012, puis à 92 en 2013. Mais au cours de l'année 2013, seulement 83 sites ont offert les services de PEC par les ARV⁴. La prise en charge psychosociale est reconnue comme un point essentiel de la riposte à la pandémie du VIH/Sida.

Avec les progrès thérapeutiques, les taux de mortalité et de morbidité ont considérablement chuté. Cependant, beaucoup d'autres besoins naissent au niveau de ces personnes à savoir : l'insertion dans le milieu professionnel, la réinsertion dans le milieu social, la fondation d'un foyer, le besoin d'avoir une habitation etc. Ces besoins diffèrent d'une personne à une autre. En réalité, les PVVIH sont convaincues de leur longue espérance de vie. Ce qui leur permet de faire des projets de vie. Quant à celui de fonder une famille, elles rencontrent beaucoup de difficultés. Ces difficultés sont liées au fait qu'elles ne sont pas totalement guéries et donc peuvent être toujours source de transmission du virus. C'est ainsi que chez les célibataires séropositifs, naissent des problèmes psychosociaux liés au besoin de fonder un foyer. Ces problèmes mettent en cause la tendance évolutive du VIH et la réduction de ces impacts sur les individus, les familles et les communautés que le nouveau Plan Stratégique National (PSN) a prévu entre 2012-2016. En effet, le PSN s'inscrit dans la stratégie universelle de l'ONUSIDA qui s'est fixé le but suivant : « parvenir à zéro nouvelle infection, zéro décès lié au Sida, zéro discrimination à l'horizon 2015 »⁵. En vue de la réalisation de cette vision du PSN, ces difficultés des célibataires séropositifs méritent d'être prises en compte.

Ce travail qui a pour but d'identifier les difficultés ou problèmes psychosociaux liés à la fondation d'un foyer et de proposer des pistes de meilleure prise en charge des besoins des célibataires séropositifs complète le

⁴ CNLS, (2014), *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/sida au Bénin 2014*, 42 p.

⁵ Cf. PNL, (2012), *Plan départemental d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant des départements de l'Ouémé et du plateau*, Bénin, 49 p.

PSN et se formule comme suit : *Difficultés psychosociales des célibataires séropositifs sur le site de prise en charge de BETHESDA.*

Cette étude est structurée en deux parties dont quatre chapitres. Le premier chapitre prend en compte le cadre théorique. Au deuxième chapitre, le cadre physique et la démarche méthodologique de l'étude sont abordés. La présentation et l'interprétation des résultats font l'objet du troisième chapitre, et le dernier chapitre concerne la discussion, la vérification des hypothèses et les suggestions.

PREMIERE PARTIE :

**CADRE THEORIQUE ET
DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

I- Problématique

Depuis plus de deux décennies, la pandémie du VIH a bouleversé la problématique de la santé publique en général et celle de la procréation en particulier. Dès son apparition, on assiste à la prolifération des programmes et des activités de lutte et de prévention contre ce fléau. Certains d'entre eux se focalisent sur la prise en charge globale (médicale, psychologique, nutritionnelle, éducationnelle, etc.), la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) et d'autres sur la prévention de la transmission du VIH/Sida dans la population en général.

Au Bénin, la politique nationale préconise un test de dépistage volontaire et des sensibilisations périodiques pour toute la population comme moyen pour prévenir la transmission du VIH dans la population. Aujourd'hui, dans toutes les communes du Bénin se trouvent des hôpitaux et des centres de santé où se font la prise en charge des PVVIH/Sida et la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME).

Au cours de notre passage dans le Groupement Inter-Public Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière en Réseau (GIP-ESTHER), il est remarqué lors des entretiens individuels que certaines PVVIH qui suivent le traitement antirétroviral formulent le besoin de fondation d'un foyer et celui d'être parent. Souvent, ces personnes ne tardent pas à fondre en larmes en disant qu'elles rencontrent et/ou rencontreront toutes les difficultés du monde pour satisfaire ce besoin. D'autres, reçus pour des cas de mauvaise observance disent : "A quoi bon de suivre un traitement pour survivre si l'on a perdu l'amour de sa vie " ? Aussi, existe-t-il des PVVIH qui prétendent contaminer par voie sexuelle d'autres personnes tant qu'elles n'arriveront pas à fonder un foyer.

Tout ceci explique les fortes pressions sociales et psychiques auxquelles les PVVIH sont soumises. Ce qui occasionne chez ces personnes des crises

aiguës traduites par des angoisses et des dépressions, voire l’envie de suicide. Ces pressions peuvent aussi raviver de vieilles plaies mal cicatrisées ainsi que des conflits⁶.

Face à cette situation et les efforts que l’Etat béninois et ses partenaires internationaux fournissent en matière de santé pour le mieux-être des PVVIH et la réduction du taux de nouvelles infections à VIH/Sida dans la population, une série de questions surviennent : quelles sont les difficultés psychosociales liées à la sérologie positive chez les célibataires désireux de fonder un foyer ? Les prestataires de soin arrivent-ils à percevoir ce besoin des célibataires séropositifs et à les accompagner dans ce domaine ? Quelles sont les conséquences de l’insatisfaction du besoin de fondation de foyer des célibataires PVVIH ? Pour répondre à ces différentes interrogations, les objectifs et hypothèses suivants sont formulés.

1.1 Objectifs et hypothèses de recherche

1.1.1 Objectif général

Contribuer à un meilleur accompagnement psychosocial des célibataires séropositifs désireux de fonder un foyer.

1.1.2 Objectifs spécifiques

- ✓ Identifier les problèmes psychologiques et sociaux éprouvés par les célibataires séropositifs du site de prise en charge de BETHESDA désireux de trouver un(e) conjoint(e) ;
- ✓ Evaluer les réponses apportées par le personnel soignant aux problèmes psychologiques et sociaux des célibataires séropositifs désireux de fonder un foyer ;
- ✓ Déterminer des stratégies à mettre en œuvre pour une meilleure prise en charge des besoins psychologiques et sociaux des célibataires séropositifs désireux de fonder un foyer.

⁶ Cf. Adjallala F. et Houénon F., (2009), *Problématique de prise en charge du vécu et des besoins psychologiques des PVVIH au sud du Bénin*, mémoire de maîtrise en psychologie à l’Université d’Abomey-Calavi, 83 p.

1.1.3 Hypothèse générale

Accompagner les célibataires séropositifs à s'engager dans la vie conjugale participe à l'amélioration de leur qualité de vie et à la prévention de la transmission du VIH dans la population.

1.1.4 Hypothèses spécifiques

- ✓ Les célibataires séropositifs éprouvent d'énormes problèmes psychosociaux pour fonder un foyer ;
- ✓ La fondation de foyer par les célibataires séropositifs est un besoin très important qui préoccupe aussi le personnel soignant ;
- ✓ Il existe des stratégies pouvant faciliter la prise en charge des besoins psychosociaux des célibataires séropositifs désireux de fonder un foyer.

II- Clarification conceptuelle

Comme nous l'apprend Madeleine Grawitz, « l'ambiguïté des termes empruntés le plus souvent au langage courant, gêne le chercheur qui se croit alors justifié d'utiliser des définitions personnelles. Chacun ayant les siennes, la nécessité de définir les concepts pour qu'ils jouent leur rôle d'agent communicateur devient impérieuse »⁷. Pour ce qui concerne le présent sujet, les concepts suivants méritent d'être élucidés. Ces concepts ne figurent pas tous dans le libellé du sujet mais sont nécessaires pour une bonne compréhension de ce dernier.

➤ Difficultés Psychosociales :

Selon le dictionnaire électronique *Encarta* 2009, difficulté est un obstacle à l'action que l'on se propose d'entreprendre. L'adjectif « psychosocial : est ce qui concerne à la fois la psychologie individuelle et la vie sociale »⁸. Ici, les difficultés psychosociales sont les perceptions individuelles et les considérations

⁷ M. GRAWITZ, (1996), *Méthode des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 10^e édition, 429 p.

⁸ Larousse, (2012), *le petit LAROUSSE illustré*, Paris, Maury (Malesherbes), pp. 197 et 891.

sociétales qui créent des obstacles au bien-être mental et social des célibataires séropositifs.

➤ Statut sérologique :

Dans l'expression "statut sérologique", il y a le mot sérologie qui n'est rien d'autre que la réponse immunitaire à une infection par la création d'anticorps par l'organisme. La présence d'anticorps spécifiques à une maladie indique que la personne, à un moment donné dans le passé, a été infectée par la maladie. On dit alors qu'elle est séropositive ou a une sérologie positive. Inversement, l'absence d'anticorps indique habituellement que la personne n'a pas été contaminée, elle est dite séronégative⁹.

Le statut sérologique est donc l'état de santé d'une personne par rapport à une infection. Il désigne la présence ou non d'anticorps spécifiques à une maladie dans l'organisme.

Depuis la découverte du VIH, le terme « séropositif » désigne dans le langage courant une personne qui a obtenu un résultat positif à un test de dépistage au VIH¹⁰. Selon le *Guide de prise en charge psychosociale de l'infection à VIH aux Comores*, le séropositif est une personne dont le système immunitaire est plus ou moins affaibli mais son organisme peut encore se défendre contre les infections. Il peut rester en bonne santé pendant des années ou ne présenter que des maladies bénignes¹¹.

➤ Déni:

Le déni vient du verbe dénier qui signifie refuser, contester, s'opposer selon le dictionnaire électronique 36 Dictionnaires et Recueil de Correspondance. En psychologie, le déni est une stratégie de défense qui mène à nier une réalité. C'est une notion théorisée par Sigmund Freud pour désigner la non-considération

⁹ <http://fr.wikipedia.org/wiki/C3/A9rologie>. (Consulté le 06/10/2014)

¹⁰ Idem.

¹¹ PNLS, (2007), *Guide de prise en charge psychosociale de l'infection à VIH aux Comores*, pp. 31-40.

d'une partie de la réalité. Dans la théorie de la psychanalyse, le déni porte autant sur la réalité extérieure perceptive que sur la réalité ou le ressenti interne¹².

L'acte de déni refuse de prendre en charge certaines perceptions : un fragment, éventuellement important, de la réalité, se voit totalement ignoré. La personne qui dénie se comporte comme si cette réalité n'existait simplement pas, alors qu'elle la perçoit. Le déni est aussi la première étape du deuil psychologique¹³.

➤ Décompensation :

Selon le dictionnaire électronique 36 Dictionnaires et Recueils de Correspondance 2004, décompensation est le défaut de compensation dans la régulation des troubles organiques.

En médecine, la décompensation désigne la dégradation, souvent brutale, d'un organe ou d'un organisme qui était jusqu'alors maintenu en équilibre par des mécanismes de compensation qui empêchaient la survenue de ce dérèglement. Ce terme s'applique aussi bien dans un contexte physiologique que psychiatrique.

Selon Jean Bergeret, la structure du psychisme est une organisation profonde et stable. Elle est établie par l'analyse psychopathologique dans une démarche clinique. Il existe trois grands types d'organisation (névrotique, psychotique et perverse). Cette structure du psychisme permet une prédisposition du risque de trouble psychique et de sa forme : elle détermine les modalités de réaction aux événements et aux situations vitales. Elle détermine donc la nature des mécanismes de défense, qui seront les symptômes de la pathologie mentale. Lorsqu'un événement déborde les capacités d'élaboration du sujet, on parle d'un événement "traumatique". Le caractère "traumatique" vient de la nature de cet événement, combinée à l'organisation de la mémoire subjective et à la structure

¹² Cf. www.leconflit.com (Consulté le 06/10/2014 à 9h 42 minutes)

¹³ Bergeret J., (2008), *Psychologie pathologique : théorique et clinique*, Elsevier, Masson, 384 p.

psychique du sujet. Si la combinaison de cet événement et de la structure du sujet entraîne un trouble psychique, on parle alors de décompensation¹⁴.

La structure psychique du sujet détermine donc un potentiel de décompensation.

En psychopathologie, la vulnérabilité correspond au potentiel de décompensation du sujet face aux événements rencontrés : elle reflète son histoire traumatique. Plus le sujet a connu de traumatismes antérieurs, plus il est vulnérable et risque de nouveaux traumatismes : c'est la problématique de la répétition (caractère tragique de la pathologie mentale)¹⁵.

➤ Besoins :

Selon le dictionnaire Le Robert, un besoin est une exigence, une nécessité naturelle¹⁶.

Un besoin est, pour les êtres vivants, une sensation de manque, de privation, d'insatisfaction qui les pousse à accomplir des actes perçus comme nécessaires, voire indispensables. Le but de ces actes est de faire disparaître cette sensation de manque : la satisfaction du besoin¹⁷.

Lacan remarque qu'aucun besoin humain ne peut être séparé de son expression, qui passe toujours par le langage. Le besoin apparaît comme un leurre où vient se prendre la demande¹⁸.

Le psychologue Abraham Maslow a élaboré une théorie de pyramide des besoins. Cette pyramide est composée de cinq niveaux que sont : besoins physiologiques, besoins de sécurité, besoins d'amour, besoins d'estime et besoins d'accomplissement personnel¹⁹.

Le besoin dont il s'agit dans notre travail est essentiellement le besoin d'amour. Pour Abraham, il est question du besoin de communication et

¹⁴ Cf. Idem.

¹⁵ Cf. <https://fr.m.wikipedia.org> (Consulté le 06/10/2014 à 11h 05 minutes).

¹⁶ Cf. Le Robert, (2014), *Dictionnaire de français*, Paris, Maury (Malesherbes), 44 p.

¹⁷ <http://www.larousse.fr/encyclopédie> (Consulté le 06/10/2014 à 9h 30 minutes).

¹⁸ Idem.

¹⁹ Cf. <https://fr.m.wikipedia.org> (Consulté le 06/10/2014 à 11h 15 minutes).

d'expression, d'appartenance à un groupe. Ce besoin d'intégration dans le lien social va de pair avec le besoin de reconnaissance et de considération. Le besoin d'amour doit pouvoir être mis en considération. Ce besoin passe par le besoin d'aimer, d'être aimé, de former un couple. Il trouve sans doute ses sources dans le comportement atavique qu'est l'attitude grégaire de l'être humain²⁰.

➤ Risque :

Les définitions du mot risque qu'on retrouve dans les dictionnaires de base insistent sur la notion de « danger éventuel, plus ou moins prévisible »²¹.

Il existe différentes classifications des risques. Certaines clarifications abordent les risques liés aux activités industrielles, environnementales et sociales. D'autres abordent principalement les risques liés aux comportements individuels et sociaux.

Les sciences humaines apportent d'autres dimensions. La psychologie ne parle pas de risque, mais de « personne à risque », c'est-à-dire d'un individu qui présente une fragilité particulière susceptible de compromettre sa survie ou de lui causer des troubles biologiques et mentaux. De cette vision apparaît notamment la notion de « risque subjectif » qui est l'estimation personnelle du risque par l'individu qui accomplit l'action et qui est fonction, de son environnement social. La « perception du risque » est un élément influençant le risque subjectif, car il consiste à construire une signification à la réalité, à lui donner un sens. La sociologie tient compte de la dimension sociale de l'individu et du rôle des facteurs sociaux, du cadre de vie et de la pression sociale qui sont également des éléments importants dans la prise en compte systémique des risques dans la décision individuelle²².

Les risques liés aux comportements individuels et sociaux sont pris en compte au niveau de la santé publique. Parmi ceux-là, se trouvent les comportements à risque de sida. Selon l'ONUSIDA, le risque est la probabilité pour une personne

²⁰ Idem.

²¹ Cf. Le Robert, (2014), *Dictionnaire de français*, cit. 398 p.

²² COPPIERTERS Y., PARENT F., LAGASSE R., PIETTE D., (2004), *Evaluation des risques, une approche pluridisciplinaire en santé publique*, Vol 3, N° 1.

de contracter l'infection par le VIH. Les comportements qui créent, majorent et perpétuent le risque sont : les rapports sexuels non protégés avec un partenaire dont le statut sérologique est inconnu, le multi partenariat sexuel sans protection²³.

➤ Prise en charge psychosociale :

A première vue, dans l'expression « prise en charge », on voit le substantif "prise" qui dérive du verbe prendre. Selon le Dictionnaire le Robert, cette expression a le sens de prendre quelqu'un sous sa responsabilité, d'assurer son entretien, ses dépenses²⁴. Dans ce contexte, elle a une connotation financière.

Au sens strict, la prise en charge est l'ensemble des procédés, des stratégies qu'utilise une personne, une institution pour satisfaire les besoins de quelqu'un ou d'un groupe.

