UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

****

3ème Année de Licence en Psychologie

Rapport de stage

SUJET :

Importance de l'éducation thérapeutique sur le stress des personnes vivant avec le VIH/SIDA : cas du CHD-MONO

Rédigé par :

Amandine Mariamine Déborah Houeffa ZOGLOBOSSOU

Maitre de stage :

Mme **Arielle CODJIA,**

Psychologue du CHD-MONO

Maitre de mémoire :

Dr. Ornheilia ZOUNON

Enseignant- Chercheur

DP-FASHS-UAC

Année académique : 2022-2023

SOMMAIRE

DÉDICACES 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACCRONYMES 5
LISTE DES TABLEAUX 6
RÉSUMÉ 7
ABSTRACT 7
INTRODUCTION 8
Chapitre 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage 10
Chapitre2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique 15
Chapitre 3 : présentation des résultats, analyse et discussion 27
CONCLUSION 36
Références bibliographiques : 37
ANNEXE 39
TABLE DES MATIERES 42

DÉDICACES

À :

- mon père Roger Edgard ZOGLOBOSSOU

- ma mère Caroline AGOSSOU

REMERCIEMENTS

Nos reconnaissances à tous ceux et celles qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. Qu'ils reçoivent ici nos vifs respects et notre profonde gratitude ; une mention particulière :

- au Dr. Ornheilia ZOUNON, Enseignant-Chercheur au département de psychologie, notre maitre de mémoire pour sa disponibilité, la patience et la rigueur dont elle a fait preuve dans la rédaction de ce rapport de stage malgré son agenda chargé ;

- à tous les enseignants de la FASHS particulièrement, ceux du département de psychologie qui n'ont ménagé aucun effort pour nous inculquer le meilleur de leur savoir et savoir-faire ;

- à M. Pacôme TOSSOU, Directeur général du CHD MONO-COUFFO, pour nous avoir permis de faire notre stage dans le centre dont il a la charge

- à Mme Arielle CODJIA, Psychologue du CHD-MONO, notre tutrice de stage pour sa gentillesse, son humilité, son accompagnement et ses corrections

- à Mme Faridath IBRAHIM Epouse AHOSSI, ex psychologue clinicienne du CHD MONO-COUFFO pour son accompagnement lors de mon stage d'observation

- à M. Codjo GOUDJO, éducateur thérapeutique du CHD MONO-COUFFO pour son professionnalisme

- à tout le personnel de la médecine du CHD MONO-COUFFO pour l'affection et leurs contributions dans l'atteinte de nos objectifs

- à tous les camarades de la promotion 2020 /2021 pour leur amitié

- à nos frères Franck et Précieux Le Roi pour leur soutient morale et spirituel

A tous, MERCI !

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACCRONYMES

APA : Activité Physique Adaptée

ARVs : Antirétroviraux

CDC : Center for Disease Control

CESES : Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHS : Comité d'Hygiène et de Sécurité

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CODIR : Comité de Direction

CA : Conseil d'Administration

CSAAE : Chef Service des Affaires Administratives et Economiques

CSAF : Chef Service des Affaires Financière

DA : Direction Administrative

DDEMP : Direction Départementale de l'Enseignement Maternel et Primaire

DOT : Directly Observed Therapy

EDSB : Enquête Démographique et de Santé au Bénin

ETP : Education Thérapeutique du Patient / Educateur thérapeutique

MC : Mono-Couffo

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PVVIH : Personnes Vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Services et unités 11

Tableau II : Répartition des enquêtés selon le sexe 27

Tableau III : Répartition des enquêtés selon leur représentation personnelle du VIH avant l'ETP 27

Tableau IV : Répartition des enquêtés selon les sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce du VIH 28

Tableau V : Répartition des enquêtés selon la brutalité ou non de l'annonce de l'état sérologique des PVVIH 29

Tableau VI : Répartition des enquêtés selon leur connaissance des voies de transmission du VIH avant l'ETP 29

Tableau VII : Répartition des enquêtés par rapport à la relation thérapeute-patient 30

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon le fait que le regard de leur proche ou de leur milieu les affecte ou pas 30

Tableau IX : Répartition des enquêtés par rapport à la représentation personnelle du VIH/sida après l'ETP 31

Tableau X : Répartition des enquêtés selon la nécessité de l'ETP 31

RÉSUMÉ

L'existence du VIH/SIDA chez les patients atteints de cette maladie, qui peuvent être confrontés à des défis complexes tels que la stigmatisation sociale, la discrimination, l'isolement social et la complexité du traitement médicamenteux implique le stress chez ceux-ci. Ainsi, le sujet : « Importance de l'éducation thérapeutique sur le stress des personnes vivant avec le VIH/SIDA » a attiré notre attention. Notre recherche a pour objectif de démontrer que l'éducation thérapeutique entraine le bien-être mental et physique des PVVIH surtout au CHD- MONO. Nous avons utilisé une méthode quantitative basée sur l'administration de questionnaire auprès de vingt (20) personnes qui ont été questionnées. Cette recherche a montré que l'éducation thérapeutique joue un rôle crucial dans la gestion du stress chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA. L'éducation thérapeutique aide les patients et leurs proches à comprendre leur maladie, à mieux gérer leur traitement et à améliorer leur qualité de vie. Alors l'ETP est indispensable pour aider à réduire le stress et l'anxiété en offrant aux patients des moyens de faire face aux défis liés à leur maladie.

Mots-clés : stress - éducation thérapeutique - stigmatisation sociale - VIH/SIDA - CHD-MONO

ABSTRACT

The existence of the VIH/AIDS among the patients affected by this illness, that can be confronted to complex challenges as the social stigmatization, the discrimination, the social isolation and the complexity of the medicinal treatment implies stress at these. Thus, the topic: "Importance of the therapeutic education on the stress of people living with the VIH attracted our attention ". Our research has for objective to demonstrate that the therapeutic education especially dragged the mental and physical well-being of the PVVIH to the CHD MONO. We used a quantitative method based on the administration of questionnaire by twenty (20) people who has been questioned. This research showed that the therapeutic education plays a crucial role in the management of stress at people living with the VIH / AIDS. The therapeutic education helps the patients and their near to understand their illness, to manage their treatment better and to improve their quality of life. Then the ETP is indispensable to help to reduce stress and the anxiety while offering the patients of the means to face the challenges bound to their illness.

Keywords: stress - therapeutic education - social stigmatization - HIV/AIDS- CHD-MONO

INTRODUCTION

Le VIH/SIDA est l'un des problèmes de santé mondiaux les plus préoccupants, touchant des millions de personnes à travers le monde. Depuis son émergence, cette maladie a eu des répercussions dramatiques sur la santé physique et mentale des individus infectés. En plus de l'impact direct sur la santé, les personnes vivants avec le VIH/SIDA font souvent face à de nombreux défis psychosociaux, comme la stigmatisation, l'isolement social, la peur du rejet, et l'anxiété face à l'avenir. Ces facteurs contribuent largement à accroître leur niveau de stress et à altérer leur qualité de vie globale.

Au Bénin, le Centre Hospitalier Départemental du Mono-Couffo (CHD-MC) joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients vivants avec le VIH/SIDA. Dans ce contexte, l'éducation thérapeutique se présente comme une approche cruciale pour améliorer le bien-être mental et physique des personnes vivant avec cette maladie dévastatrice. L'éducation thérapeutique, selon l'auteur Dominique Peljak (2011), s'appuie sur la confiance donnée aux malades quant â la manière dont ils respecteront les règles de prévention enseignée par l'équipe médicale. Ce rapport de stage vise à démontrer l'importance de l'éducation thérapeutique sur le stress des patients vivant avec le VIH/SIDA, en mettant particulièrement l'accent sur le cas du Centre Hospitalier Départemental du Mono au Bénin.

Les patients vivant avec le VIH/SIDA sont souvent confrontés à des représentations personnelles et sociales négatives de la maladie, alimentées par la méconnaissance et les préjugés. Ces perceptions erronées entraînent une détresse psychologique supplémentaire, renforçant ainsi le cercle vicieux du stress et de l'angoisse. Dans ce contexte l'éducation thérapeutique apparaît comme une approche pertinente pour remédier à cette problématique et améliorer la santé mentale des patients. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle à la fin de notre formation de licence au département de Psychologie, nous avons choisi comme thème de recherche : « Importance de l'éducation thérapeutique sur le stress des personnes vivants avec le VIH/SIDA : cas du Centre Hospitalier Départemental du Mono (CHD-Mono)».

L'objectif général de cette étude est donc de démontrer que l'éducation thérapeutique joue un rôle crucial dans l'amélioration du bien-être mental et physique des patients vivants avec le VIH/SIDA, en mettant l'accent sur le cas spécifique du Centre Hospitalier Départemental du Mono (CHD-Mono) au Bénin.

Dans cette optique, il sera opportun de mettre en évidence le lien entre le stress des patients vivant avec le VIH/SIDA et les mauvaises représentations personnelles et sociales de la maladie ; d'analyser en détail par la suite les différentes difficultés sociales, psychologiques et médicales auxquelles les personnes vivant avec le VIH/SIDA sont confrontés au sein du CHD-MC. D'autres points cruciaux tels que l'étude des effets positifs de l'éducation thérapeutique en tant qu'approche globale pour la prise en charge des difficultés psychosociales et médicales chez les patients du CHD-MC et l'examen des résultats probants démontrant que l'éducation thérapeutique favorise une meilleure adaptation au stress lié au VIH/SIDA et améliore la qualité de vie globale des patients, seront abordés.

Pour ainsi dire, ce rapport s'articule autour de trois grandes parties. Dans un premier temps, nous abordons l'impact du VIH/SIDA sur le bien-être mental des patients, en mettant en évidence les sources de stress et les représentations sociales négatives associées à la maladie. Ensuite, nous nous concentrons sur le rôle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des difficultés sociales, psychologiques et médicales chez les patients du CHD-MC. Enfin, nous examinons les résultats concrets de l'éducation thérapeutique et les améliorations observées quant au bien-être mental et physique des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Chapitre 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage

Le CHD-MC est présenté à travers son historique, ses missions et sa structure organisationnelle.

1.1. Description du lieu de stage :

Le CHD-MC se trouve au Bénin, dans le département du MONO, dans la ville de Lokossa au quartier Guincomey devant l'ancienne station de la SONACOP de Lokossa ou derrière la DDEMP.

1.1.1. Historique et missions du CHD -MONO

- **Historique**

Dans l'idée de doter le département du Mono et du Couffo d'un seul centre adéquat pour les soins sanitaires de qualités, le partenariat Sino-Béninois a ouvert les portes d'un établissement (CHD Mono-Couffo) sanitaire public à caractère social doté d'une personnalité morale et jouissant d'une semi autonome financière. Il est placé sous la double tutelle technique et administrative. Il fonctionne sur la base des orientations données par le conseil d'administration et les commissions consultatives. Depuis sa création, le CHD-MC a connu à sa tête jusqu'à ce jour sept directeurs à savoir : Marcellin AYI (1997-1999) ; Candite HOUNKANRIN (1999-2001), Pascal OMYALE (2001-2004), Same AMOUSSOU (2004-2012), Oscar AMOUSSOU, M. Nicolas A. AYEDAYO et enfin Pacôme TOSSOU

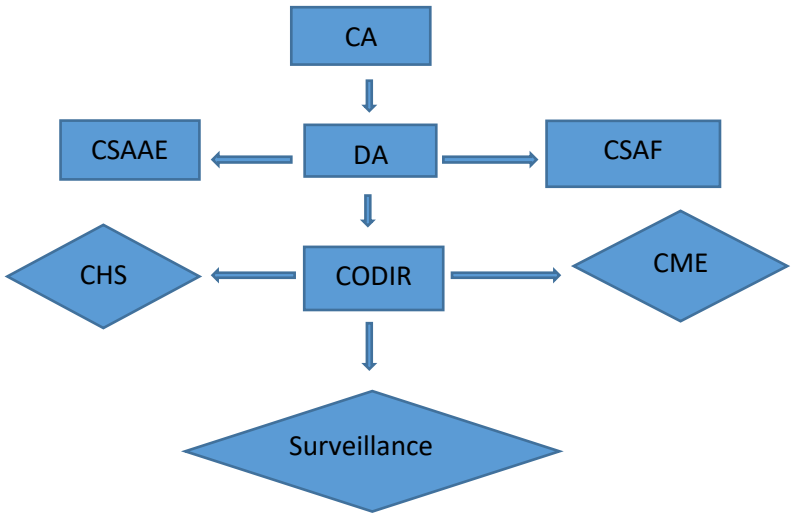
- **Missions**

- Accueillir les malades
- Diagnostiquer les maladies
- Hospitaliser les malades qui sont dans le besoin
- Administrer les soins aux malades
- Veiller à la réduction du taux de mortalité