Contrairement à cette définition, la « prise en charge psychosociale » est le soutien porté au patient sur le plan psychologique et social dans son processus de traitement. C'est cette définition qui est retenue pour ce travail.

➤ Site de prise en charge :

C'est l'espace hospitalier où les personnes vivant avec le VIH bénéficient d'un traitement médical et d'un accompagnement psychologique et social.

➤ Accompagnement :

L'accompagnement est l'action ou le fait d'accompagner. Selon le dictionnaire le petit Larousse, à première vue, « accompagner » signifie aller quelque part avec quelqu'un ; conduire ou escorter. Dans un second sens, cela veut dire assister ou aider quelqu'un²⁵.

²³ Cf. ONUSIDA, (2008), *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, 65 p.

²⁴ Cf. Le Robert, (2014), *Dictionnaire de français*, cit. 69 p.

²⁵ Larousse, (2012), *le petit LAROUSSE illustré*, cit. 9 p.

Ici, l'accompagnement est constitué d'un ensemble de comportements et de conduites, étayés par des savoirs, théoriques et pratiques, constituant un type de professionnalité²⁶.

Dans ce sens, l'accompagnement est ce qui relève d'une action ayant pour objectif premier de porter attention à une personne. Cette attention n'a pas nécessairement une finalité éducative, ni formative. Elle cherche principalement à ce que la personne se sente considérée, prise en compte et nullement abandonnée. L'accompagnement consiste parfois à simplement indiquer la présence d'une écoute. Dans la trajectoire de l'accompagnement d'une personne, savoir que cette présence existe suffit parfois à dépasser un moment d'incertitude, de difficultés²⁷.

Le but de l'accompagnement est de permettre à une personne de communiquer ses opinions, ses souhaits : construire des projets et prendre des décisions qui la concernent.

L'accompagnement est défini comme une intervention visant à «soutenir les patients pour les aider à maintenir ou améliorer leur potentiel de santé et leur qualité de vie »²⁸

III- Revue de littérature

Bon nombre d'auteurs se sont intéressés à la prise en charge des PVVIH tant dans le monde qu'au Bénin. Ils ont traité plusieurs thèmes dans ce domaine et ont abordé des paramètres concernant les différents besoins éprouvés par les PVVIH en général.

Abordant la question de la prise en charge psychosociale, les chercheurs Zongo, Capo-Chichi, Gandaho, et Coppieters ont trouvé que le soutien psychologique, social et spirituel peut atténuer la perception de la relation de causalité inéluctable entre l'infection par le VIH et le décès. Il peut également

²⁶ Cf. Ardoino J., (2012), *De l'accompagnement en tant que paradigme*, Association ABREASS/ Contrepoint N°2 : « Accompagner. Ethiques et fondement du travail social », 7 p.

²⁷ Idem, 2 p.

²⁸ Saout C., Charbonnel B., Bernard D., et al (2010), Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique, dans *Quel besoins éducatifs pour des personnes vivant avec le VIH depuis plus de 10 ans?*, Art EDP Sciences SETE, 52 p.

favoriser une meilleure intégration dans la société. Aussi, l'une des raisons majeures de la propagation de l'infection est la peur de révéler sa sérologie positive à son entourage. La forte connotation sexuelle inhibe toutes les tentatives de partage de l'information²⁹. Or, ce partage de statut est important.

Comme l'assure Akakpo dans son mémoire de maîtrise, la maîtrise des facteurs psychosociaux est un enjeu majeur du succès thérapeutique³⁰.

Dans son ouvrage *Prise en charge des personnes infectées par le VIH – Recommandation du groupe d'experts*, Delfraissy pense qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie des personnes séropositives sous traitement, le désir de fonder une famille voit de plus en plus le jour et est très souvent exprimé³¹. Par ailleurs, Adjallala et Houénon, dans leur mémoire de maîtrise ont trouvé que l'insatisfaction de ce désir chez la PVVIH génère une angoisse et des troubles psychologiques qui peuvent retentir sur la qualité de vie de l'individu et son entourage.³²

Dans une étude réalisée en Suisse par les chercheurs Meysttre-Augustoni, Thomas, Häusermann, Chollet-Bornand, Durbois-Arber, et Spencer, il a été souligné que la rencontre de nouveaux partenaires confronte les personnes séropositives à la question de l'annonce de leur statut sérologique. Cette révélation constitue un moment particulièrement pénible. Elle met en lumière des dimensions de la personne infectée qui, pense-t-elle, vont la faire apparaître moins séduisante et compromettre d'emblée l'avenir de la relation³³.

Par leur réflexion sur *les besoins éducatifs pour des personnes vivant avec le VIH*, le chercheur Communier et ses collaborateurs ont montré que les besoins

²⁹ Cf. Zongo M., Capo-Chichi J., Gandaho P. et Copppieters Y., (2009), *Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin*, Article/6- vol. 21, pp. 631 – 639.

³⁰ Akakpo E. J. C. A., (2009), *Les déterminants de l'observance à la trithérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH à Cotonou*, Bénin, mémoire de maîtrise en épidémiologie au département de médecine sociale et préventive à l'université Laval de Québec, 42 p.

³¹ Cf. Delfraissy J., (2002), *Prise en charge des personnes infectées par le VIH – Recommandation du groupe d'experts*, Paris : Ministère Français de la Santé et des Sports. 52 p.

³² Adjallala F. et Houénon F., (2009), *Problématique de prise en charge du vécu et des besoins psychologiques des PVVIH au sud du Bénin*, mémoire de maîtrise en psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi, cit., 85 p.

³³ Cf. Meysttre-Augustoni G., Thomas R., Häusermann M., Chollet-Bornand A., Durbois-Arber F., Spencer B., (1998), *la sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida*, raison de santé 17- Lausanne, 48 p.

ressentis par les PVVIH concernent essentiellement des domaines psychosociaux (relation patient-médecin, perception de la maladie, de son évolution et des effets des traitements, discrimination et stigmatisation ressentis), affectifs (rencontrer un compagnon, avoir des enfants) et sociaux (éviter la précarité sociale, s'investir pour les autres). Les résultats de leur étude montrent que, les patients célibataires, quelle que soit leur histoire personnelle, ont exprimé des difficultés à trouver un compagnon ou une compagne "qui soit prêt à affronter les peurs liées au VIH". L'annonce de la séropositivité fait parfois fuir leur partenaire³⁴.

Ensuite, Zongo, dans sa thèse de doctorat, aborde la question en soulignant que du fait de sa transmission par voie sexuelle et de la mère à l'enfant (surtout dans les pays en développement) l'infection par le VIH a été considérée pendant longtemps comme une "barrière sérieuse" à la procréation. En raison du risque élevé de transmission, la sexualité devenait "dangereuse" limitant, voire rendant impossible l'accès à la parentalité chez les personnes séropositives³⁵.

Dans la riposte mondiale au VIH/sida : *Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel*, un rapport de situation 2011, l'ONUSIDA aussi explique que des données de plus en plus nombreuses rapportent qu'au fur et à mesure qu'évoluent les épidémies principalement hétérosexuelles, des proportions croissantes de personnes nouvellement infectées par le VIH vivent au sein des couples sérodiscordants (quand un des deux partenaires est infecté par le VIH) et cohabitent avec leur partenaire, et que la transmission du VIH est en augmentation dans les relations de longue durée.

³⁴ Cf. Communier A., Sadki R., Sommerlatte E. et Gagnayre R., (2010), *Quels besoins éducatifs pour des personnes vivant avec le VIH depuis plus de 10 ans ?*, Article EDP Sciences SETE, pp. 56-57.

³⁵ Zongo S., (2012), *Procréer en temps d'infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina-Faso)*, Thèse de doctorat en anthropologie à AIX-MARSEILLE
UNIVERSITE, 60 p.

Dans nombreux de ses couples sérodiscordants, les conjoints n'ont pas connaissance du statut sérologique de leur partenaire³⁶.

Ces nombreuses réflexions ont été menées sur les PVVIH au Bénin et dans le monde. Certaines d'entre elles ont abordé les différents besoins ressentis par ces personnes et leur qualité de vie. Cependant, au Bénin, peu de renseignements concernant les problèmes rencontrés (les aspects qualitatifs de la vie psycho-affective des PVVIH) par les célibataires séropositifs pour fonder une famille sont disponibles. Et ce volet n'est pas pris en compte dans les programmes de prise en charge. C'est la raison d'être du présent travail qui se propose d'aborder la question de manière plus spécifique.

³⁶ ONUSIDA, (2011), *La riposte mondiale au VIH/sida le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel*, 20 avenue Appia 1211 Genève 27, 26 p.

CHAPITRE I : CADRE PHYSIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE

I- Cadre physique de l'étude

L'étude a été réalisée dans la ville de Cotonou, plus précisément à l'hôpital de l'ONG BETHESDA. Cet hôpital est situé dans le 8^{ème} arrondissement de Cotonou dans la zone sanitaire de Cotonou V. Il se trouve dans la Von de l'Office des Postes et Télécommunications (OPT) de WOLOGUEDE à gauche en quittant le carrefour « TOTAL » en direction de la Mairie de Cotonou.

1.1 Historique de l'ONG BETHESDA

La crise socio-économique sans précédent des années 80 a entraîné une souffrance terrible pour les populations, car l'Etat ne parvenait plus à offrir des services socio-communautaires de base. C'est ainsi, que le département santé fut le premier des trois départements de l'ONG BETHESDA à être créé avec pour démarrage effectif de ses activités le lundi 19 février 1990. L'ONG BETHESDA est une organisation confessionnelle, apolitique et à but non lucratif, créée par les Églises d'obédience Protestantes et Évangéliques du Bénin. Elle a pour vision la promotion des actions de développement, le bien-être mental, physique, social et spirituel des communautés à travers des activités de santé et de développement communautaire. Elle est régie par la loi de 1901 ; elle est officiellement reconnue sous le numéro 2002/366/MISD/DC/SG/DAI/SAAP-ASSOC de 09 Béninois par le décret N° 2008-278 du 19 Mai 2008.

Au fil des ans, l'Hôpital BETHESDA dont le but est d'assurer la santé de l'Homme surtout des populations défavorisées dans toutes ses dimensions : corps, âme et esprit par la promotion de l'approche médico-pastorale, a fortement renforcé ses capacités de prise en charge des patients par la diversification de ses

activités. Sa devise est de rendre un témoignage chrétien à travers des soins de qualité à un coût réduit et accessible.

L'organigramme de l'ONG BETHESDA est présenté en annexe (annexe1).

1.2 Service de la Médecine Générale

L'hôpital de l'ONG BETHESDA dispose de quatorze services qui sont supervisés par le Directeur. Comme le présente l'organigramme (voire figure 1 en annexe), le Service de la Médecine Générale en est le quatrième. Il compte dix-huit (18) agents que sont :

- le Chef service ;
- cinq Médecins généralistes et un Interniste;
- quatre Infirmiers ;
- huit Aides-soignants.

Il abrite un site de prise en charge des PVVIH et est fréquenté par un nombre important de patients. Ce site de PEC a pour mission de prendre en charge les personnes vivant avec le VIH/Sida et personnes atteintes de la tuberculose par l'administration de soins et la dispensation des médicaments. En ce qui concerne les PVVIH, ils bénéficient des soins pour leur prise en charge médicale et psychosociale de la part des agents médicaux, d'une part, des agents paramédicaux que sont les conseillers psychosociaux et les psychologues, d'autre part.

A ce stade, il importe de donner quelques renseignements généraux sur le VIH avant de présenter notre démarche méthodologique.

II- Historique et généralités sur le Virus d'Immuno-déficience Humaine (VIH)

2.1 Historique du VIH

Le VIH est le microbe qui donne le SIDA (Syndrome d'Immuno-déficience Acquisée). Ce virus est transmissible par trois voies principales qui sont la voie sanguine, la voie sexuelle et la transmission mère-enfant. Ainsi, il y a des conditions nécessaires pour la transmission du VIH : la présence d'un liquide contenant le virus (sang, sperme, liquide pré-séminal, sécrétion vaginale ou lait maternel) et la possibilité d'une porte d'entrée (l'injection, ou le contact du liquide contaminant avec une muqueuse ano-rectale et vaginale, buccale, nasale, la paupière oculaire, gland, urètre). Dans la population en général, ce virus est souvent transmis par la voie sexuelle³⁷.

Il existe deux types de VIH : le VIH-1 et le VIH-2. Plusieurs variantes dans chaque type sont réparties en fonction des régions géographiques. Le VIH-2 aurait son origine en Afrique de l'Ouest (précisément à Dakar en 1985) et serait moins transmissible et moins virulent que le VIH-1³⁸ qui a été découvert pour la première fois en Amérique³⁹.

2.2 Epidémiologie du VIH dans le monde, en Afrique de l'ouest et au Bénin

2.2.1 Epidémiologie du VIH dans le monde et en Afrique

En 2013, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde est estimé à 35 millions dont 3,2 millions d'enfants de moins de 15 ans. On estime à 2,1 millions le nombre de nouvelles infections, dont 240 000 chez les enfants de moins de 15 ans et le nombre de personnes décédées de causes liées au sida à 1,5 millions⁴⁰.

³⁷ Cf GIP-ESTHER, (2011), *Manuel du médiateur pour l'accompagnement psychosocial des PVVIH*, Bénin, 4 p.

³⁸ Cf. Levy J., (2009), *HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges*, Aids, pp. 47-60.

³⁹ Plantier J. C., (2012), *Origine et évolution de la diversité génétique des VIH*, 6 p.

⁴⁰ ONUSIDA, (2014), *fiche d'information 2014 : statistiques mondiales*, cit., 7 p.

Le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH continue à diminuer dans le monde, mais il y a des variations considérables entre les régions.

L'Afrique subsaharienne est la région où vivent la majorité des PVVIH et des personnes nouvellement infectées. Cette région regorge 1,5 millions de personnes nouvellement infectées en 2013, soit environ 70 % du nombre de personnes nouvellement infectées dans le monde⁴¹.

En effet, le nombre de personnes décédées de causes liées au sida a commencé à baisser dans les années 2005 et 2006 en Afrique Subsaharienne, en Asie du Sud et du Sud-est et dans les Caraïbes et a continué à diminuer par la suite. Les décès évités se retrouvent en grande majorité en Afrique Subsaharienne. Le nombre total de personnes vivant avec le VIH est donc en augmentation dans cette région ; il a atteint 24,7 millions en 2013 dont 58 % de femmes⁴².

Cependant, les régions et les pays ne suivent pas tous ces tendances générales ; le nombre annuel de personnes nouvellement infectées par le VIH a augmenté au Moyen-Orient et en Afrique du nord, passant de 43000 en 2001 à 230000 en 2013. Après avoir considérablement diminué au début des années 2000, l'incidence de l'infection par le VIH en Europe orientale et en Asie centrale connaît une recrudescence depuis 2008.

De la même manière, les tendances de décès liés au sida ont augmenté de plus de 10 fois entre 2001 et 2010 en Europe orientale et en Asie centrale, de 60% au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, et ont plus que doublé en Asie de l'Est⁴³. Ceci montre l'importance de réflexion continue sur tous les aspects concernant la riposte du VIH malgré la diminution de l'effet de l'épidémie.

⁴¹ Idem. pp. 2-7.

⁴² Idem. 2 p.

⁴³ ONUSIDA, (2011) : *La riposte mondiale au VIH/sida le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel*, 20 avenue Appia 1211 Genève, pp. 19-27.

2.2.2 Etat de l'épidémie en Afrique de l'Ouest

Bien qu'en Afrique de l'Ouest la prévalence du VIH soit plus faible, elle atteint des proportions élevées dans certaines populations cibles comme les personnes ayant de multiples partenaires, les travailleuses de sexe (TS) et leurs clients et les utilisateurs de drogues. La prévalence du VIH chez les TS est 5 à 10 fois plus élevée que dans la population générale. Les TS et leurs clients constituent les groupes majeurs de transmission⁴⁴. Près de 10 % des nouvelles infections résultent du commerce du sexe. Les nouvelles infections dues à la consommation de drogues injectables et aux rapports sexuels entre hommes semblent représenter 10 à 15 % du total des nouvelles infections⁴⁵. Les clients des TS sont considérés comme "population passerelle" étant donné qu'ils ont des relations sexuelles avec des femmes à hauts risques et avec d'autres (leur(s) femme(s) ou autres partenaires) à moindres risques⁴⁶.

2.2.3 Situation épidémiologique du VIH au Bénin

Au Bénin, le premier cas de VIH a été décrit en 1985. Dès lors, un système de surveillance nationale basé sur sept sites sentinelles (sept maternités urbaines) a été mis en place dans les services de consultation prénatale⁴⁷. Ce système a permis de suivre l'évolution de l'épidémie jusqu'à ce jour. L'évaluation de ce système suivi de son extension en milieu rural depuis 2002 montre que l'évolution du VIH est stationnaire avec une prévalence qui oscille autour de 2,0% sans différence significative entre les années. La prévalence pondérée en fonction du poids démographique des départements, du type de milieu (urbain et rural) et de l'âge est estimée à 1,9 % selon le rapport de la dernière enquête de

⁴⁴ Cf. Alary M., Mukenge-tshibaka L., Bernier F., Geraldo N., Lowndes C., Meda H., *et al.*, (2009), «decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin», dans *Les déterminants de l'observance à la trithérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH à Cotonou, Bénin*, mémoire de maîtrise en épidémiologie, 9 p.

⁴⁵ ONUSIDA/USAID, (2010), *Nouvelles infections du VIH par mode de transmission en Afrique de l'Ouest : une analyse plurinationale*, pp. 4-5.

⁴⁶ Lowndes C., Alary M., Belleau M., Bosu W., Kintin F., Norom J., (2008), *West Africa HIV/AIDS Epidemiology and Response Synthesis. Characterization of the HIV epidemic and response in West Africa: Implications for prevention: World Bank Global HIV/AIDS Program Report*. dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2008*, 53 p.

⁴⁷ Davo N., Adjovi C., Anagonou S., Foundohou J., Helynck B. et Josse §/R., (1994), *les tendances de l'épidémie du VIH/sida au Bénin (1990-1993)*, Med trop.

sérosurveillance faite en 2011. Le sérotype de VIH isolé est essentiellement le VIH-1⁴⁸.

Depuis 2006, en plus du système de la sérosurveillance, le Bénin organise tous les 3 à 5 ans, une enquête de prévalence du VIH dans la population générale incluant les hommes. Le but est d'obtenir une estimation fiable de la prévalence dans la population générale.

En effet, la prévalence globale de l'infection à VIH n'a pas changé depuis 2002 (1,2 %) selon la dernière Enquête Démographique et de Santé au Bénin faite en 2011-2012. Les résultats de cette enquête indiquent que la prévalence du VIH dans la population âgée de 15 à 49 ans est estimée à 1,2 % dont 1,4 % chez les femmes et 1,0 % chez les hommes. Elle augmente rapidement avec l'âge pour atteindre un maximum à 30-34 ans. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 30 à 34 ans où dans le groupe des femmes, la prévalence est de 2,9 % tandis que chez les hommes elle est de 1,6 %. Ces chiffres, comparables à d'autres ratios trouvés dans des enquêtes similaires, confirment que les femmes sont nettement plus vulnérables que les hommes à l'infection par le VIH⁴⁹.

Au Bénin, comme dans les autres pays de l'Afrique de l'ouest, les travailleuses de sexe (TS) constituent le groupe majeur de la transmission du VIH. Elles sont particulièrement exposées au VIH. La prévalence du VIH dans leur groupe est estimée en 2012 à 20,9 %⁵⁰. Les TS sont contaminées par leurs clients séropositifs. Elles transmettent à leur tour le virus aux clients séronégatifs. La population générale va ensuite être contaminée par ces clients des TS. En effet, la majorité des clients des TS ont des rapports sexuels non protégés avec des partenaires régulières (qui ne sont pas des TS). Les clients des TS sont les relais entre le groupe cible (les TS) et le reste de la population⁵¹.

⁴⁸ MS, (2013), *Annuaire des statistiques sanitaires 2012*, Cotonou, pp. 84-86.

⁴⁹ INSAE, (2013), *Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-IV) 2011-2012*, Ministère des finances et de l'économie, 272 p.

⁵⁰ CNLS, (2014), *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/sida au Bénin 2014*, cit., 22p.

⁵¹ ONUSIDA/USAID, (2010), *Nouvelles infections du VIH par mode de transmission en Afrique de l'Ouest : une analyse plurinationale*, cit.

En 2013, l'effectif total des personnes vivant avec le VIH est environ 73 898 (dont 65 470 adultes âgés de plus de 15 ans et 8 428 d'enfants de 0 à 14 ans)⁵².

2.2.4 Facteurs favorables à l'épidémie du VIH

Un ensemble de facteurs augmentent le risque de l'infection par le VIH. Au nombre de ces facteurs, nous pouvons citer ceux biologiques, socioéconomiques et culturels.

Pour des raisons biologiques, les femmes sont plus sujettes aux infections par le virus du VIH du fait d'avoir des relations sexuelles non protégées. Les femmes ont un espace génital beaucoup plus étendu que celui des hommes, et leur appareil génital conserve pendant longtemps le sperme. Les jeunes femmes sont particulièrement exposées aux risques à cause de la fragilité de leurs parois génitales⁵³.

Sur le plan socioéconomique, les facteurs qui influent sur le risque du VIH et sur la vulnérabilité sont les inégalités de sexe ; les moyens à donner aux femmes et aux filles pour s'assumer, les discriminations, la stigmatisation et l'exclusion sociale. Ces facteurs diffèrent dans leur manifestation, dans leur intensité et dans leur impact selon les régions et au sein des régions ; mais ils sont bel et bien là partout dans le monde, et dans tous les cas, ils empêchent d'opposer à l'épidémie une riposte efficace⁵⁴.

En Afrique Subsaharienne, traditionnellement, les femmes ont des partenaires sexuels plus âgés qu'elles. Avec la propagation de l'épidémie du VIH, beaucoup d'hommes africains recherchent des jeunes femmes et des jeunes filles moins âgées en général en vue de relations occasionnelles non protégées parce qu'une certaine croyance veut que cela réduise leur propre chance

⁵² Cf. CNLS, (2014), *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/sida au Bénin 2014*, cit., 27 p.

⁵³ Glen W., Amanda M. et Tom O., (1998), *Jeunesse, sexualité et VIH/SIDA dans trois pays africains*, pp. 5-7.

⁵⁴ Cf. ONUSIDA, (2008), *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, 20 avenue Appia 1211 Genève, 65 p.

d'attraper le VIH. Cependant, pour une jeune femme, le risque d'attraper le VIH par le biais d'une relation non protégée est plus grand avec un partenaire plus âgé qu'avec quelqu'un de son âge supposé avoir eu moins de partenaires. Mais à cause du niveau de la paupérisation, elles s'adonnent à ces genres de relations pour trouver de quoi survivre.

Sur le plan culturel, il faut noter que dans la plupart des cultures africaines, l'absence d'opportunités économiques en faveur des femmes les rend dépendantes des hommes. Ce qui, en retour, prive une femme de son droit de refuser la relation sexuelle ou de demander à son partenaire des pratiques sexuelles plus sûres comme l'utilisation du préservatif, même si elle sait qu'il a des pratiques sexuelles à haut risque avec d'autres partenaires comme les travailleuses de sexe par exemple.

En somme, les principaux facteurs de risque d'infection par le VIH sont les rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples et la présence d'autres infections sexuellement transmissibles, en particulier les ulcérations génitales causées par le virus de l'herpès simplex de type 2. Des études récentes ont permis d'établir une relation très forte entre le fait d'avoir eu plus d'un partenaire sexuel et le fait de vivre avec le VIH⁵⁵.

Dans le même temps, des données de plus en plus nombreuses rapportent qu'au fur et à mesure qu'évoluent les épidémies principalement hétérosexuelles, des proportions croissantes de personnes nouvellement infectées par le VIH vivent au sein des couples sérodiscordants (quand un des deux partenaires est infecté par le VIH) et cohabitent avec leur partenaire⁵⁶, et que la transmission du VIH est en augmentation dans les relations de longue durée⁵⁷.

L'augmentation de la transmission du VIH dépend de la probabilité d'une contamination sexuelle d'un partenaire non infecté par un sujet séropositif

⁵⁵ Transer F., (2011), «Concurrent sexual partnerships on rate of new HIV infection», dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, cit.

⁵⁶ Guthrie B. L., De Bruyn G. et Farquhar C., (2011) : *HIV-1 discordant couple*, dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, pp. 26-27.

⁵⁷ Cleland J., (2011), «Monitoring sexual behaviour», dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, cit.

comme des modes de comportements sexuels, notamment la fréquence de changement de partenaire qui influe sur le degré d'exposition face aux personnes séropositives⁵⁸.

2.2.5 Prise en charge des PVVIH

La prise en charge des PVVIH se fait aussi bien sur le plan médical que psychosocial.

2.2.5.1 Prise en charge médicale

L'impact des médicaments antirétroviraux sur la prise en charge de l'infection par le VIH a été frappant, les améliorations dans le domaine de la santé s'étant révélées beaucoup plus marquées et durables qu'on ne l'avait prévu lors de l'apparition des trithérapies vers le milieu des années 1990. Les récentes études conduites au Danemark suggèrent qu'un jeune homme dont le VIH vient d'être diagnostiqué pourrait vivre encore 35 années grâce aux médicaments disponibles, ce qui triple l'espérance de vie des PVVIH⁵⁹. Cela fait qu'aujourd'hui, moins de personnes meurent de causes liées au sida et le nombre de personnes vivant avec le VIH augmente au fur et à mesure que s'élargit l'accès au traitement.

Cependant, quelle que soit son efficacité, la thérapie antirétrovirale actuelle, ne permet pas l'éradication du virus de l'organisme⁶⁰. Elle est à vie et implique des facteurs psychosociaux. C'est en cela qu'est nécessaire le soutien psychologique et social.

⁵⁸ Banque mondiale, (2008), *Synthèse de la réponse et épidémiologie du VIH/sida en Afrique de l'Ouest : implication pour la prévention : Rapport du programme de la Banque mondiale*, 39 p.

⁵⁹ Lohse N., (2008), «Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005», dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, cit.

⁶⁰ Girard P. M. et Katlam C., (2009), « VIH 2008 », dans *les déterminants de l'observance à la trithérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH à Cotonou*, Bénin, pp. 10-11.

2.2.5.2 *Prise en charge psychosociale*

Le soutien psychosocial est un élément essentiel du dispositif de soins et d'appui des PVVIH. Sur ce plan, il convient d'apporter à une PVVIH un réconfort moral et mental. Cela consiste à l'aider à gérer la détresse provoquée par la découverte de son infection, à faire face aux conséquences réelles ou supposées liées à l'annonce de sa séropositivité à son entourage, à apprendre à vivre positivement aussi longtemps que possible et à gérer les conditions en phase terminale.

En effet, la découverte de l'infection au VIH par un individu provoque de différentes réactions émotionnelles, passant par le refus, de la colère à l'angoisse, de la culpabilité à la tristesse et jusqu'à la dépression. Des sentiments qui traduisent une seule idée « je suis perdu ». Ce qui rend nécessaire le soutien psychologique de la PVVIH pour l'aider à s'accepter, adopter une attitude positive envers elle-même et avoir un regard positif sur la vie.

Aussi, importe-t-il de l'assister pour une bonne observance du traitement antirétroviral. Car, cela est nécessaire pour atteindre et maintenir une efficacité thérapeutique. Cette assistance implique le soutien familial.

L'équilibre retrouvé sur le plan physique et psychique et la captation des progrès scientifiques sur la réduction du risque de la transmission du virus à l'enfant favorisent la formulation de projets de vie dans lesquels la procréation et la vie de couple occupent une place de choix⁶¹.

Par ailleurs, la prise en charge psychosociale des PVVIH au Bénin inclut l'appui nutritionnel. Ceci est fait par des ONG ou associations qui soutiennent ces personnes.

En somme, l'infection par le VIH se fait essentiellement par échange de sang de quelque nature que ce soit, entre une personne infectée et une personne non infectée. Cette épidémie touche le monde entier, mais l'Afrique

⁶¹ ZONGO S., (2012), *Procréer en temps d'infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina-Faso)*, cit.

subsaharienne est la région la plus touchée bien qu'il ait des variations considérables au niveau des sous-régions et des pays. Le Bénin fait partie des pays de l'Afrique de l'Ouest où la prévalence est faible. Mais cette prévalence atteint des pics considérables dans des groupes cibles comme les travailleuses de sexe.

III- Démarche méthodologique

Cette étude est de nature qualitative et quantitative. Il s'agit d'une recherche exploratoire, auprès des prestataires de soins et des PVVIH sur le site de PEC de l'hôpital BETHESDA. Elle a pour but principal de décrire les problèmes auxquels sont confrontés les célibataires séropositifs en quête d'un conjoint. Les comportements de prévention et les expositions aux risques qui constituent un pôle d'intérêt de la santé publique sont replacés dans leur contexte psychologique et social. Le choix nous a permis d'obtenir dans la population d'étude, toutes les spécificités nécessaires à la validation des résultats de cette étude.

Pour mener à bien cette étude, la démarche adoptée s'articule autour des deux points suivants :

- la recherche documentaire ;
- les travaux du terrain.

3.1 Recherche documentaire

Comme tout travail de recherche scientifique, une revue documentaire a été faite. Elle a consisté à consulter, des articles, des rapports, des thèses de doctorat, des mémoires de maîtrise disponibles se rapportant au sujet d'étude afin de connaître les éventuelles expériences dans ce domaine.

Elle s'est déroulée dans la bibliothèque de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS), de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du Haut Commissariat des Réfugiés (HCR), à l'Institut International of Tropical Agriculture (IITA). Elle a eu lieu également au centre de documentation de la

FLASH et du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Des recherches sur l'internet ont été aussi effectuées.

3.2 Les travaux de terrain

Cette partie met en relief les outils de collecte des données, l'échantillonnage, les variables étudiées, les logiciels d'analyse des données recueillies, les dispositions éthiques ainsi que les difficultés rencontrées sur le terrain.

3.2.1 Techniques et outils de collecte des données

La collecte des données relatives à l'étude a été faite sur la base d'entretien semi-directif et d'observation directe.

L'entretien semi-directif a été réalisé par le biais de questionnaires adressés aussi bien aux patients (annexe 2) qu'au personnel soignant (annexe 3). Il nous a permis de recueillir les données par rapport aux variables liées à l'étude.

L'auto administration de ces questionnaires a permis de faire une observation directe pour relever les émotions, les gestes et mimiques au niveau des patients et de leur permettre d'aborder des problèmes personnels. Cela a permis également aux prestataires de soins de parler de certains cas typiques.

3.2.2 Echantillonnage

Il est constitué au total de 44 personnes dont des PVVIH célibataires qui se font suivre régulièrement sur le site de PEC de BETHESDA et des prestataires à leur service. Les PVVIH célibataires de cette étude ont été repérées lors de leurs visites de routine sur le site. Il a été utilisé deux annexes types de méthode d'échantillonnage dans cette étude. Il s'agit de :

✓ l'échantillonnage de commodité pour la sélection des prestataires de service aux PVVIH. Cela nous a permis de nous entretenir avec les prestataires qui étaient disponibles à nous recevoir ; douze prestataires ont été questionnés sur le site ; dont huit hommes et quatre femmes ;

✓ la méthode des quotas pour la sélection des PVVIH célibataires qui sont incluses dans l'enquête a permis de sélectionner les patients qui apparemment se retrouvent dans l'intervalle de la tranche d'âge qui a été choisie jusqu'à l'obtention d'une population de 32 patients (11,35 %) sur les 282 patients (dont 72 hommes et 210 femmes) qui constituent l'effectif total des célibataires séropositifs au niveau de la file active (991 patients) du site PEC⁶².

✓ Critères d'inclusion

Le critère d'inclusion pour les prestataires de service prend en compte tous les prestataires en contact direct avec les PVVIH dans l'exercice de leurs fonctions sur le site. Pour les PVVIH, elles doivent présenter les critères d'inclusion ci-après :

- appartenir à la file active du site de PEC de l'hôpital de BETHESDA ;
- être célibataire avec ou sans enfants et être âgé de dix-huit ans au moins au moment de l'enquête.

3.2.3 Collecte des données

D'abord, la rencontre de quelques personnes ressources (le président de ReBAP⁺, quelques responsables d'association de PVVIH, le psychologue de BETHESDA) a été effectuée pour avoir leur point de vue par rapport au sujet d'étude. Tous ceux-ci ont trouvé la pertinence du sujet.