1.1.1.1. Organisation et Fonctionnement

Au terme du décret n° 90-347 du 14 Novembre 1990 portant approbation des statuts des centres hospitaliers départementaux et formations sanitaires assimilés, le CHD est administré par un conseil d'administration investi des pouvoirs les plus étendus pour agir en toutes circonstances au nom de l'établissement dans la limite de l'objectif social. Les organes de gestion du CHD-MC à l'instar de tous les CHD sont ainsi présentés :

Figure 1 : organigramme du CHD-MC



La plate-forme technique du CHD-MC compte les services et unités ci-après :

TABLEAU I : Services et unités

SERVICES	UNITES
Médecine	Psychologie, nutrition, dermatologie, diabétologie.
Laboratoire	Banque de sang
Ophtalmologie	-
Stomatologie	-
Cardiologie	-
Pédiatrie	-

Chirurgie	-
Maternité	-
Réanimation	-
Kinésithérapie	-
Imagerie médicale	-
Urgence	-
Pharmacie	-
Stérilisation	-
Morgue	-
Oto-rhino-laryngologie	-

➢ Déroulement de stage

1.2. <u>Description des activités menées</u>

Il s'agit de faire le point de comment s'est déroulé le stage et de mettre un accent particulier sur les acquis en ces moments de partages professionnels.

Nous avons eu à effectuer plusieurs activités pendant notre stage. Au nombre de ces activités, nous pouvons citer :

- **La consultation psychologique** :
  - ➢ l'accueil des patients qui consiste à introduire les patients dans la salle de consultation, à demander d'après leur état depuis la dernière séance.
  - ➢ l'entretien psychologique axé sur l'écoute des patients. Autrement dit, nous avons appris à mieux savoir la façon dont le traitement évolue, écouter leurs préoccupations, leurs peines et difficultés sans porter aucun jugement.

- Le remplissage des fiches de consultation psychologique de chaque patient qui comportent les identifiants du patient et des représentations sociales sur la maladie du SIDA (savoir si le patient est stigmatisé ou non).
- La thérapie motivationnelle pour relever et donner du courage aux PVVIH afin qu'ils se ressaisissent pour mieux affronter la maladie.
- La psychothérapie de soutien et la psychoéducation.

- **L'éducation thérapeutique individuelle et celle de groupe**
    - La transmission de connaissances ou d'informations à travers les flyers, les portes- documents ;
    - Le développement d'une relation proche avec les patients permettant d'aborder avec chacun ses problèmes particuliers, de cerner ses besoins et ses attentes spécifiques ;
    - Les échanges d'expériences entre patients, confrontations de points de vue, rupture du sentiment d'isolement, stimulation des apprentissages.

Enfin, nous avons eu à faire des photocopies et à classer puis ranger les dossiers des PVVIH.

1.2.1. <u>Acquis du stage</u>

Ce stage a été pour nous une occasion inédite d'examiner la matérialité des connaissances théoriques acquises. Outre le fait de nous être accommodé avec les réalités du monde professionnel, nous avons pu comprendre le fonctionnement réel des activités dans un milieu hospitalier. Ainsi, force est de constater une importante disproportion entre les cours théoriques qui nous ont été dispensés en milieu universitaire et les réalités du terrain.

À l'avenir, il nous sera aisé d'accueillir les patients, de les écouter, de les laisser se vider, de faire une hypothèse diagnostic psychologique. De plus, nous sommes capables : de déchiffrer le langage corporel, de savoir gérer nos propres émotions (ne pas fondre en larmes devant les patients à l'écoute de leurs situations) ; d'être bienveillante, de se montrer intéressée par les explications et le ressenti du patient ; de ne pas juger négativement, de souligner les réussites et les efforts du patient. Durant ce stage, nous avons appris comment ranger les dossiers des PVVIH et aussi comment se déroule l'ETP de groupe.

1.3. Difficultés

1.3.1. Difficultés rencontrées

Notre stage s'est effectué sans difficulté majeure. Au début nous avons dû faire face aux réalités du manque d'expérience dans l'exécution des diverses tâches soumises à notre traitement. Il nous a été difficile de ne pas fondre en larmes devant les patients face à leurs situations. Cependant nous avons pu finalement concilier théorie et pratique pour pallier ces difficultés.

1.3.1.1. Problèmes identifiés

Quelques problèmes ont attiré notre attention durant notre stage au CHD-MC. Parmi ces problèmes, figurent :

- La non disponibilité de salle adéquate à une consultation psychologique
- Le manque de moyen financier des patients (PVVIH) qui ont des difficultés à venir prendre leur ARV ou à venir aux entretiens.

1.3.1.1.1. Recommandation

Nous suggérons les solutions suivantes pour une gestion plus optimale de l'unité de psychologie :

- Mettre à disposition un cadre personnel neutre pour les consultations psychologiques;
- Dialoguer avec les organisations internationales et/ou gouvernementales ou non gouvernementales dans l'optique d'obtenir un fond de subvention pouvant aider les PV VIH pour leur transport.

Chapitre2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique

Cette partie est consacrée en un premier temps aux définitions ; ensuite à la revue de littérature et de la problématique et enfin à la détermination des objectifs, l'émission des hypothèses et au choix de l'approche méthodologique de la recherche.

2.1. Définition

2.1.1. Education thérapeutique

Selon la définition du rapport OMS-Europe publié en 1996, l'éducation thérapeutique du patient « vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique ».

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient ; elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

2.1.2. Stress

Le stress est un état d'inquiétude ou de tension mentale causé par une situation difficile. En effet, il est une *«transaction particulière entre un individu et une situation dans laquelle celle-ci est évaluée comme débordant ses ressources et pouvant mettre en danger son bien-être»* (Lazarus et Folkman, cité par Roger N. (2018)). Cette définition fait ressortir deux entités importantes qui sont : une situation et des ressources. En fait, les ressources permettent de faire face à la situation menaçante, elles sont regroupées dans le concept de « *coping* » ou stratégie d'adaptation. En outre, Le Robert donne une définition plus large du stress. Pour lui, le stress est une réaction de l'organisme à une agression, un choc physique ou nerveux. Autrement dit, il s'agit d'une réponse humaine naturelle qui incite l'organisme à relever les défis et à faire face aux menaces (choc physique, épreuves etc.) auxquels il est confronté.

2.1.3. VIH/SIDA

Selon World Health Organisation, on désigne par « syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) » les stades les plus avancés de l'infection du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). De plus, l'OMS quant à lui, clarifie le VIH d'une infection qui attaque le système

immunitaire de l'organisme, en particulier les globules blancs appelés cellules CD4+. En effet, le VIH détruit ces cellules CD4+ qui affaiblit l'efficacité du système immunitaire du patient contre des infections telles que la tuberculose et certains cancers.

2.2. Revue de littérature

2.2.1 Etiologie du VIH

Il est à noter que pendant plus de deux ans, le VIH et le SIDA ont fait des chemins différents, le SIDA existait déjà depuis 1981 dans les communautés homosexuelles masculines, bisexuelles de certaines zones d'Amérique, d'Europe occidentale, ainsi que les hommes et les femmes à partenaire sexuel multiple de certaines régions de Caraïbe et d'Afrique (Turner et McIntyre, 1999 ; le grand Larousse Médical, 2003). Certaines formes de maladies jusqu'alors rares comme le Sarcome de Kaposi et des pneumopathies fongiques se développaient de plus en plus dans certaines villes américaines. Plusieurs hypothèses se sont formulées parmi lesquelles celles d'un microbe infectieux transmis par des pratiques sexuelles effrénées et hasardeuses, renforcées par la prise de drogues avec partage d'aiguilles, mais on savait déjà en 1981 que l'effondrement du système immunitaire pouvait avoir de multiples causes.

Par ailleurs, Turner et McIntyre (1999) font remarquer qu'en mai 1983, Luc Montagnier et ses collègues de l'Institut Pasteur (Paris) publièrent dans la revue *Science* un article intitulé « Isolement d'un rétrovirus T-lymphotropique chez un patient à risque vis-à-vis du Syndrome d' Immuno Déficience Acquise (SIDA) ». Rappelons que le premier rétrovirus avait déjà été découvert par Robert Gallo aux USA en 1979, ce dernier était à l'origine de certaines formes de leucémie. Cependant, Montagnier et ses collaborateurs n'avaient pas jusqu'alors réalisé qu'ils ont découvert le virus qui est à l'origine du SIDA, leur article faisait référence à l'isolement d'un nouveau virus : le VIH1.

Pour l'évolution de la science, ils envoyèrent plusieurs échantillons en Amérique avec autorisation de les exploiter à des fins d'études biomédicales, de biologie et de biologie moléculaire. C'est en 1986 que les chercheurs français ont pu isoler une nouvelle souche de rétrovirus avec pour structure proche de celle de VIH1, l'origine géographique de cette nouvelle souche baptisée VIH2 se situerait en Afrique de l'ouest (Aubry, 2013). Jusqu'à nos jours, il n'existe pas de certitude sur l'origine géographique du VIH1.

C’est finalement en mai 1984, que Gallo, Popovic et leurs collègues ont publié un article affirmant qu’ils ont trouvé la cause « probable » du SIDA, elle n’était autre que le VIH. Il en ressort clairement que la paternité du VIH/sida est attribuée à deux pays (France et USA) entre les chercheurs tels que Montagnier et ses collègues puis Gallo, Popovic et leurs collègues. Par ailleurs, nous n’avons pas trouvé un article scientifique retraçant clairement l’étiologie géographique du VIH, on accuse du moins les primates siémens et macaques d’être le porteur asymptomatique pour le premier et un porteur symptomatique pour le deuxième. Il existe cependant plusieurs modes de transmission du VIH au sein de la population humaine.

2.2.2. Voie de transmission du VIH

Plusieurs voies de transmission sont prises par le VIH. En effet, il est un virus qui se transmet d’une personne à une autre et peut infecter tout le monde (Allaire et Mayer, 2016).
Par ailleurs, le Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida (CESES) propose une classification divisée en 4 stades cliniques. Il s’agit du stade clinique 1 au cours duquel le patient après une phase asymptomatique présente des adénopathies persistantes généralisées. Ensuite, le stade clinique 2 est caractérisé par une perte de poids inférieure à 10 % du poids corporel, des manifestations cutanéomuqueuses mineures (dermite séborrhéique, ulcérations buccales récidivantes), un zona au cours des 5 dernières années, des infections récidivantes des voies respiratoires supérieures. Le stade clinique 3 quant à lui est défini par une perte de poids supérieure à 10 % du poids corporel, une diarrhée chronique sans étiologie pendant plus d’un mois, une fièvre prolongée inexpliquée pendant plus d’un mois, une candidose buccale (muguet), une tuberculose pulmonaire dans l’année précédente, des infections bactériennes sévères (pneumopathies par exemple). Enfin, le stade clinique 4 est atteint lorsque le patient présente une pneumocystose, une toxoplasmose cérébrale, une maladie de Kaposi, un lymphome, une mycobactériose atypique généralisée et plus généralement toute affection grave apparaissant chez un patient infecté par le VIH, ayant une baisse importante de son immunité (taux lymphocytes CD4 inférieur à 200 par mm3). Après les stades, nous faisons place à l’évolution de l’infection au VIH.

Selon Fener et Criton (2007) on distingue 4 phases lors d'une infection par le virus de l’immunodéficience humaine. Tout d’abord, il y a la primo-infection qui se situe juste après la contamination par le VIH et au cours de laquelle le nombre de virus augmente fortement, puis diminue rapidement, du fait de la réponse du système immunitaire. S’en suit la phase

asymptomatique au cours de laquelle l'individu atteint ne présente aucun symptôme de la maladie, avec un nombre de virus qui n'augmentent que très légèrement mais un nombre de variantes dû aux mutations qui croissent fortement. Biologiquement, les lymphocytes T sont progressivement détruits par le virus.