C'est après cela qu'un pré-test a été réalisé et a permis d'évaluer le questionnaire. Il a été fait du 23 au 27 septembre 2013 et a consisté à administrer les questionnaires à deux prestataires et à deux patients en vue de reformuler certaines questions et d'en ajouter d'autres plus pertinentes et utiles pour la recherche.

La collecte de données proprement dite s'est déroulée au cours de la période du 30 septembre au 29 novembre 2013. Deux catégories de personnes nous ont fourni les informations. Ce sont les prestataires de service et les personnes célibataires séropositives. Des entretiens semi-directifs ont permis de

⁶² Archives Hôpital BETHESDA

recueillir des informations afin d'énumérer les difficultés psychologiques et sociales évoquées, les réponses proposées et d'évaluer le niveau d'accompagnement de ces PVVIH par les prestataires de service. Les jours suivants étaient choisis pour la collecte : lundi, mercredi et vendredi, car c'était les jours de dispensation d'ARV que plusieurs des PVVIH venaient s'en procurer. Les autres jours étaient des jours de consultation. Un nombre minime de patients venait pour se faire consulter auprès des médecins traitants ; donc ils n'avaient pas de temps à consacrer pour l'entretien. Enfin, la collecte des données a été faite à base des variables.

3.2.4 Les variables étudiées

Les variables de l'étude sont de deux ordres :

✓ **Les variables dépendantes:**

- la situation matrimoniale ;
- le désir de fondation d'un foyer ;
- la perception qu'ont les patients de la séropositivité ;
- l'existence ou non de partenaire sexuel ;
- le statut sérologique de la personne avec qui la PVVIH aimerait fonder son foyer ;
- le temps écoulé depuis le diagnostic ;
- le temps écoulé depuis le début de la recherche de conjoint ;
- le comportement sexuel avant et après la connaissance de la sérologie ;
- les attitudes du partenaire à l'égard de la PVVIH après partage du statut ;
- les conséquences de l'infection sur la vie affective du patient ;
- les obstacles psychologiques et sociaux à la satisfaction du besoin de fondation de foyer des patients ;
- les réponses apportées par les prestataires de service aux besoins psychologiques et sociaux exprimés par les patients.

✓ **Les variables indépendantes:**

- Sexe ;
- Age ;
- Niveau intellectuel ;
- Nationalité ;
- Ethnie ;
- Profession/ secteur d'activité ;
- Religion ;
- Circonstances de réalisation de la sérologie.

3.2.5 Dispositions éthiques

Pour le bon déroulement de cette étude, les dispositions ci-après ont été prises :

- Solliciter une autorisation auprès du directeur de l'hôpital BETHESDA ;
- Garantir aux patients, le respect de la confidentialité à toutes les étapes de l'étude ;
- Obtenir le consentement éclairé verbal des patients et des prestataires avant de les inclure dans l'étude ;
- Informer les patients et les prestataires de service de la gratuité de l'étude.

3.2.6 Analyses et traitement des données

Elles ont tenu compte des données recueillies. Le traitement et l'analyse des données ont été faits à partir des logiciels suivants : Word, Tableur Excel et Sphinx Plus² (version 4.5.0.19).

3.2.7 Difficultés rencontrées

Au cours de l'opération de recherche, il a été enregistré des difficultés lors de la collecte des données.

Au niveau des entretiens, il y a eu de multiples reports de séance de travail avec certains prestataires de service, dus le plus souvent à leur indisponibilité. Aussi, y a-t-il eu certains patients réticents qui n'ont pas voulu se rendre disponibles pour répondre à nos questions, pendant que d'autres ne se sont pas fait prier.

C'est dans cette atmosphère que nous sommes arrivées malgré tout, à recueillir les informations et à conduire à terme nos recherches.

**DEUXIEME PARTIE :
CADRE PRATIQUE :
PRESENTATION, INTERPRETATION
DES RESULTATS, DISCUSSION,
VERIFICATION DES HYPOTHESES
ET SUGGESTIONS**

CHAPITRE III : CADRE PRATIQUE : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

I- Informations recueillies au niveau des patients

Plusieurs catégories d'informations ont été recueillies. Il y a eu celles d'ordre général, celles d'ordre psychologique et social.

1.1 Caractéristiques générales

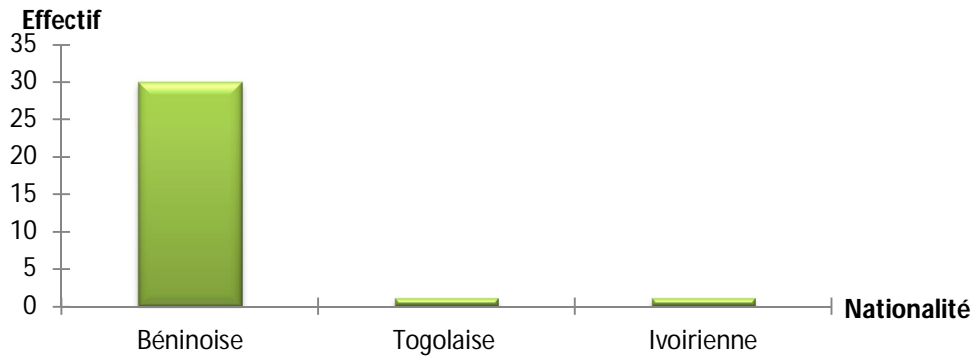
- Suivant les critères d'inclusion, l'étude s'est portée sur 32 patients dont 78,1 % sont du sexe féminin. La majorité a un âge compris entre 24 et 35 ans, soit 43,8 %. Le tableau n° I présente le détail de ces données.

Tableau n° I : Répartition des patients selon la tranche d'âge et le sexe

Sexe	Masculin	Féminin	Effectif	Fréquence
Tranche d'âge				
[18 - 23]	0	4	4	12,5 %
[24 - 29]	5	9	14	43,8 %
[30 - 35]	1	8	9	28,1 %
[36 - 40]	1	3	4	12,5 %
[40 ; +[0	1	1	3,1 %
Total	7	25	32	100 %

Source : Travaux de terrain, Agbadi 2013

- La figure n° 1 montre la nationalité des patients interrogés. Sur les 32 patients 30, soit 93,75 % sont de nationalité béninoise. Une togolaise et une ivoirienne sont interrogées, soit 3,12 % de chacune de ces nationalités.



Source : Travaux de terrain, Agbadi 2013

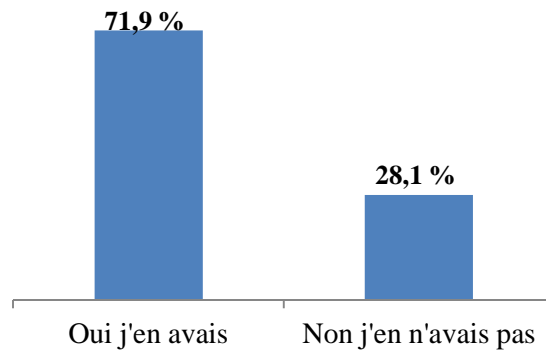
Figure n° 1 : Répartition des patients selon la nationalité

- Sur le plan religieux, 89,5 % des patients interrogés sont des Chrétiens. Par rapport à leur niveau d'étude, 50 % d'entre eux ont le niveau secondaire, 28,13 % le niveau primaire, 15,62 % le niveau supérieur et 6,25 % sont illettrés. Par rapport aux catégories professionnelles, nous avons : les artisans (25 %), les revendeurs (25 %), les fonctionnaires (21,88 %) et les étudiants (12,5 %) qui sont plus retrouvés.

1.2 Caractéristiques spécifiques des difficultés sociales

1.2.1 Existence ou non de partenaire au moment du dépistage

Lors du dépistage, sur les 32 patients interrogés, 23, soit 71,9 % avaient un partenaire. La figure n° 2 ci-dessous montre le détail des répartitions.



Source : Travaux de terrain, Agbadi 2013

Figure n° 2 : Répartition des patients selon l'existence de partenaire ou non lors du dépistage

1.2.2 Partage du statut sérologique positif avec son partenaire

Sur les 23 patients qui avaient de partenaire au moment du dépistage, seulement 09, soit 39,1 % ont informé leur partenaire.

1.2.3 Raisons du non partage du statut sérologique

Comme l'indique l'encadré n° 1, les raisons avancées par les patients pour justifier le non partage de leur sérologie positive au VIH avec leur partenaire sont :

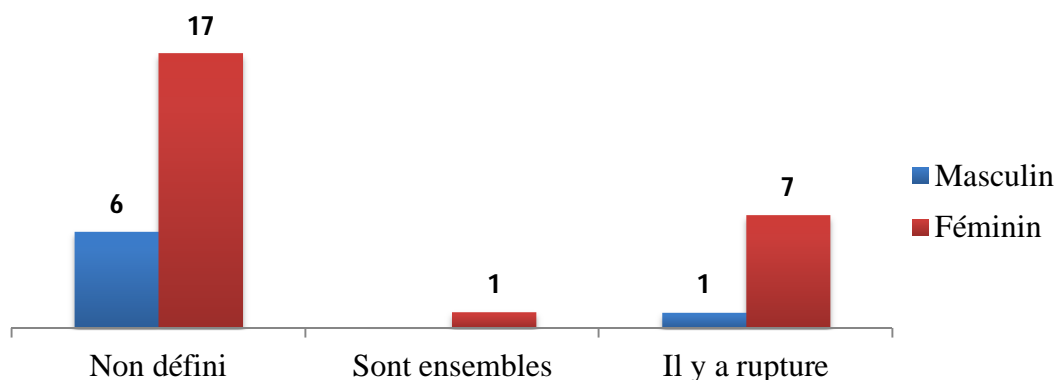
Encadré n° 1 : Raison de non partage de statut sérologique

☞ « Je n'ai pas informé mon ami, parce que j'ai peur qu'il m'abandonne. »

☞ « Je n'ai pas partagé mon statut avec lui de peur qu'il me considère comme une pute. »

1.2.4 Influence de la séropositivité sur la relation

Selon les résultats de l'enquête, des 09 patients qui ont partagé leur statut sérologique avec leur partenaire, 08 ont déclaré qu'ils ont été victimes de rupture. La figure n° 3 montre les détails.



Source : Travaux de terrain, Agbadi 2013

Figure n° 3 : Répartition des patients enquêtés selon l'influence de la séropositivité sur leur relation

1.2.5 Recherche de partenaire et démarche adoptée

Au moment de l'enquête, 21 patients de l'échantillon étaient sans partenaire. Mais 04 d'entre eux ont déclaré ne plus en vouloir.

Parmi les 17 patients qui sont en quête d'un partenaire, seulement 02 ont déclaré l'avoir confiée au prestataire de service ; les autres le recherchent eux-mêmes.

1.2.6 Temps écoulé depuis la recherche

Au cours de l'enquête, sur les 17 patients qui sont à la recherche de partenaire 13, soit 76,5 % ont déclaré être à la recherche depuis plus de deux ans. Les 4, soit 23,5 % restants le sont il y a moins d'un an.

1.2.7 Satisfaction du patient par rapport aux aides apportées par le personnel soignant

Sur la population totale des patients interrogés, seulement 4 (12,5 %) ont accepté être satisfaits de l'aide qu'ont apportée les prestataires pour la satisfaction de ce besoin qu'est "trouver un partenaire".

1.2.8 Raisons de démotivation dans la recherche de partenaire

Les patients enquêtés ont donné différents motifs par rapport à leur démotivation dans la recherche de partenaire. L'encadré n° 2 présente ces motifs.

Encadré n° 2 : Raisons de perte de motivation pour la recherche de partenaire

- ☞ « J'ai été victime de rejet. Je ne veux pas que cela se répète. Je satisferai mon désir sexuel avec des hommes qui me draguent⁶³ sans m'engager dans une relation de longue durée. »
- ☞ « C'était la toute première fois que j'ai eu le rapport sexuel dans ma vie. Mais après, on me dit que j'ai le VIH. »
- ☞ « J'ai déjà d'enfants. Je ne peux que satisfaire mon désir sexuel avec des partenaires occasionnels. »
- ☞ « Mes études d'abord. Je n'ai pas la tête à cela maintenant. »

1.2.9 L'utilisation de préservatifs avant et après la connaissance du statut

Pour l'utilisation des préservatifs, sur les 32 patients Interrogés, 19, soit 59,4 % ne l'utilisent pas du tout et 13 patients, soit 40,6 % l'utilisent parfois avant la connaissance de leur statut. Après la connaissance du statut, 29 patients, soit 90,6 % ont eu des rapports sexuels, mais seulement 8 des 29 patients ont

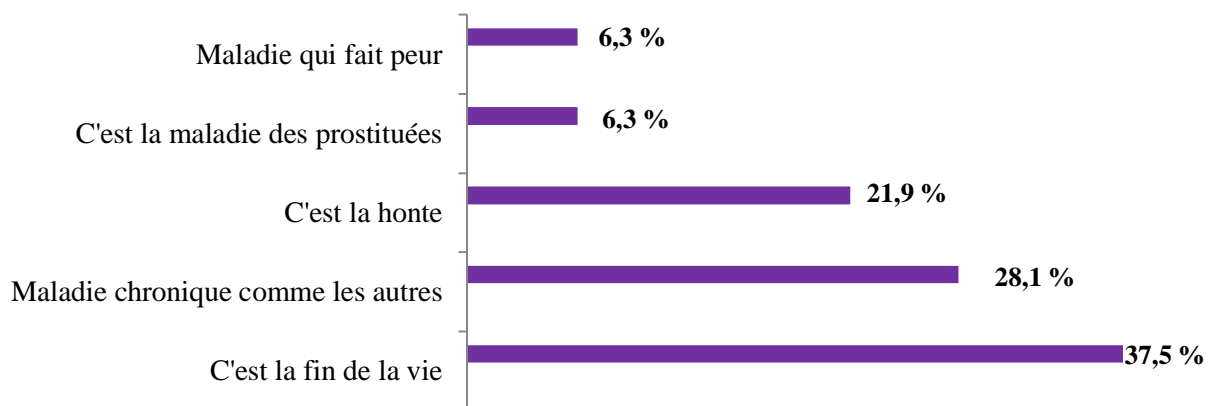
⁶³ Expression utilisé par le patient pour dire "courtiser"

déclaré avoir utilisé de préservatifs toutes les fois. Parmi les autres, 13 l'utilisent parfois et 8 ne l'utilisent pas du tout.

1.3 Caractéristiques spécifiques des difficultés psychologiques

1.3.1 Perception de la séropositivité au VIH par les patients

Par rapport à la population enquêtée, seulement 28,1 % perçoivent l'infection par le VIH comme une maladie chronique. La figure n° 4 présente les détails.

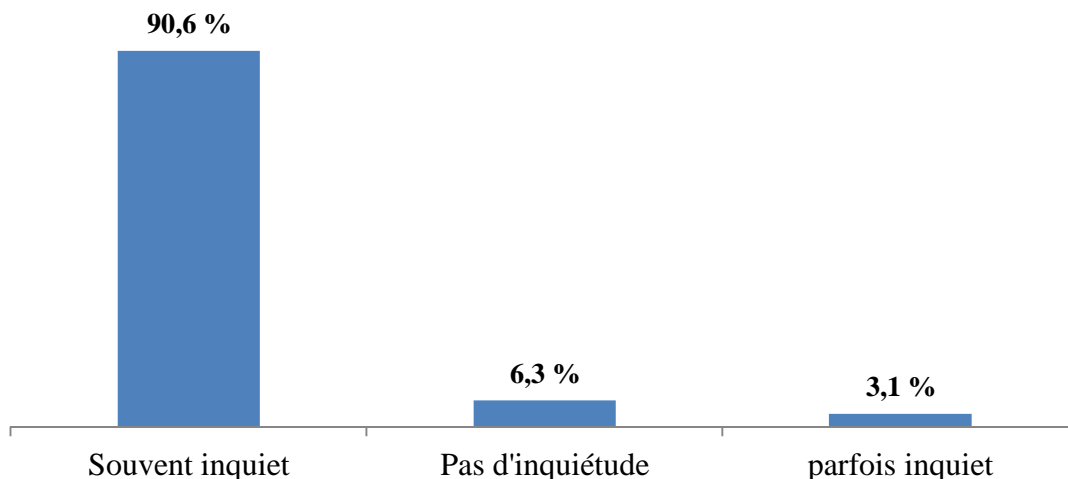


Source: Travaux de terrain, Agbadi 2013

Figure n° 4 : Répartition des patients enquêtés selon leur perception du VIH

1.3.2 Inquiétude liée à la perte de l'amour

L'enquête a révélé que sur les 32 patients interrogés, la majorité, soit 90,6 % présente souvent des sentiments d'inquiétudes. La figure n° 5 montre les détails.