Par ailleurs, on distingue d'une part la phase symptomatique mineure qui peut ne survenir que 2 ou 15 ans après la contamination. En effet, certains symptômes apparaissent, comme un amaigrissement rapide, une fièvre de plus d'un mois, un herpès extensif, des sinusites ou infections pulmonaires inhabituelles, une diarrhée persistante. Enfin, la phase symptomatique majeure ou sida qui est la conséquence d'un système immunitaire débordé. Le nombre de virus augmente fortement. Des infections opportunistes et des prolifération cellulaires malignes apparaissent.

2.2.3. Représentation du patient sur le VIH

Les patients eux-mêmes ont une perception particulière de leur mal. Les études de Carelle, K., et al (2023) montrent qu'il existe des liens significatifs entre l'estime de soi, l'image du corps et la honte corporelle. En effet, cette étude révèle que les femmes n'expriment pas davantage une insatisfaction corporelle et de la honte par rapport à leur corps et que leur niveau d'estime de soi n'est pas moins élevé que celui des hommes. De plus, il montre qu'en s'appuyant sur la comparaison intergroupe, l'estime de soi est plus faible chez les jeunes dans certains groupes d'âge. Autrement dit, l'estime de soi est plus faible chez les jeunes patients atteints du VIH.

2.2.4. Représentations sociales sur les PVVIH

La société ou l'entourage immédiat des patients du VIH a elle / lui aussi, une représentation ou une perception du VIH. La représentation sociale des personnes vivant avec le VIH en fait, peut varier en fonction des attitudes, des croyances et des connaissances de chaque individu et de chaque société. Cela dit, plusieurs études ont examiné les représentations sociales des patients du VIH. Ceci dit, Parker et Aggleton (2003) ont mené une étude sur les représentations sociales du VIH/sida en Europe et ont constaté que de nombreux discours sur le VIH étaient stigmatisant, tendant à blâmer les patients pour leur infection et à les considérer comme immoraux ou irresponsables. De plus, l'étude menée par Mahajan et coll. (2008) aux États-Unis a révélé que certaines représentations sociales du VIH

étaient marquées par la peur et la méfiance envers les patients, avec des croyances erronées selon lesquelles le VIH pouvait être transmis par le contact social commun.

En outre, en Afrique subsaharienne, où le VIH est plus répandu, une étude effectuée par Bonnington et coll. (2012) a démontré que les représentations sociales du VIH variaient, avec certains participants considérant les patients comme des victimes innocentes et dignes de sympathie, tandis que d'autres les percevaient comme moralement dépravés ou négligents. En d'autres termes, ces études soulignent l'importance de comprendre les représentations sociales du VIH afin de lutter contre la stigmatisation et de promouvoir une meilleure compréhension et prise en charge des patients vivant avec le VIH. Il convient de noter que ces représentations peuvent évoluer avec le temps et varier d'une région à l'autre.

2.2.5. Difficultés sociales, psychologiques et culturelle

Dans le corps médical, légions sont les difficultés auxquelles ils sont confrontés dans l'éducation thérapeutique des patients.

2.2.5.1. Difficultés Psychologiques

Accepter de vivre avec le VIH/sida peut prendre du temps… Il est donc normal que les patients passent par les stades psychologiques aujourd'hui bien connus (choc, déni, colère, marchandage, retour sur soi plus ou moins dépressif, résignation, acceptation active…) Carelle K., et al. (2023). En effet, le refus du traitement doit faire rechercher la non-acceptation de la maladie comme le montre les études de Carelle K., et al. (2023). Cette étude révèlent la situation où Mlle V. a été contaminée par voie sexuelle ; elle n'accepte pas cette maladie qui la « salit ». Elle n'accepte pas non plus les traitements qu'elle vomit systématiquement (souvent même avant de les avaler…). *Un an de psychothérapie lui permettra d'accepter de vivre avec le virus… et d'accepter les traitements.* De plus, Carelle K., et al. (2023) soulignent que les vrais dénis de réalité sont rares, et nécessitent l'intervention d'un psychologue pour la réussite de l'éducation thérapeutique. Les dénégations, c'est-à-dire les refus conscients de la maladie, sont plus fréquentes : « *le traitement c'est pour les autres, je n'en ai pas besoin, j'ai 20 T4 et tout va bien !* » Le psychologue doit permettre au patient d'exprimer ce déni et l'aider à l'analyser pour arriver à la surmonter.

2.2.5.2. Difficultés culturelles

Il existe quelques difficultés liées à la représentation culturelle et/ou religieuse. En effet, Carelle K., et al. (2023) soulignent comme problèmes liés à la culture : l'envoûtement, le maraboutage, le vaudou… Quelques témoignages ont été recueillis par ces auteurs. Il s'agit de :

- «*Je dois d'abord réussir à lever le mauvais sort que mon oncle a fait faire à mon encontre* »;
- «*Le traitement de l'hôpital ne suit pas les recommandations de la médecine traditionnelle*».

Cependant, un tiers refuse de reconnaître leur séropositivité en se créant de fausses idées comme, Carelle K., et al. (2023) le mentionnent :

- « *Le VIH m'a enlevé mon utérus* » ;
- « *Je n'ai pas le VIH mais j'ai un cancer* ».

En ce qui est des croyances religieuses, Carelle K., et al. (2023) rapportent les propos de quelques enquêtés :

- « *Le pasteur/prêtre m'a délivré du mal par la prière* » ;
- « *C'est Dieu qui donne la maladie, c'est lui seul qui peut guérir* ».

2.2.5.3. Difficultés psychosociales

L'isolement est l'un des aspects majeurs de la vie avec le VIH, qui risque de mettre en péril l'accès aux soins et l'inscription dans un traitement et un suivi sur le long terme comme le montre l'entretien avec Mme F. qui dit : « *je ne peux pas prendre mon traitement car à la maison, personne ne sait que je suis malade* » (Carelle K., et al., 2023). Ainsi, garder pour soi la maladie ne permet donc pas, une bonne observation thérapeutique. Outre cela, les auteurs montrent que la précarité sociale et financière aussi constitue un véritable frein à l'éducation thérapeutique comme le coût des déplacements pour certains patients.

2.2.6. Problèmes rencontrés au cours des séances d'ETP

Les éducateurs thérapeutiques sont confrontés à plusieurs problèmes dans cette tâche. En fait, le problème du manque de temps représente la première difficulté rencontrée. Cette

activité, qui par essence demande du temps, a bien du mal à s'installer dans les équipes, sans le plus souvent d'allocation de moyens supplémentaires (Noëlle B., 2014)… En effet, le fait que cette activité est récente et n'est pas accompagnée de moyens supplémentaires. Sur le terrain, cela représente une véritable difficulté : dégager du temps pour la mise en place du programme, les consultations d'ETP, l'évaluation des patients et du programme, sans toutefois négliger les autres activités de soins… Aussi, note-t-on une vraie gageure au quotidien ! La motivation des soignants, médecins et paramédicaux (qui trouvent dans cette activité la vraie dimension du « soin ») est ici essentielle pour faire perdurer cette activité (Noëlle B., 2014)… Par ailleurs, sur le plan plus technique, des difficultés émergent telles que le manque de locaux dédiés et le coût des déplacements pour certains patients, non pris en charge (Noëlle B., 2014).

2.2.7. Importance de l'éducation thérapeutique

Le rapport de 1998 du Bureau européen de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'éducation thérapeutique du patient apparaît comme le texte fondateur de cette pratique. En effet, selon l'OMS, l'objectif de l'ETP est de « permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale avec leur maladie. Il s'agit par conséquent d'un processus permanent, intégré dans les soins et centrés sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles et les comportements de santé et de maladie » (Dominique P., 2011) .

Par ailleurs, selon Dominique P. (2011), on propose une ETP, parce qu'elle est complémentaire et indissociable des traitements et des soins, du soulagement des symptômes, de la prévention des complications d'une part. D'un autre côté, l'ETP est nécessaire puisqu'elle participe à l'amélioration de la santé du patient (biologique, clinique) et à l'amélioration de sa qualité de vie et à celle de ses proches puis elle permet au patient d'acquérir et de maintenir des compétences d'auto-soins, d'acquérir ou de mobiliser des compétences d'adaptation.

En outre, une offre d'ETP s'adapte en termes de moyens et de durée aux besoins d'éducation du patient. Elle comprend : une séance individuelle d'élaboration du diagnostic éducatif ou son actualisation pour identifier les besoins et les attentes du patient, formuler

avec lui les compétences à acquérir et les priorités d'apprentissage ; des séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles ou en alternance pour l'acquisition des compétences d'auto-soins et la mobilisation ou l'acquisition de compétences d'adaptation, et leur maintien. De plus, elle comprend également une séance individuelle d'évaluation des compétences acquises, des changements mis en œuvre par le patient dans sa vie quotidienne et du déroulement du programme individualisé ; une coordination des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de la maladie chronique autour et avec le patient. Et si le patient le sollicite ou si le professionnel de santé le juge nécessaire, une séance individuelle dédiée peut lui être proposée pour actualiser le diagnostic éducatif, permettre un apprentissage spécifique, évaluer les compétences acquises.

2.2.8. Comment intégrer l'éducation thérapeutique dans le parcours du patient ?

Morlat P. (2013) dit que « *Toute personne vivant avec le VIH doit se voir proposer l'accès à un programme d'ETP* ». En effet, « *si la part des morbidités strictement liés au VIH tend toujours à diminuer, le vieillissement de la population et l'exposition à de nombreux facteurs de risque cardiovasculaires et de cancers expliquent en très grande partie le profil de morbidité et de mortalité observé chez les PVVIH ces dernières années* » Morlat P. (2013). Le contrôle durable de la charge virale VIH au cours du suivi des PVVIH ne devient ainsi qu'un objectif parmi d'autres à atteindre pour les soignants. Ces constatations, associées au fait que l'infection par le VIH fait également intervenir des dimensions psychologiques et sociales majeures, plaident pour « *une approche multidisciplinaire et le renforcement des structures d'ETP dans les centres prenant en charge les PVVIH* » Morlat P. (2013). Selon ce dernier, les programmes d'ETP doivent proposer des parcours éducatifs personnalisés visant à renforcer certaines compétences d'auto-soins et d'adaptation relationnelle du patient. Cette prise en charge doit être pluridisciplinaire, impliquant non seulement les professionnels de santé : médecins, infirmier(e)s, psychologues, travailleurs sociaux, diététiciennes,… mais également les associations de patients. L'orientation vers des ateliers diététiques, d'activité physique adaptée (APA) et, depuis peu, de socio-esthétique, s'intègre complètement dans cette démarche.

Bien plus, à chaque étape, et comme dans toute démarche éducative, il s'agit :

- de partir de ce que le patient sait déjà pour compléter ou adapter les explications sur la maladie et les traitements et accompagner le changement ;

- fixer des objectifs de changement de comportement réalistes et pertinents, et vérifier de consultation en consultation qu'il y arrive (par exemple : diminuer sa consommation d'alcool ou de tabac) ;
- l'aider à trouver ses propres solutions : éclairer son cheminement, et non le guider ;
- identifier les déterminants motivationnels du patient (en quoi les efforts à fournir seront finalement bénéfiques sur ses propres indicateurs de qualité de vie), ainsi que les freins ;

2.3. Problématique

À l'image de toutes autres maladies ou toute infection chronique, l'éducation thérapeutique occupe une place déterminante dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/ Sida. Elle vise à *« développer chez le patient des compétences d'autosoin et d'adaptation lui permettant de vivre le mieux possible avec sa maladie et son traitement. »* (Bentz, 2010 : 198). En effet, comme lors des autres maladies chroniques, les personnes atteintes du VIH sont fragilisées par la durée et la nécessaire permanence de l'inscription dans le soin (suivi et prise des traitements sur le long terme). En fait, l'adhésion du patient au discours et au traitement fait partie du processus de disciplinarisation du corps nécessaire à la réussite thérapeutique.

Cependant, au cours de l'infection liée au VIH, il existe des particularités supplémentaires liées au caractère transmissible de l'infection et à l'émergence possible de virus résistants en cas de mauvaise observance du traitement, avec ses conséquences individuelles sur la santé de la personne, mais aussi collectives. Ainsi, l'impact psychologique et social en fait une maladie « pas comme les autres ». L'éducation thérapeutique trouve ici toute sa place, dans une démarche pluridisciplinaire, qui prend en compte toutes les dimensions de la personne affectée par la maladie, afin qu'elle retrouve ou améliore sa qualité de vie. Cette éducation thérapeutique s'inscrit dans la durée et suppose chez les soignants un investissement dans le temps qui ici est beaucoup plus long dans la mesure où, la prescription du médicament au patient suppose que le soignant ait conquis son adhésion au traitement.