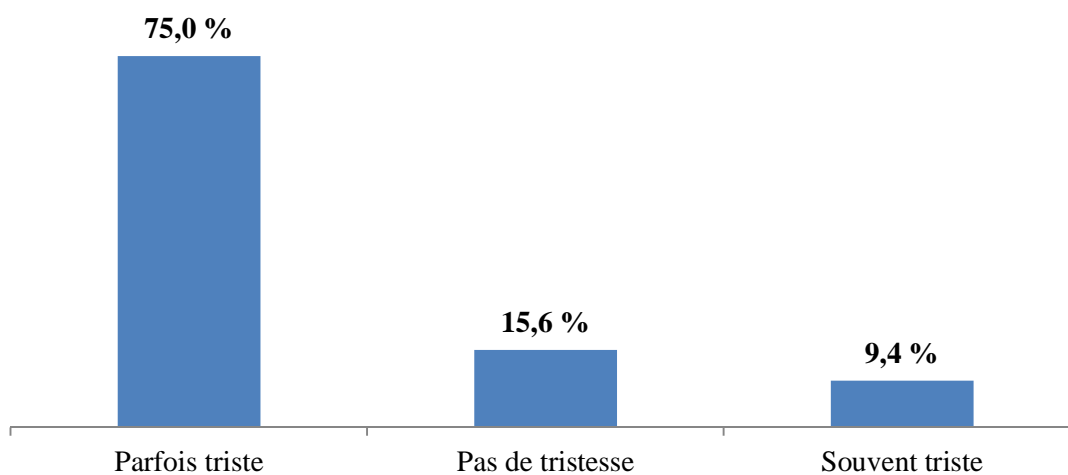


Source: Travaux de terrain, Agbadi 2013

Figure n° 5 : Répartition des patients enquêtés selon leur état de quiétude.

1.3.3 Tristesse liée à la solitude

Au cours de l'enquête, 75% des patients interrogés ont déclaré d'être parfois tristes. La figure n° 6 ci-dessous montre la répartition des fréquences de cette tristesse.



Source: Travaux de terrain, Agbadi 2013

Figure n° 6 : Répartition des patients enquêtés suivant la fréquence de la tristesse

1.3.4 Réaction des patients lors de l'annonce du statut positif au VIH

Les patients ont eu différentes réactions lors de l'annonce de leur résultat positif au VIH. L'encadré n° 3 décrit certaines de ces réactions.

Encadré n° 3 : Réaction des patients lors de l'annonce du statut positif au VIH

- ☞ Quand on m'avait dit que mon résultat de l'analyse de VIH était positif, moi j'ai refusé. Je me disais que je ne pouvais pas avoir cette maladie.
- ☞ Moi, j'ai beaucoup pleuré quand on m'a dit que j'ai le VIH. Si on dit que quelqu'un a cette maladie ce n'est pas bon ; c'est une maladie très grave qui donne la honte.
- ☞ Lors de l'annonce de mon statut, j'étais restée indifférente. Voilà qu'on a trouvé que c'est cela ; je ne peux plus rien que d'accepter.

1.3.5 Vécu de la maladie par les patients

L'encadré n° 3 reflète les propos de quelques patients lors des entretiens. Ces patients s'exprimaient avec larmes aux yeux.

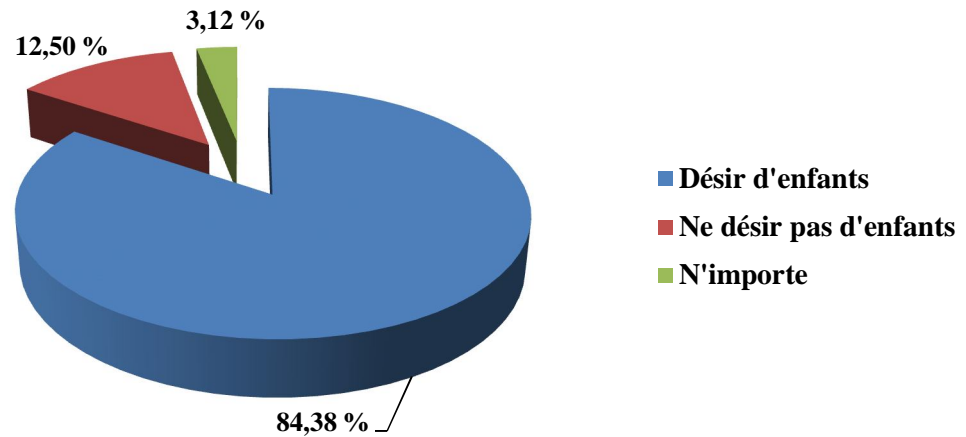
Encadré n° 4 : Propos des patients concernant le vécu de la maladie

- ☞ "Tata", c'est vrai qu'on nous a dit de considérer cette maladie comme toute autre chronique, ce que je fais d'ailleurs. Mais sans vous mentir je trouve que je n'ai plus de valeur ; quel homme apprendra ceci sur moi et m'acceptera ?
- ☞ Bien que j'aie envie de fonder un foyer, j'ai peur d'approcher les filles pour les draguer. Même si j'arrive à draguer⁶⁴, quelques temps après je me retire sans que la fille ne sache pourquoi.

⁶⁴ Expression utilisée par le patient pour dire "courtiser"

1.3.6 Désir d'enfants chez les patients

Sur les 32 patients interrogés, 27 souhaitent avoir des enfants. La figure n° 7 présente cette répartition.

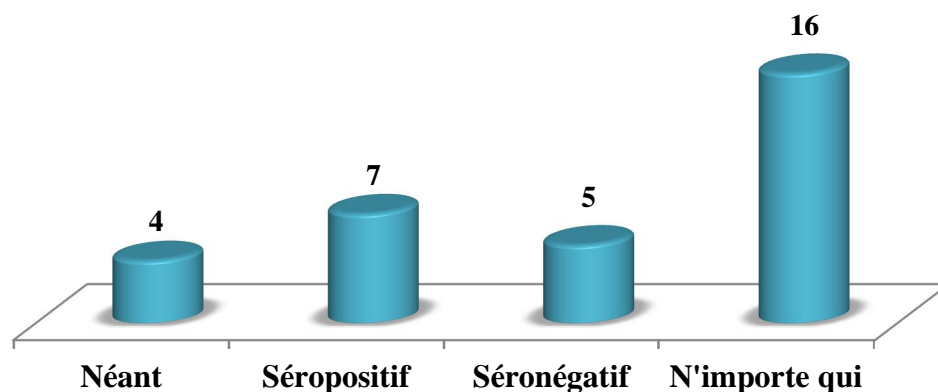


Source : Travaux de terrain, Agbadi 2013

Figure n° 7: Répartition des patients enquêtés selon le désir d'avoir des enfants

1.3.7 Souhait des patients par rapport au statut des partenaires

Les patients ont manifesté différents souhaits par rapport au statut sérologique du partenaire avec qui ils veulent fonder leur foyer. Seize d'entre eux souhaitent avoir des partenaires de n'importe quel statut sérologique, sept veulent fonder leur foyer avec des partenaires séropositifs et cinq veulent des partenaires séronégatifs. La figure n° 8 le démontre.



Source: Travaux de terrain, Agbadi 2013

Figure n° 8 : Répartition des patients enquêtés selon le statut sérologique du partenaire souhaité

II- Informations recueillies au niveau des prestataires de service

2.1 Caractéristiques des informations d'ordre général

Au total, 12 soignants ont été interrogés dont 8 hommes et 4 femmes. Quatre d'entre eux, soit 33% sont des conseillers psychosociaux, deux médecins et deux assistants sociaux, soit 17% chacun. Le tableau n° II présente les soignants interrogés selon leur qualification professionnelle.

Tableau n° II : Répartition du personnel soignant par sexe et par qualification professionnelle

Qualification professionnelle	Médecin	Sage-femme	Infirmier (ère)	Psychologue	Assistant social (e)	Conseiller (ère) psychosocial (e)	Conseiller pastoral hospitalier	Total
Sexe								
Masculin	2	0	1	1	1	2	1	08
Féminin	0	1	0	0	1	2	0	04
Total	2	1	1	1	2	4	1	12

2.2 Caractéristiques spécifiques des informations d'ordre social et psychologique

2.2.1 Fréquence de réception des célibataires séropositifs par le personnel soignant

Les résultats de notre enquête ont révélé que sur les 12 prestataires de service interrogés 10, soit 83,3 % reçoivent fréquemment en consultation des célibataires.

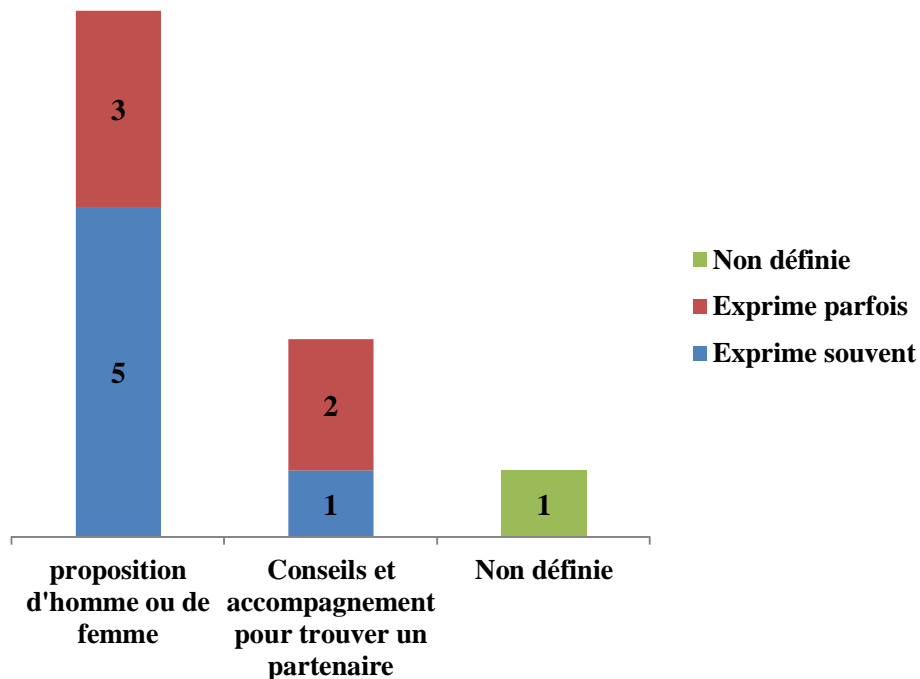
Tableau n° III : Fréquence de réception en consultation des célibataires séropositifs par le personnel soignant.

Fréquence de réception	Effectif du personnel	Pourcentage
Fréquemment	10	83,3 %
Parfois	2	16,7 %
Total	12	100 %

Source : Travaux de terrain, Agbadi, 2013

2.2.2 Expressions et manières d'exprimer le besoin de fonder le foyer auprès du personnel soignant par les patients célibataires

La figure n° 9 montre les détails des différentes manières pour les célibataires d'exprimer le besoin de fondation de foyer auprès du personnel soignant. Il ressort que 08 soignants déclarent que les patients demandent qu'ils leur proposent d'homme ou de femme. Chez les trois autres, les patients demandent des conseils ou d'accompagnement pour trouver de partenaire.



Source: Travaux de terrain, Agbadi, 2013

Figure n° 9: Répartition des soignants selon les manières d'expression du besoin de fondation de foyer par les patients

2.2.3 Obstacles à la satisfaction du besoin exprimé par les patients

L'encadré n° 5 indique les réponses des prestataires à propos des obstacles.

Encadré n° 5 : Obstacles à la satisfaction du besoin de fondation de foyer des patients selon le personnel soignant

- ☞ « Certains obstacles sont liés à leur statut. Du fait qu'ils connaissent leur séropositivité, ils se négligent, se sous-estiment, se dévalorisent et s'autostigmatisent. »
- ☞ « Il y a des patients qui sont rejetés après le partage de leur statut avec leurs petits amis ; ce qui empêche les autres de se confier, car ils ont peur d'être rejetés à leur tour. »
- ☞ « Il y a des obstacles qui sont liés à leur statut socioéconomique ou à leur personnalité. Et cela peut être un obstacle pour toute autre personne. Mais

les célibataires séropositifs ne trouvent que leur statut pour expliquer toutes les difficultés. »

2.2.4 Perception de ce besoin et apport d'aide par les soignants

Les résultats de notre enquête signalent que presque la totalité, soit 91,7 % sur les 12 prestataires, perçoit l'importance pour les célibataires séropositifs de fonder de foyer et apporte de l'aide à ces derniers.

2.2.5 Formation de couples par le personnel soignant et la durabilité de ces couples

Au cours de notre enquête, 8 des prestataires de service ont déclaré avoir formé au moins un couple. Mais seulement 4 d'entre eux ont eu au moins un couple qui a duré. Deux des quatre prestataires de service ont déclaré qu'ils ont pu former au moins un couple qui a eu d'enfants.

2.2.6 Impact de l'insatisfaction du besoin de fonder un foyer sur l'observance et le comportement sexuel du patient

Dix soignants ont déclaré que l'insatisfaction du besoin de fondation de foyer chez les célibataires séropositifs peut agir sur leur observance et leur comportement sexuel. L'encadré n° 6 représente les discours des soignants à propos.

Encadré n° 6 : Impact de l'insatisfaction du besoin de fondation de foyer sur l'observance et le comportement sexuel du patient

☞ « les patients qui sont victimes de rejet après partage de leur statut sérologique avec leur fiancé(e) trouvent qu'il est inutile de poursuivre un traitement pour survivre après avoir perdu l'amour de leur vie. »

☞ « Les patients posent le problème. Ceux d'entre eux qui sont instruits parlent de "prise en charge sexuelle". Mais moi, je les conseille simplement. Je n'ai jamais fait de proposition à un patient. Tout d'abord, le temps ne me permet pas de me lancer dans cette recherche. De plus, le patient peut avoir toute sa confiance en moi, du fait que je suis son médecin traitant en acceptant la proposition que j'aurai à lui faire. Dans le cas où le couple aurait de problèmes, les deux partenaires me doigteront. C'est ce que je crains. Dans le cas où des patients viennent avec les partenaires qu'ils auraient trouvés eux-mêmes, j'essaie de conseiller ces derniers aussi. Mais le drame, est qu'il y a des patientes qui posent le problème, n'ayant pas trouvé une solution avec elles, je les perds de vue pour un moment et elles reviennent avec grossesse. »

☞ Si le patient désire avoir un foyer et qu'il n'arrive pas, cela peut l'amener à avoir l'idée de vengeance. Il peut se lancer dans l'activité sexuelle juste pour contaminer les autres, de même qu'il peut se dire ne plus toucher le sexe et rester seul.

2.2.7 Impact de la prise en charge du besoin de fonder un foyer sur la transmission du VIH dans la population

A l'issue de l'enquête, la totalité des soignants ont déclaré que la prise en charge du besoin de fonder un foyer pourrait influencer positivement les patients et réduire par conséquent le taux de nouvelles contaminations. Les propos de l'encadré n° 7 le témoignent.

Encadré n° 7 : Impact de la prise en charge du besoin de fonder un foyer sur la transmission du VIH dans la population

- ☞ « L'insatisfaction de ce besoin de fonder un foyer amène certaines femmes séropositives à avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires "opportunistes" juste pour avoir de grossesse. »

- ☞ « La satisfaction du besoin de fonder un foyer les rend épanouies et les idées de vengeance pour contaminer autrui sont réduites. »

CHAPITRE IV : DISCUSSION, VERIFICATION DES HYPOTHESES ET SUGGESTIONS

I- Discussion

Sur les trente-deux patients de notre échantillon, vingt-cinq, soit 78,1 % sont du sexe féminin (Cf. Tableau n° I). Cela s'explique par l'effectif important des femmes au niveau de la file active. Ces données confirment la féminisation de l'infection par le VIH⁶⁵. Sur le plan religieux, 89,5 % des patients interrogés sont des Chrétiens. Et ce, à cause du caractère confessionnel de l'hôpital de BETHESDA. De plus, du fait que le VIH est une maladie incurable, beaucoup de familles de religion traditionnelle se convertissent en chrétiens afin de se confier à la volonté de Dieu.