En face d'une telle situation urgente qu'est celle des PVVIH, il urge une éducation thérapeutique pour mieux apprendre à ceux-ci de gérer le stress. Par ailleurs, selon le ministère de la Santé de la France, l'éducation thérapeutique est un processus qui vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoins pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Vu sous cet angle la nécessité de l'éducation thérapeutique n'est plus à démontrer. Elle présente plusieurs avantages. L'ETP permet d'aborder le vécu du patient, avoir une meilleure connaissance du patient et cerner ses besoins (H. Mosnier-Pudar, et G. Hochberg-Parer, 2008). En ajout, selon Wilson SR. (1997), l'ETP développe une relation qui permet d'être plus proche du patient tout en abordant ses attentes spécifiques. Le malade a surtout besoin de gérer son traitement en fonction des différentes situations auxquelles il va se confronter (Wilson SR., 1997).

Face au VIH qui est une maladie chronique, le stress est la première réaction psychologique qui survient à l'annonce de l'état séropositif des sujets.

Par ailleurs, au Bénin, le taux de prévalence du VIH/SIDA s'est stabilisé autour de 1,2% de 2002 à 2005 avant de passer et stagner à 1,2% depuis 2006 selon l'EDSB (2011-2012). D'après le rapport national de suivi de déclaration politique sur le VIH/SIDA 2014, la prévalence est estimée à 1,60% (stratégie de coopération de l'OMS avec le BENIN, 2016-2019). Le cas est le même au CHD-MC où on remarque un fort taux de contagion du VIH/SIDA. Face à cette urgence, on est en droit de se demander quelle est l'importance de l'éducation thérapeutique sur le stress de personnes vivants avec le VIH/SIDA spécialement au CHD-MC ?

2.4. Objectif général

Démontrer que l'éducation thérapeutique entraîne le bien-être mental et physique des personnes vivant avec le VIH/SIDA surtout au CHD-MONO.

2.5. Objectifs spécifiques

- Montrer que le stress des personnes vivant avec le VIH/SIDA est dû aux mauvaises représentations personnelles et sociales du VIH/SIDA
- Montrer que l'éducation thérapeutique permet la prise en charge des difficultés sociales, psychologiques et médicales.

2.6. Hypothèse générale

L'éducation thérapeutique entraîne le bien-être mental et physique des personnes vivant avec le VIH/SIDA surtout au CHD-MONO

2.7. Hypothèses spécifiques

- Le stress des personnes vivant avec le VIH/SIDA est dû aux mauvaises représentations personnelles et sociales.
- L'éducation thérapeutique permet la prise en charge des difficultés sociales, psychologiques et médicales.

2.8. Méthode

Compte tenu de notre objectif général, nous avons opté pour une méthode mixte.

2.8.1. Participants

La population cible de notre étude est l'ensemble des 20 sujets séropositifs suivis au sein de la médecine du CHD MC durant notre période de stage et qui ont accepté de répondre à nos diverses questions.

2.8.2. Technique d'échantillonnage

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé une technique non probabiliste. Elle prend en compte les patients suivis dans le service de la médecine du CHD-MC, et ayant reçu un diagnostic positif au VIH/SIDA et mis sous traitement ARV. Toutes fois les enfants de 0 à 15 ans ont été exclus de notre échantillon de recherche. Compte tenu du temps dont nous disposons pour notre recherche et des difficultés liées aux fonctionnements de l'unité, nous avons pu nous entretenir qu'avec 20 patients.

2.8.3. Matériel

Pour la collecte de données, nous avons utilisé trois principales techniques de collecte de données, il s'agit : de l'entretien, de l'observation, du questionnaire.

2.8.3.1. Entretien

L'entretien est une technique de tête-à-tête orale qui permet d'établir un contact direct, de communiquer, d'échanger de façon structurée ou d'entrer en conversation avec toute

personne susceptible de fournir des informations sur un problème précis. Il a été réalisé par la psychologue en notre présence.

2.8.3.2. Observation

C'est une technique d'investigation scientifique qui permet d'observer directement sur le terrain les faits dont l'on cherche à comprendre la profondeur. Dans le cadre de notre étude, nous avons mené une observation participante. Cela nous a permis de faire partie du contexte social, en interagissant avec les personnes concernées par notre étude. De façon directe, l'observation nous a permis d'avoir une meilleure compréhension des réalités du terrain.

2.8.3.3. Questionnaire

L'outil de collecte de donnée quantitatif qu'est le questionnaire consiste à poser, à des sujets une série de questions précise relative, à une situation, à leurs attentes, à leurs opinions, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un problème. Le choix du questionnaire nous a permis de recueillir des informations précises sur notre sujet.

Chapitre 3 : présentation des résultats, analyse et discussion

L'objectif de ce chapitre est de présenter les résultats obtenus lors de l'administration du questionnaire, de les interpréter et de mener les analyses approfondies afin de tirer des conclusions. Les données recueillies de nos enquêtes sont regroupées dans les différents tableaux ci-dessous.

3.1. Résultats

L'objectif de cette partie est de présenter les résultats obtenus de l'administration du questionnaire et du guide d'entretien, de les interpréter et de mener des analyses approfondies afin d'en tirer des conclusions. Les données recueillies de nos enquêtés sont regroupées dans les tableaux.

3.1.1. Répartition des enquêtés selon le sexe

Le tableau II ci-dessous, présente la répartition des enquêtés selon le sexe. L'observation des résultats du tableau nous permet de constater que 65 % des enquêtés sont de sexe féminin alors que 35 % sont des hommes. Alors, on en conclut que le sexe féminin est le plus représenté dans notre étude.

Tableau II : Répartition des enquêtés selon le sexe

Sexe	**Effectifs**	**Fréquences**
Masculin	07	35%
Féminin	13	65%
Total	20	100%

Source : données de collecte 2023

3.1.2. Répartition des enquêtés selon leur représentation personnelle du VIH avant l'ETP

L'analyse du tableau III nous relate que 100% des enquêtés estiment respectivement que le SIDA est mortel, qu'on ne peut pas guérir du SIDA et qu'il n'existe pas de vaccin contre le VIH / SIDA. On en retient que tous les enquêtés savent que le SIDA est une maladie mortelle dont on ne peut en guérir et qu'aucun vaccin n'existe contre cette maladie.