L'infection par le VIH est une maladie chronique affectant tous les domaines de la vie individuelle et sociale, que ce soit par le retentissement psychologique de la maladie, la vie affective et sexuelle, par les difficultés de l'insertion sociale et professionnelle⁶⁶.

Par les résultats de cette étude, 27 patients sur les 32, soit 84,38 % ont le besoin de fonder un foyer et d'avoir des enfants. Mais il est à remarquer qu'ils sont confrontés à certaines difficultés psychologiques et sociales du fait de la transmission du VIH par voie sexuelle et l'exclusion des PVVIH. Dans la recherche d'aide pour surmonter ces difficultés, ils s'expriment auprès des prestataires de soins à leur service. En effet, les patients demandent surtout aux prestataires de l'aide pour trouver de partenaire. Au nombre des aides demandées, il y a la proposition d'homme ou de femme, des conseils et de l'accompagnement (Cf. Figure n° 9). Comme le chercheur Thomas R. et ses collaborateurs le disent, les besoins des PVVIH sont différents d'une personne à l'autre et ne surgissent pas pour tout le monde au même moment et de la même

⁶⁵ Cf. ONUSIDA, (2011) *la riposte mondiale au VIH/sida : Le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel*, cit., p. 19.

⁶⁶ Cf. Preau N., Morina M., (2011), « L'évaluation psychosociale de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH. *Prat. Psychol.* 2005 », dans *Qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH*, Casablanca : Elsevier Masson, pp. 191-192.

manière. Il y a des besoins très spécifiques et concrets qui ne concernent toutefois qu'une minorité de personnes, mais qui sont plus pertinents pour des PVVIH⁶⁷. En Afrique, particulièrement au Bénin, vivre sans avoir des enfants est synonyme de vivre inutilement. Aussi, au Bénin, la valeur d'un homme ou d'une femme repose sur la fondation d'un foyer. Ce qui fait que l'individu qui n'a pas de foyer à un certain âge est vu d'un mauvais œil et est traité de tout.

Sur le plan social, les célibataires séropositifs en quête de conjoint rencontrent des difficultés pour partager leur statut sérologique. Comme le rapporte le chercheur Sow Khoudia dans une étude faite au Sénégal, le partage de l'information sur le statut VIH est redouté surtout pour les comportements de rejet, d'évitement ou d'exclusion. Pour la présente étude, l'évènement le plus fréquemment vécu par les personnes interrogées est le rejet. Sur les vingt-trois patients qui étaient avec un ami ou un fiancé au moment du dépistage, neuf seulement avaient partagé leur statut. Parmi ces neuf, huit ont connu la rupture (Cf. figure n° 3) ce qui se répercute sur leur bien-être psychologique. Ce résultat va dans le même sens que ceux de certaines études faites en Afrique qui rapportent des conséquences négatives de l'annonce avec des abandons, de la stigmatisation, des accusations d'infidélité ainsi qu'un choc émotionnel et une détresse au niveau des proches du patient⁶⁸. L'étude faite par Adjallala et Houénon pour l'obtention de leur diplôme de maîtrise va également dans le même sens. Ils ont trouvé que les PVVIH ayant annoncé leur statut sérologique sont plus tristes que ceux qui ne l'ont pas fait. Ainsi, être victime du rejet ou en être témoin ou encore en avoir entendu parler rend difficile la révélation de son statut lors d'une nouvelle relation amoureuse. Par ailleurs, sur les trente-deux patients interrogés, onze ont un fiancé au moment de cette enquête, mais sept

⁶⁷ Cf. Thomas R., Haour-Knipe M., Huynh Do P., Dubois-Arber F., (2000), *Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse*, Raison de Santé 59 – Lausanne, 16 p.

⁶⁸ Cf. Visser M.J., Neufeld S., De Villiers A., Makin J.D. et Forsyth B.W., (2012), «To tell or not to tell : South African women's disclosure of HIV status during pregnancy», dans *Le partage de l'information sur son statut sérologique dans un contexte de polygamie*, Dakar, Halshs-00713036 version, 1-28.

n'ont pas partagé leur statut avec leurs fiancés car ils ont peur d'être abandonnés ou que cela entache leur image. Les autres sont des couples séroconcordants.

En ce qui concerne les difficultés psychologiques, elles sont généralement liées à la perception individuelle et à la représentation sociétale par rapport à l'infection par le VIH. L'infection par le VIH est considérée comme une maladie honteuse. Car, la voie de transmission prépondérante en Afrique reste la voie sexuelle⁶⁹. La plupart des patients de la présente étude percevaient l'infection par le VIH comme la honte, la maladie des putes et la mort lors de l'annonce de leur statut. Il est à noter que grâce à l'accompagnement psychosocial, certains ont changé cette perception en maladie chronique. Cependant, la honte liée à la maladie persiste à cause du regard de la société.

En effet, le rejet ou la peur du rejet des patients par leur partenaire ou fiancé (e) les replonge dans l'anxiété et la dépression. Cette dépression est due au manque affectif profond et au choc psychique de l'infection par le VIH. Les patients ont le sentiment de solitude ; ce qu'ils manifestent par leur état de tristesse. Les résultats montrent que 75 % des patients sont tristes (Cf. Figure n° 5) et 90,6 % d'entre eux sont inquiets (Cf. Figure n° 6). L'état d'inquiétude témoigne l'anxiété au niveau de ces patients. A tort ou à raison, mais probablement beaucoup plus fréquemment à raison, la personne séropositive pense que son statut sérologique va constituer la pierre angulaire de sa relation et se soucie de sa vie sentimentale⁷⁰. Ce qui crée au niveau de certains patients de la perversion qui est souvent traduite par l'esprit de vengeance pour contaminer d'autres personnes par voie sexuelle (Cf. Encadré n° 5). En plus de la perversion, les prestataires de soins au service des PVVIH ont énuméré quelques troubles psychologiques que l'insatisfaction du besoin de fondation de foyer est susceptible d'engendrer chez ces personnes. Au nombre de ces troubles, nous

⁶⁹ Ouédraogo T.L., Ouédraogo A., Ouédraogo V., Kyelem N. et Soubeiga A., (2005), *Infection à VIH et modifications des relations sociales : étude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso)*, Vol1 5, n° 4,253-7.

⁷⁰ Meystre-Augustoni G., Thomas R., Häusermann M., Chollet-Bornand A., Durbois-Arber F., Spencer B., (1998), *la sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida*, raison de santé 17- Lausanne, pp. 48-50.

pouvons citer : le risque d'idées suicidaires, l'isolement, la dépression, l'abandon des projets. Par ailleurs, certains patients choisissent de se retirer de toutes activités sexuelles.

Une étude faite par les chercheurs Keegan, Lambert et Petrck en 2005, auprès de 21 femmes séropositives démontre l'impact négatif de la séropositivité sur la qualité de leur vie sexuelle. Comme impact, il y a : la baisse de libido, la réduction du plaisir sexuel, les difficultés à trouver des partenaires. Ainsi, en matière de prévention, on note la difficulté à négocier l'usage du préservatif, la peur du rejet si elles informent leur partenaire de leur statut sérologique.

Une autre étude conduite par les chercheurs El Fane, Bensghir, Sbai, Chakib, Kadiri, Ayouch et Himmich en 2011 en Casablanca au Maroc, montre que 59 % des inclus seulement utilisent systématiquement le préservatif lors des rapports sexuels : le recours systématique au préservatif est souvent vécu comme une limitation frustrante de la spontanéité et de la fantaisie dans les rapports sexuels, ce qui constitue un grand problème en terme de prévention.

Dans notre étude, 19 patients, soit 59,4 % sur les 32 interrogés n'utilisent pas du tout des préservatifs et 13 patients soit 40,6 % l'utilisent parfois avant la connaissance de leur statut. Après la connaissance du statut, 29 patients, soit 90,6% ont eu des rapports sexuels, mais seulement 8 des 29 patients ont déclaré avoir utilisé de préservatifs toutes les fois. Parmi les autres, 13 l'utilisent parfois et 8 ne l'utilisent pas du tout. Car, ils ont du mal à changer de comportement (exiger le préservatif) de peur que leur partenaire ait de soupçons. Puisque l'adoption des comportements sains c'est-à-dire le port de préservatif lors des rapports sexuels, l'abstinence pour les baisers et les rapports anaux, est souvent difficile lorsque le partenaire infecté ne partage pas son statut. Ainsi, la peur d'être rejeté par son ami ou fiancé peut conduire jusqu'à faire l'impasse totale sur sa séropositivité tout en renonçant à utiliser des préservatifs.

Selon les prestataires de service, il est nécessaire de tenir compte de ce besoin des célibataires séropositifs dans le processus de la prise en charge ; 91,7

% d'entre eux le rapportent. Ceci, non seulement pour le bien-être des patients, mais à cause des conséquences que l'insatisfaction de ce besoin peut engendrer dans la population. 91,7 % de prestataires ont déclaré avoir fait des efforts pour aider les patients dans ce domaine. Cependant, ces efforts donnent satisfaction à une minorité de patients. Seulement deux, soit 12,5 % des patients sur les trente-deux, ont déclaré avoir été satisfaits par l'aide qu'apporte le personnel soignant. Dans cette situation, le patient désireux de paternité ou de maternité développe des stratégies pour assouvir son désir. C'est ainsi qu'un prestataire rapporte que certaines patientes sont perdues de vue pendant un moment pour revenir avec grossesse (Cf. Encadré n° 6); ce qui expose les partenaires de ces dernières au risque d'infection.

Cherchant une solution au problème de rejet, d'autres célibataires séropositifs recherchent des partenaires séropositifs pour fonder un foyer séroconcordant. Mais il leur est également pénible de résoudre le problème de cette façon, parce que ne voulant divulguer son statut, chacun garde son secret.

Des résultats de cette étude, 27 patients sur les 32 soit, 84, 38 % ont le désir de fonder un foyer et d'avoir des enfants. Sept parmi eux veulent former de couples séroconcordants mais aucun d'entre eux n'a adhéré à une association de PVVIH où ils pourront avoir la chance de faire des rencontres amoureuses, mais par faute d'informations ou surtout par peur de la divulgation de leur statut. Ces résultats sont en lien avec ceux d'une étude menée à Dakar (Sénégal) où une patiente interrogée disait ceci : *«...j'ai peur que l'on me découvre, j'ai des enfants, j'ai peur de leur porter un préjudice, surtout les filles qui ne sont pas encore mariées. Aller dans les associations est une bonne chose parce que cela te permet de mieux connaître ta maladie, mais tu peux croiser quelqu'un qui te connaît ou quelqu'un te voit entrer dans certains milieux, il peut dévoiler ça à tout le monde...»*⁷¹.

⁷¹ Sow A. et Desclaux A., (2011), *Les personnes âgées et la fréquentation des associations*, Sénégal Dakar, Halshs-00713036 version, 1-28, pp. 281-291.

Cependant, les expériences de certaines associations ont prouvé que l'adhésion à une association de PVVIH peut aider les célibataires à faire des rencontres amoureuses. Mais ces associations ne préconisent pas un accompagnement psychologique pour ces célibataires. La nécessité d'insertion d'une prise en charge purement psychologique prenant en compte les paramètres de fondation de foyer et de la dimension sexuelle s'avère donc indispensable.

II- Vérification des hypothèses de la recherche

Afin de nous rendre compte des difficultés éprouvées par les célibataires séropositifs, nous avons recouru, d'une part, aux données relatives aux difficultés aussi bien psychologiques que sociales collectées au niveau des patients, et d'autre part aux obstacles évoqués par le personnel soignant pour la satisfaction du besoin exprimé par les patients pour la fondation de foyer.

L'utilisation des données relatives au désir de fondation de foyer chez les patients et celles relatives à la perception du personnel soignant de l'importance du besoin, nous permet de jauger l'importance de ce besoin dans la vie des patients. L'évaluation des réponses apportées par le personnel soignant est faite par le biais de l'effectif qui a pu former de couples, la durabilité des couples et la déclaration des patients par rapport à leur satisfaction des aides qu'apportent les soignants. Les impacts de l'insatisfaction de ce besoin et les impacts éventuels de la prise en charge évoqués par les soignants sont également considérés. Cela permet de juger si l'accompagnement des célibataires séropositifs à s'engager dans la vie conjugale pourra participer à l'amélioration de leur qualité de vie et à la prévention de la transmission du VIH dans la population.

En effet, les propos recueillis au niveau des patients mettent en lumière des problèmes au niveau de la vie affective et sexuelle comme la perte de l'estime de soi exprimée par les différentes réactions lors de l'annonce du résultat et de la perception de l'infection au VIH, le sentiment d'isolement exprimé par la

peur de s'engager dans une relation amoureuse, la peur d'annoncer son statut à son partenaire sexuel et de l'infecter, l'anxiété et la dépression engendré par les rejets. Les problèmes sociaux rencontrés par ces personnes sont essentiellement les rejets après partage de statut ; et ce sont ces derniers qui engendrent pour la plupart du temps ceux psychologiques. Les obstacles, à la satisfaction de ce besoin, évoqués par les prestataires sont : la perte d'estime de soi, le rejet après partage de statut, la peur de rejet, la peur de se confier, le manque de moyens financiers. Tout ceci prouve que les célibataires séropositifs éprouvent d'énormes problèmes psychosociaux pour la fondation de foyer.

Les résultats montrent que les patients expriment ce besoin et demandent même de l'aide auprès des prestataires de service, car ils rencontrent des difficultés pour leur satisfaction. Ces derniers aussi y accordent d'importance. Ils voient la nécessité de leur prise en charge et essaient de fournir des efforts dont ils sont capables. Ils ont fait des propositions de partenaires, des mises en contact. Puis, ils prodiguent des conseils afin de les aider à satisfaire ce besoin. Mais d'après les résultats des enquêtes, ces efforts n'ont donné satisfaction qu'à une minorité de patients. Certains prestataires ne se voient pas du tout dans leur rôle, quand les patients demandent d'aide pour trouver un partenaire. Ce qui induit certaines patientes, qui n'arrivent pas à fonder un foyer, à abandonner le traitement pendant un moment et de revenir avec une grossesse. Notons qu'il est difficile aux patients de continuer à partager leur statut au début d'une relation quand ils sont une fois victimes de rejet. Ils préfèrent alors garder le secret jusqu'à un niveau d'évolution de leur relation ; les partenaires auraient été exposés aux risques d'infections s'ils étaient séronégatifs et de surinfection s'ils étaient aussi infectés. Ce qui augmente le taux de nouvelles infections dans la population.

Les prestataires de service ont énuméré les conséquences aussi bien sur l'individu que sur la population, qu'engendre l'insatisfaction du besoin de fondation de foyer des patients. Ils ont affirmé que l'accompagnement des célibataires séropositifs peut contribuer à la baisse du taux de nouvelles

infections surtout par voie sexuelle dans la population en général. Aussi, ont-ils proposé des stratégies à mettre en œuvre pour la réussite de cet accompagnement. Ces stratégies sont : l'identification des célibataires séropositifs, l'organisation de rencontres périodiques afin de faciliter le choix à ceux qui désirent de partenaires de même statut.

Au vu de tout ce qui précède, nous pouvons dire que toutes les hypothèses de cette recherche sont confirmées. Ainsi, nous formulons quelques suggestions.

III- Suggestions

A l'endroit du gouvernement :

- ☞ Mener une recherche dans un champ plus vaste pour mesurer l'ampleur du problème ;
- ☞ Créer un volet de l'accompagnement sexuel dans le programme de PEC ;
- ☞ Créer des centres d'accueil, d'écoute et de conseil qui seront dirigés par le personnel qualifié (psychologues)
- ☞ Informations générales concernant les services existants ; où trouver l'information et le conseil nécessaire.

A l'endroit des responsables de site et des prestataires de service :

- ☞ Créer de club des célibataires séropositifs au niveau de chaque site de PEC et les amener à y adhérer en commençant l'accompagnement dès l'annonce du résultat ;
- ☞ Organiser des rencontres multi-sites et multi-départementales ; ces rencontres doivent être dirigées par le personnel qualifié afin de développer des thèmes appropriés.
- ☞ Obligation pour le médecin traitant de référer celui qui lui pose ce problème pour le soutien psychologique et accompagnement en vue de la gestion de sa vie sexuelle et sentimentale, ses désirs, ses relations.
- ☞ Perspectives de vie des enfants séropositifs arrivant à l'âge de l'adolescence : ces enfants vivent une incertitude douloureuse face à leur avenir et leurs projets, notamment professionnels et sentimentaux. Il est donc nécessaire de réserver un accompagnement spécifique à ces jeunes.

CONCLUSION

La séropositivité a des répercussions sur la vie affective et sociale de tous les PVVIH en général, et des célibataires en particulier. La transmission du VIH par la voie sexuelle et l'inexistence d'une guérison font de la création de foyer par les PVVIH célibataires une problématique.

Cette recherche a permis d'identifier les difficultés auxquelles sont confrontés les célibataires séropositifs dans la fondation d'un foyer, d'évaluer la prise en charge par le personnel soignant et de comprendre l'incidence de ce besoin sur la prévention de la transmission de l'infection par le VIH. En effet, les résultats révèlent que la plupart des patients célibataires font cas du besoin de fondation de foyer auprès des prestataires de service. Ils sollicitent l'aide de ces prestataires de service pour trouver un partenaire avec qui ils pourront faire leur vie de couple. Certains d'entre eux accordent peu d'importance au statut sérologique de ces partenaires. Mais d'autres souhaitent faire leur vie de couple avec une personne séronégative ou séropositive. Le fait de souhaiter vivre avec une personne séropositive est une manière d'éviter les rejets auxquels ils assistent avec les partenaires séronégatifs et de pouvoir mieux se comprendre dans le couple.

Les difficultés relevées sur le plan social sont essentiellement la stigmatisation et le rejet par les partenaires après partage de statut. Ces difficultés sociales sont généralement causes de celles psychologiques. Ces dernières se résument à la peur de rejet, le non partage de statut, la tristesse permanente, l'inquiétude, le doute et le désespoir. Tous ces éléments ont d'effets sur l'évolution et la qualité de vie des patients, et les font décompenser. Ainsi, on note à leur niveau des troubles psychologiques comme l'anxiété et la dépression. En ce qui concerne l'entourage des patients, les répercussions ne sont pas moindres. Les idées de vengeance du patient exposent la population à l'infection; donc on assiste à l'augmentation du taux de nouvelles infections. Cela expose également le patient au risque de surinfection.

Le personnel soignant a pris conscience de toutes ces difficultés auxquelles sont confrontés les patients célibataires et ont trouvé l'importance de la prise en charge du besoin de création de foyer. C'est pour cette raison que ces prestataires de service essaient d'apporter leur aide à ces patients. Cependant, ces efforts sont insuffisants, car la majorité des patients sont restés insatisfaits. Une prise en charge adaptée, (s'inscrivant inévitablement dans la durée) pour maintenir ou améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients, doit être envisagée. Il importe donc de penser aux stratégies qu'il faille mettre en œuvre pour cette prise en charge spécifique. Ainsi, à l'issue de notre travail, nous suggérons quelques-unes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adjallala F. et Houénon F., (2009), *Problématique de prise en charge du vécu et des besoins psychologiques des PVVIH au sud du Bénin*, mémoire de maîtrise en psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi, pp. 5-85.
- Adjovi C., Josse R., Foundohou J., Helynck B. et Davo N., (1994), *HIV seroprevalence rates in Benin AIDS*.
- Akakpo E. J. C. A., (2009), *Les déterminants de l'observance à la trithérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH à Cotonou, Bénin*, mémoire de maîtrise en épidémiologie au département de médecine sociale et préventive à l'université Laval de Québec, pp. 41-42.
- Alary M., Mukenge-tshibaka L., Bernier F., Geraldo N., Lowndes C., Meda H., *et al.*, (2009), «decline in the prevalence of HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Cotonou, Benin», dans *Les déterminants de l'observance à la trithérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH à Cotonou, Bénin*, mémoire de maîtrise en épidémiologie, 9 p.
- Ardoino J., (2012), *De l'accompagnement en tant que paradigme*, Association ABREASS/ Contrepoint N°2 : « Accompagner. Ethiques et fondement du travail social », 7 p.
- Banque mondiale, (2008), *Synthèse de la réponse et épidémiologie du VIH/sida en Afrique de l'Ouest : implication pour la prévention : Rapport du programme de la Banque mondiale*, 39 p.
- Bergeret J., (2008), *Psychologie pathologique : théorique et clinique*, Elsevier, Masson 384 p.
- Cleland J., (2011), «Monitoring sexuel behaviour», dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, pp. 26-27.
- CNLS, (2012), *Plan départemental d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant des départements de l'Ouémé et du Plateau, Bénin*, Décembre, 49 p.

- CNLS, (2012), *Rapport national du suivi de la déclaration politique sur le VIH/sida*, Bénin, 49 p.
- CNLS, (2014), *Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/sida au Bénin 2014*, pp. 22 - 42.
- Communier A., Sadki R., Sommerlatte E. et Gagnayre R., (2010), *Quels besoins éducatifs pour des personnes vivant avec le VIH depuis plus de 10 ans ?*, Article EDP Sciences SETE, pp. 56-57.
- COPPIERTERS Y., PARENT F., LAGASSE R., PIETTE D., (2004), *Evaluation des risques, une approche pluridisciplinaire en santé publique*, Vol 3, N° 1.
- Davo N., Adjovi C., Anagonou S., Foundohou J., Helynck B. et Josse R., (1994), *les tendances de l'épidémie du VIH/sida au Bénin (1990-1993)*, Med trop.
- Delfraissy J., (2002), *Prise en charge des personnes infectées par le VIH – Recommandation du groupe d'experts*, Paris : Ministère Français de la Santé et des Sports, 52 p.
- Desclaux A., (2005), « Dix ans de recherche en sciences sociales sur le SIDA au Burkina Faso, Elément pour la prévention », dans *Infection à VIH et modifications des relations sociales : étude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso)*, Vol1 5, n° 4,253-7.
- El Fan M., Bensghir R., Sabai S., Chakib A., Kadiri N. et Ayouch A., (2011), *Qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH*. Casablanca : Elsevier Masson, pp. 191-192.
- GIP-ESTHER, (2011), *Manuel du médiateur pour l'accompagnement psychosocial des PVVIH*, Bénin, pp 1- 4.
- Girard P. M. et Katlam C., (2009), « VIH 2008 », dans *les déterminants de l'observance à la trithérapie antirétrovirale chez les patients infectés par le VIH à Cotonou*, Bénin, pp. 10-11.

- Glen W., Amanda M. et Tom O., (1998), *Jeunesse, sexualité et VIH/SIDA dans trois pays africains*, pp. 5-7.
- M. GRAWITZ, (1996), *Méthode des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 10^e édition, 429 p.
- Guthrie B. L., De Bruyn G. et Farquhar C., (2011) : *HIV-1 discordant couple*, dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, pp. 26-27.
- Hunter D. J., (2005), «AIDS in Sub-Saharan Africa: The Epidemiology of Hetersexual Transmission and the Prospect for Prevention», dans *Infection à VIH et modifications des relations sociales : étude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso)*, Vol1 5, n^o 4,253-7.
- INSAE, (2013), *Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-IV) 2011-2012*, Ministère des finances et de l'économie, 272 p.
- Jeune Afrique, (2012), *Plus de 6 millions d'Africains séropositifs sous ARV, mais risque de dépendance*. Rev. Ed., pp. 7-8.
- Keegan A., Lambert S., Petrck J., (2011), « Sex and relationships for HIV-positive women since HAART », dans *El fan M., Bensghir R. et al: qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH*. Casablanca : Elsevier Masson, 192 p.
- Larousse, (2012), *le petit LAROUSSE illustré*, Paris, Maury (Malesherbes), pp. 197 et 891.
- Le Robert, (2014), *Dictionnaire de français*, Paris, Maury (Malesherbes), pp. 44-398.
- Levy J., (2009), *HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges*, Aids, pp. 47-60.
- Lohse N., (2008), «Survival of persons with and without HIV infection in Danmark, 1995-2005», dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2008*, 53 p.
- Lowndes C., Alary M., Belleau M., Bosu W., Kintin F., Norom J., (2008), West Africa HIV/AIDS Epidemiology and Response Synthesis. Characterization of the HIV epidemic and response in West Africa: Implications for prevention: World Bank Global HIV/AIDS Program Report. dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida 2008*, 53 p.

- MDEF, (2007), *Impact de sida au Bénin*, 23 p.
- Meystre-Augustoni G., Thomas R., Häusermann M., Chollet-Bornand A., Durbois-Arber F., Spencer B., (1998), *la sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida*, raison de santé 17- Lausanne, pp. 48-50.
- MS, (2013), *Annuaire des statistiques sanitaires 2012*, Cotonou, pp. 84-86.
- ONUSIDA, (2008), *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, 20 avenue Appia 1211 Genève 27, pp. 64-65.
- ONUSIDA, (2011), *La riposte mondiale au VIH/sida le point sur l'épidémie et sur les progrès du secteur de santé vers un accès universel*, 20 avenue Appia 1211 Genève 27, pp. 11-26.
- ONUSIDA/USAID, (2010), *Nouvelles infections du VIH par mode de transmission en Afrique de l'Ouest : une analyse plurinationale*, pp. 4-5
- Ouédraogo T.L., Ouédraogo A., Ouédraogo V., Kyelem N. et Soubeiga A., (2005), *Infection à VIH et modifications des relations sociales : étude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou (Burkina Faso)*, Vol1 5, n° 4, 253-7.
- Plantier J. C., (2012), *Origine et évolution de la diversité génétique des VIH*, 6 p.
- PNLS, (2007), *Guide de prise en charge psychosociale de l'infection à VIH aux Comores*, pp. 31-40.
- PNLS, (2011), *Enquête nationale de sérosurveillance sentinelle du VIH et de la syphilis auprès des femmes enceintes*, 32 p.
- PNLS, (2012), *Plan départemental d'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant des départements de l'Ouémé et du plateau, Bénin*, 49 p.
- Preaua N., Morina M., (2011), « L'évaluation psychosociale de la qualité de vie des personnes infectées par le VIH. Prat. Psychol. 2005 », dans *Qualité de vie sexuelle chez les personnes vivant avec le VIH*, Casablanca : Elsevier Masson, pp. 191-192.
- Quivy R., Campenhoul T. L., (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, pp. 42-43.

- Saout C., Charbonnel B., Bernard D., et al (2010), Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique, dans *Quel besoins éducatifs pour des personnes vivant avec le VIH depuis plus de 10 ans ?*, Art EDP Sciences SETE, 52 p.
- Sow A. et Desclaux A., (2011), *Les personnes âgées et la fréquentation des associations*, Sénégal Dakar, Halshs-00713036 version, 1-28, pp. 281-291.
- Sow K., (2012), *Le partage de l'information sur son statut sérologique dans un contexte de polygamie*, Dakar, Halshs-00713036 version, 1-28.
- THOMAS R., HAOUR-KNIPE M., HUYNH DO P., DUBOIS-ARBER F., (2000), *Les besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en Suisse*, Raison de Santé 59 – Lausanne, 16 p.
- Transer F., (2011), «Concurrent sexual partnerships on rate of new HIV infection», dans *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*, pp. 26-27.
- Tubiana M., Virouso C., Carde C., Pages J. P., (1998), *Risque & Société*. Actes du colloque Risque et Société. Paris : Nucléon, 461 p.
- UNICEF, (2002), *Les jeunes et le VIH/sida : une solution à la crise*, pp. 13-29.
- Zongo M., Capo-Chichi J., Gandaho P. et Copppieters Y., (2009), *Prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH au Bénin*, Article/6- vol. 21, pp. 631-639.
- Zongo S., (2012), *Procréer en temps d'infection à VIH : offre de soins et expériences de femmes en milieu urbain (Burkina-Faso)*, Thèse de doctorat en anthropologie à AIX-MARSEILLE UNIVERSITE, 60 p.

<http://www.unaids.org>, 13/01/2014 à 10 heures 27 minutes.

<http://www.scisencedirect.com>, 13/03/2014 à 18 heures 32 minutes.

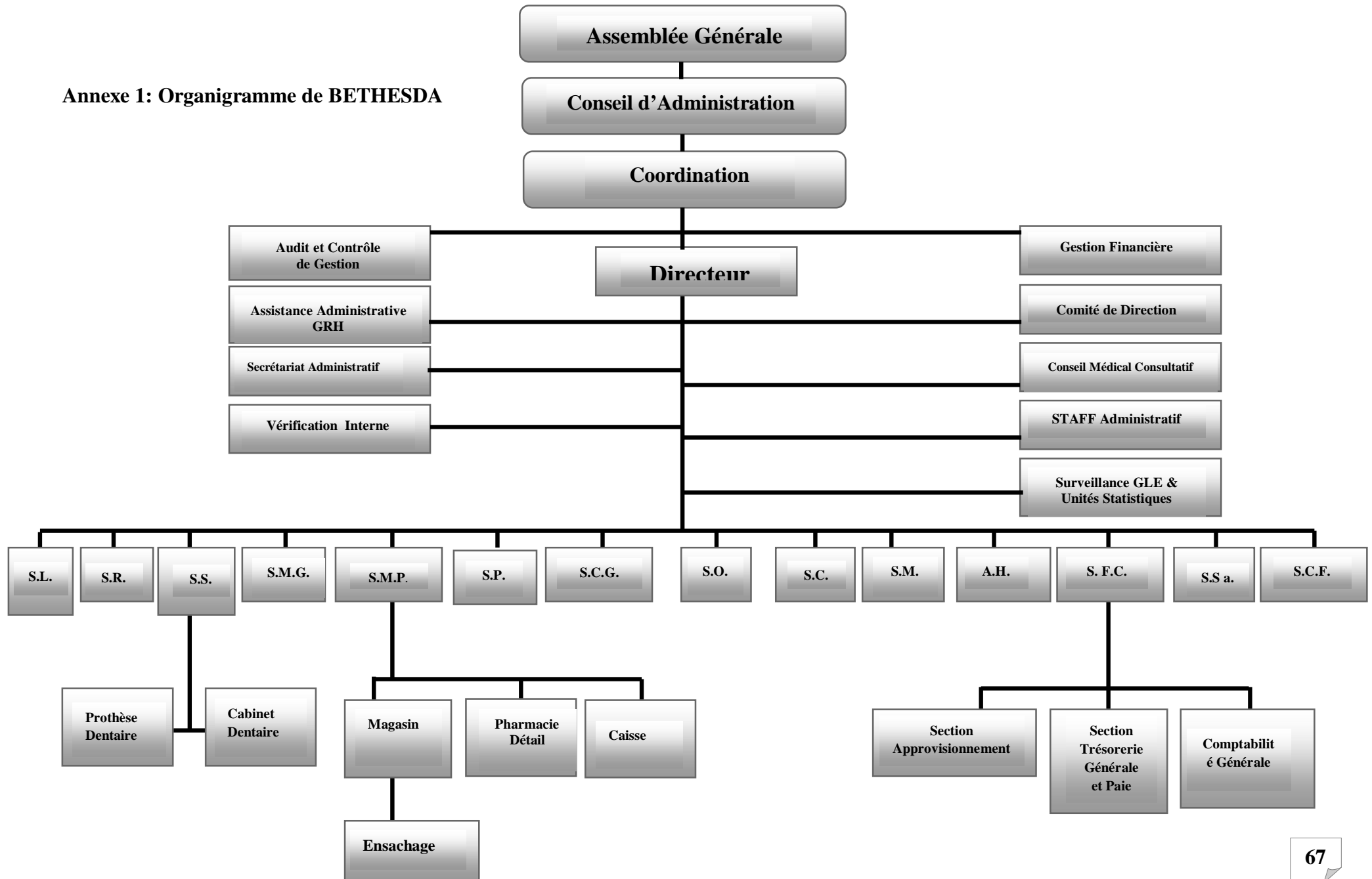
<http://www.jeuneafrique.com/actu>, 19/06/2014 à 12 heures 17 minutes.

<http://www.ipcem.org>, 02/07/2014 à 08 heures 45 minutes.

<http://www.leconflit.com> , 06/10/2014 à 9 heures 42 minutes.

<https://fr.m.wikipedia.org>, 06/10/2014 à 11 heures 05 minutes.

Annexe 1: Organigramme de BETHESDA



S.L. : Service Laboratoire

S.R. : Service Radiologie

S.S. : Service Stomatologie

S.M.G. : Service Médecine Générale

S.M.P : Service Magasin Pharmacie

S.P. : Service Pédiatrie

S.C.G. : Service Chirurgie Générale

S.O. : Service Ophtalmologie

S.C. : Service Cardiologie

S.M. : Service Maternité

A.H. : Annexe Hévié

S.F.C. : Service Finance et Comptable

S.Sa. : Service SARFOR

S.C.F. : Service Consultation pour la Famille

Source : Archives BETHESDA

Annexe 2 : Fiche d'enquête adressée aux patients

UAC/FLASH/DPSE

Date:...../...../20....

**Questionnaire adressé aux
des patients**

Quelques informations concernant les difficultés psychosociales chez les jeunes célibataires séropositifs

Section 1 : caractéristiques générales

1. A quelle tranche d'âge appartenez-vous ?

1. [18 23] 2. [24 29] 3. [30 35]
 4. [36 40] 5. [41 +]

2. Sexe de l'enquêté (e)

1. Masculin 2. Féminin

3. Quelle est votre nationalité ?

1. Béninoise 2. Togolaise 3. Nigériane
 4. Autres à préciser 5. ivoirienne

4. Quelle est votre ethnie ?

1. Fon 2. Bariba
 3. Goun 4. Dendi
 5. Aïzo 6. Adja
 7. Yoruba 8. Autre à préciser
 9. Mahi 10. watchi
 11. cotafon 12. nago
 13. idatcha

5. Quelle est votre religion ?

1. Vodounisme 2. Catholique
 3. Evangélique 4. Autres chrétiens
 5. Islam 6. Athé
 7. Autres à préciser 8. endogène
 9. céleste

6. Quel est votre situation matrimoniale?

1. Célibataire sans enfants 2. Célibataire avec enfants

7. Quel est votre niveau d'étude ?

1. Primaire 2. Secondaire 3. Supérieur
 4. Illettré

8. Quelle profession exercez-vous actuellement ?

1. Etudiant
 2. Elève
 3. Artisan
 4. Fonctionnaire du secteur public
 5. Fonctionnaire du secteur privé
 6. Autres à préciser
 7. revendeuse
 8. ménagère
 9. informaticienne
 10. réceptionniste
 11. formation en hôtellerie

Section 2 : questions relatives aux difficultés psychologiques

9. A quelle date remonte la connaissance de votre sérologie?

1. [0 à 6 mois] 2. [7 à 12 mois] 3. [1 à 2 ans]
 4. [2 ans et plus]

10. Dans quel contexte le test a été réalisé ?

1. Suspicion clinique 2. Analyses pré-nuptiales
 3. Dépistage volontaire 4. CPN

11. Quelle a été votre attitude lors de l'annonce du résultat ?

1. Dénî 2. Indifférence
 3. Pleures 4. Regret
 5. Etonnement 6. je m'attendais à cela
 7. Autres à préciser

12. Quelle perception avez-vous de la séropositivité au VIH?

1. C'est la mort
 2. C'est une maladie chronique comme les autres
 3. C'est la fin de la vie
 4. C'est la honte
 5. C'est la maladie des putes
 6. Autres à préciser
 7. maladie qui fait peur

13. Avez-vous de l'insomnie ?

1. Sommeil paisible 2. Sommeil à 2h du matin
 3. sommeil à 6h

14. Manque d'appétit ?

1. Mange bien 2. Mange peu 3. Ne mange pas

15. Avez-vous des idées de suicide ?

1. Pas du tout 2. Parfois 3. Très souvent

16. Sentez-vous la tristesse ?

1. Pas du tout 2. Parfois 3. Souvent

17. Sentez-vous la nervosité ?

1. Pas du tout 2. Parfois 3. Souvent

18. Êtes-vous inquiet(e) ?

1. Pas du tout 2. parfois 3. Souvent

19. Perte d'intérêt pour parents et amis

1. Pas du tout 2. parfois 3. Souvent

20. Manque de motivation aux activités

1. Pas du tout 2. Parfois 3. souvent

21. Vous est-il arrivé de rater vos prises de médicaments ?

1. Oui 2. Non 3. Si oui---Q23 4. non éligible

22. Quelles en sont les raisons ?

- 1. Oublie
- 2. Fatigue de la prise des comprimés
- 3. Echec sur le plan affectif
- 4. Avenir non prometteur
- 5. Autres à préciser
- 6. voyage imprévu dans le cadre du travail
- 7. manque de moyen pour me ravitailler à temps
- 8. soucis

23. Quels sont les comportements à risque que vous avez eu après la connaissance de votre sérologie ?

- 1. Rapport sexuel non protégé
- 2. Utilisation d'objets coupants d'autres personnes
- 3. Autres à préciser
- 4. aucun

24. Combien de partenaires sexuels avez-vous ?

- 1. J'en ai plus de deux
- 2. J'en ai deux
- 3. J'en ai un seul
- 4. Je n'en ai pas

25. Avec qui aimeriez-vous fonder votre foyer ?

- 1. Un(e) séropositif(ve)
- 2. Un(e) séronégatif(ve)
- 3. N'importe
- 4. je ne peux pas avoir un foyer

26. Si un(e) séropositif(ve) pourquoi?

27. Si un(e) séronégatif(ve), pourquoi?

28. Désirez-vous un enfant?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. N'importe

Section 3 : Questions relatives aux difficultés sociales

29. Etiez-vous avec quelqu'un quand vous avez fait le dépistage ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. c'est après

30. Est-il informé de votre statut?

- 1. Oui
- 2. Non

31. Si oui êtes-vous toujours ensemble ?

- 1. nous sommes toujours ensemble
- 2. Il y eu rupture
- 3. Autres à préciser

32. Si non, pourquoi ?

- 1. Peur de rejet
- 2. Autres à préciser
- 3. je n'ai pas voulu qu'elle le sache
- 4. pour qu'elle n'est pas une mauvaise impression de ma personne
- 5. il n'avait pas demandé d'après moi quand j'étais malade
- 6. les prents ne voulaient pas de lui
- 7. abandon quand j'étais malade
- 8. rupture de la relation
- 9. relation non officielle

33. connaissez-vous son statut?

- 1. séropositif
- 2. séronégatif
- 3. ne sait pas

34. Utilisez-vous le préservatif avant la connaissance de votre statut ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Parfois

35. L'utilisez-vous après le test ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Parfois
- 4. je n'ai pas eu de rapport après la connaissance de mon statut

36. Avez-vous quelqu'un de fixe maintenant?

- 1. j'en ai
- 2. j'en ai pas
- 3. je suis avec eux tous
- 4. je n'ai pas en core choisi

37. si vous en avez quel est son statut?

- 1. séropositif
- 2. séronégatif
- 3. ne sait pas

38. Est-il (elle) informé (e) du votre?

- 1. oui
- 2. non

39. Si vous n'êtes pas avec quelqu'un, êtes-vous à la quête maintenant ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Si Non passez à Q45

40. Depuis quand êtes-vous à la quête ?

41. Quelles démarches avez-vous déjà faites pour le choix de votre conjoint(e) ?

- 1. J'ai confié au personnel
- 2. J'ai sollicité leur médiation
- 3. Je le cherche moi-même

42. Le bord religieux influencerait-il votre union?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Pas nécessairement

43. Etes-vous satisfait de l'aide que vous apporte le personnel soignant ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. Autres à préciser

44. Quelles sont les majeures difficultés rencontrées depuis la recherche du conjoint ?

45. Quelle est la raison qui vous pousse à ne mener aucune démarche pour le choix de votre conjoint(e)?

46. Militez-vous dans une association PVVIH ?

1. Oui 2. Non

47. Quel intérêt portez-vous pour ces associations ?

48. Que suggériez-vous comme aide?

Annexe 3 : Fiche d'enquête à l'endroit du personnel soignant

UAC/FLASH/DPSE
Date:/...../20.....

Questionnaire à l'endroit
du personnel soignant

Quelques informations concernant
les difficultés psychosociales
des célibataires séropositifs

Difficultés psychosociales liées à la séropositivité chez les jeunes célibataires

Du 23 sept. au 23 déc. 2013 - UAC /FLASH /DPSE

Questionnaire à l'endroit des prestataires de service

Section1 : Renseignements Généraux

1. Dans quel service travaillez- vous ?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1. Médecine de soin | <input type="radio"/> 2. Maternité |
| <input type="radio"/> 3. Pédiatrie | <input type="radio"/> 4. Laboratoire |
| <input type="radio"/> 5. Chirurgie | <input type="radio"/> 6. Service Social |
| <input type="radio"/> 7. Autre à préciser | <input type="radio"/> 8. assistance et aumonerie |
| <input type="radio"/> 9. service formation | |

2. Quel est votre Qualification Professionnelle ?

- 1. Médecin
- 2. Sage femme
- 3. Infirmier (ère)
- 4. Psychologue /psychiatre
- 5. Assistant Social
- 6. conseiller psycosocial
- 7. assistante communautaire
- 8. conseiller pastoral hospitalier

3. Sexe de l'enquêté (e)

1. Masculin 2. Féminin

4. Quelle est votre Situation matrimoniale ?

1. Célibataire sans enfant 2. Célibataire avec enfant
 3. Marié 4. Divorcé
 5. Autres à préciser

Section 2 : Questionnaires relatifs aux difficultés psychosociales des célibataires séropositifs

5. Intervenez-vous pour la prise en charge des PVVIH?

1. Oui 2. Non 3. Si 2 ---- fin

6. Recevez-vous des jeunes célibataires séropositifs ?

1. Fréquemment 2. Parfois 3. Pas du tout

7. Expriment-ils le besoin de fondement de fondement de foyer auprès de vous ?

1. Souvent 2. Parfois 3. Pas du tout

8. Comment percevez-vous ce besoin dans leur vie ?

1. Très important 2. Peu important
 3. Pas du tout important 4. important

9. Quels sont les obstacles à la satisfaction de ce besoin dans leur vie ?

10. Comment viennent-ils exprimer ce besoin ou solliciter votre médiation ?

- 1. Pour les aider à choisir un partenaire
- 2. pour les aider à convaincre leur prétendant
- 3. conseils pour trouver de partenaire
- 4. Autres à préciser
- 5. coseils et accompagnement pour trouver un partenaire
- 6. aide pour choisir conseil et convaincre

11. Essayez-vous de leur apporter votre aide ?

1. Oui
 2. Non
 3. oui, pour convaincre et conseil et non pour choisir

12. Si non pourquoi ?

1. Je ne me voie pas capable 2. Je n'ai pas le temps
 3. Je crains les retombés 4. Autres à préciser

13. Si oui, quels sont les efforts déployés ?

14. Par ces efforts, avez-vous réussi à former des couples ?

15. Si oui, ont-ils duré ?

1. Oui
 2. Non
 3. Les couples sont naissants
 4. les couples sont à l'étape de fiançaille

16. ont-ils eu d'enfants ?

1. Oui
 2. Non
 3. Le (s) couple (s) est/sont naissant (s)
 4. pas encore
 5. ne sait pas
 6. certains couple

17. Si non, quelles sont les raisons ?

***DIFFICULTES PSYCHOSOCIALES DES CELIBATAIRES SEROPOSITIFS SUR LE SITE DE
PRISE EN CHARGE DE BETHESDA***

18. Selon vous, l'insatisfaction de ce besoin peut-elle agir sur leur observance ? quelles sont les éventuelles conséquences ?

1. Fréquemment 2. parfois 3. pas du tout

19. Quelles en sont les éventuelles conséquences ?

20. Selon vous, la prise en charge de ce besoin des célibataires séropositifs est-elle nécessaire ?

1. Très nécessaire 2. peu nécessaire
 3. pas du tout nécessaire 4. nécessaire

21. Que suggérez-vous pour l'amélioration de la prise en charge de ce besoin des célibataires séropositifs ?

22. Selon vous, la prise en charge de ce besoin peut-elle contribuer à la baisse du taux de nouvelles infection dans la population ?

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
IN MEMORIAM.....	ii
DEDICACE	iii
REMERCIEMENTS	iv
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ENCADRES	vi
SIGLES ET ACRONYMES	vii
RESUME	viii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCTION.....	3
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	6
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE	7
I- Problématique	7
1.1 Objectifs et hypothèses de recherche	8
1.1.1 Objectif général	8
1.1.2 Objectifs spécifiques	8
1.1.3 Hypothèse générale.....	9
1.1.4 Hypothèses spécifiques	9
II- Clarification conceptuelle.....	9
III- Revue de littérature	15
CHAPITRE II : CADRE PHYSIQUE ET DEMARCHE METHODOLOGIQUE.....	19
I- Cadre physique de l'étude	19
1.1 Historique de l'ONG BETHESDA	19
1.2 Service de la Médecine Générale.....	20
II- Historique et Généralités sur le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH).....	21
2.1 Historique du VIH.....	21
2.2 Epidémiologie du VIH dans le monde, en Afrique de l'ouest et au Bénin	21
2.2.1 Epidémiologie du VIH dans le monde et en Afrique.....	21
2.2.2 Etat de l'épidémie en Afrique de l'Ouest.....	23
2.2.3 Situation épidémiologique du VIH au Bénin	23

2.2.4	Facteurs favorables à l'épidémie du VIH.....	25
2.2.5	Prise en charge des PVVIH.....	27
2.2.5.1	<i>Prise en charge médicale</i>	27
2.2.5.2	<i>Prise en charge psychosociale</i>	28
III-	Démarche méthodologique.....	29
3.1	Recherche documentaire.....	29
3.2	Les travaux de terrain	30
3.2.1	Techniques et outils de collecte des données	30
3.2.2	Echantillonnage	30
3.2.3	Collecte des données.....	31
3.2.4	Les variables étudiées	32
3.2.5	Dispositions éthiques	33
3.2.6	Analyses et traitement des données	33
3.2.7	Difficultés rencontrées	33
	DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE : PRESENTATION, INTERPRETATION DES RESULTATS, DISCUSSION, VERIFICATION DES HYPOTHESES ET SUGGESTIONS	35
	CHAPITRE III : CADRE PRATIQUE : PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS	36
I-	Informations recueillies au niveau des patients.....	36
1.1	Caractéristiques générales	36
1.2	Caractéristiques spécifiques des difficultés sociales.....	37
1.2.1	Existence ou non de partenaire au moment du dépistage	37
1.2.2	Partage du statut sérologique positif avec son partenaire	38
1.2.3	Raisons du non partage du statut sérologique	38
1.2.4	Influence de la séropositivité sur la relation.....	39
1.2.5	Recherche de partenaire et démarche adoptée.....	39
1.2.6	Temps écoulé depuis la recherche	39
1.2.7	Satisfaction du patient par rapport aux aides apportées par le personnel soignant	40
1.2.8	Raisons de démotivation dans la recherche de partenaire.....	40
1.2.9	L'utilisation de préservatifs avant et après la connaissance du statut.....	40
1.3	Caractéristiques spécifiques des difficultés psychologiques	41
1.3.1	Perception de la séropositivité au VIH par les patients	41

1.3.2	Inquiétude liée à la perte de l'amour.....	41
1.3.3	Tristesse liée à la solitude.....	42
1.3.4	Réaction des patients lors de l'annonce du statut positif au VIH.....	42
1.3.5	Vécu de la maladie par les patients.....	43
1.3.6	Désir d'enfants chez les patients.....	44
1.3.7	Souhait des patients par rapport au statut des partenaires.....	44
II-	Informations recueillies au niveau des prestataires de service	45
2.1	Caractéristiques des informations d'ordre général.....	45
2.2	Caractéristiques spécifiques des informations d'ordre social et psychologique	46
2.2.1	Fréquence de réception des célibataires séropositifs par le personnel soignant	46
2.2.2	Expressions et manières d'exprimer le besoin de fonder le foyer auprès du personnel soignant par les patients célibataires.....	46
2.2.3	Obstacles à la satisfaction du besoin exprimé par les patients	47
2.2.4	Perception de ce besoin et apport d'aide par les soignants	48
2.2.5	Formation de couples par le personnel soignant et la durabilité de ces couples	48
2.2.6	Impact de l'insatisfaction du besoin de fonder un foyer sur l'observance et le comportement sexuel du patient	48
2.2.7	Impact de la prise en charge du besoin de fonder un foyer sur la transmission du VIH dans la population.....	49
CHAPITRE IV : DISCUSSION, VERIFICATION DES HYPOTHESES ET SUGGESTIONS		51
I-	Discussion.....	51
II-	Vérification des hypothèses de la recherche	56
III-	Suggestions.....	58
CONCLUSION		59
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		61
Annexe 1: Organigramme de BETHESDA		67
Annexe 2 : Fiche d'enquête adressée aux patients		69
Annexe 3 : Fiche d'enquête à l'endroit du personnel soignant		72