Tableau III : Répartition des enquêtés selon leur représentation personnelle du VIH avant l'ETP

Questions	**Modalités**	**Effectifs**	**Fréquences**
Le vih/sida est-il mortel ?	Oui	20	100%
	Non	00	00%
Peut-on guérir du vih/sida ?	Oui	00	00%
	Non	20	100%
Existe-t-il un vaccin contre le vih/sida ?	Oui	00	00%
	Non	20	100%

Source : données de collecte 2023

3.1.3. Répartition des enquêtés selon les sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce du VIH

L'observation des résultats du tableau IV nous permet de constater qu'à l'annonce de l'état sérologique des patients 50% sont stressés, inquiets et paniqués pour diverses raisons alors que 15% n'acceptent pas la maladie et sont dans le déni mais 30% se sont montrés indifférents. De plus, 5% ont eu des idées suicidaires.

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon les sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce du VIH

Perceptions	**Effectifs**	**Fréquences**
Panique, souci, stress, inquiétude	10	50%
Déni	3	15%
Calme, indifférence	6	30%
Idée suicidaire	1	5%
Total	20	100%

Source : données de collecte 2023

3.1.4. Répartition des enquêtés selon la brutalité ou non de l'annonce de l'état sérologique des PVVIH

L'observation de ce tableau nous montre que 100% des annonces de l'état séropositif n'ont pas été brutales. On retient que l'ETP à bien fait son travail puisque l'annonce s'est bien passée.

Tableau V : Répartition des enquêtés selon le fait que l'annonce de l'état sérologique des PVVIH soit fait sans brutalité

Modalités	**Effectifs**	**Fréquences**
Oui	00	00%
Non	20	100%

Source : données de collecte 2023

3.1.5. Répartition des enquêtés selon leur connaissance des voies de transmission du VIH avant l'ETP

Du tableau ci-dessous, on constate qu'avant l'ETP, 55% des enquêtés connaissent une seule voie de transmission du VIH/SIDA, 35% deux voies alors que 5% connaissent respectivement plus de 2 voies de transmission du VIH/SIDA et aucune voie. On en déduit alors que la majorité des enquêtés ne connaissent pas toutes les voies de transmission du VIH.

Tableau VI: Répartition des enquêtés selon leur connaissance des voies de transmission du VIH avant et après l'ETP

Nombre de voies de transmission connues	**Effectifs**	**Fréquences**
0	1	5%
1	11	55%
2	7	35%
> 2	1	5%
Total	20	100%

Source : données de collecte 2023

3.1.6. Répartition des enquêtés par rapport à la relation thérapeute-patient

De ce tableau, il en ressort que 100% des patients ont de la facilité à parler de leur état de santé avec leur thérapeute. On en déduit que la relation thérapeute-patient pendant l'éducation thérapeutique se passe très bien.

Tableau VII : Répartition des enquêtés par rapport à la relation thérapeute-patient

Questions	**Modalités**	**Effectifs**	**Fréquences**
Avez- vous de la facilité à parler de votre état de santé avec votre thérapeute ?	Oui	20	100%
	Non	0	0%

Source : données de collecte 2023

3.1.7. Répartition des enquêtés selon le fait que le regard de leur proche ou de leur milieu les affecte ou pas

Tableau VIII : Répartition des enquêtés selon le fait que le regard de leur proche ou de leur milieu les affecte ou pas

Questions	**Modalités**	**Effectifs**	**Fréquences**
Vivre en famille avec le VIH, le regard de vos proches ou de votre milieu vous affecte toujours ?	Oui	03	15%
	Non	17	85%

Source : données de collecte 2023

D'après ce tableau, on constate que 85% des enquêtés ne sont pas affectés par le regard de leur proche ou de leur milieu alors que 15% en sont affectés. A la question de savoir pourquoi certains ne sont pas affectés, ils y répondent :

- ✓ *Personne n'est au courant de mon état de santé donc je vis comme une personne normale ;*
- ✓ *Seul un de mes cousins est au courant de mon état sérologique ;*

- ✓ *Il n'y a personne dans ma famille qui puisse garder le secret avec moi. Une fois qu'une personne sera au courant, tout le monde sera au courant et ils me jugeront.*

On en déduit donc que les PVVIH de notre étude évitent les préjugés et stigmatisations de leur famille, leur proche et donc de la société. En d'autres termes ils ont peur des représentations sociales sur le VIH

3.1.8. Répartition des enquêtés par rapport à la représentation personnelle du VIH/sida après l'ETP

Du tableau VIII, il en ressort que la perception du VIH /SIDA de 100% des enquêtés a changé suite à l'ETP. On en déduit que tous ceux qui ont participé à l'ETP ont eu une perception différente et mieux éclairer du VIH. Ainsi, l'ETP a apportée plus de lumière sur la compréhension du VIH/SIDA.

Tableau IX: Répartition des enquêtés par rapport à la représentation personnelle du VIH/SIDA après l'ETP

Questions	**Modalités**	**Effectifs**	**Fréquences**
Votre perception du VIH/SIDA a-t-elle changé avec les séances d'ETP ?	Oui	20	100%
	Non	0	0%

Source : données de collecte 2023

3.1.9. Répartition des enquêtés selon la nécessité de l'ETP

De ce tableau, on remarque que 100% des enquêtés ont pu surmonter leur état de santé à la fois physique comme mentale. On en retient la nécessité de l'ETP dans le bien-être des PVVIH : il les aide à surmonter leurs états de séropositivité.

<u>Tableau X</u> : Répartition des enquêtés selon la nécessité de l'ETP

Questions	**Modalités**	**Effectifs**	**Fréquences**
Pensez- vous que l'ETP vous aide à surmonter votre état de santé (physique et mental) ?	Oui	20	100%
	Non	0	0%

Source : données de collecte 2023

En ajout, certains enquêtés répondent en ces termes à la question qui est de savoir l'aide que l'ETP apporte au PVVIH :

- ✓ *Avec l'ETP, j'ai appris à gérer mon mal et à l'accepter…*
- ✓ *On apprend à ne pas oublier de prendre nos ARV et à vivre comme une personne normale et saine*
- ✓ *Les séances d'ETP nous permettent de nous donner de l'espoir et de la force pour dissiper nos peurs de la maladie*
- ✓ *Grâce aux séances d'ETP, j'ai trouvé une aide morale et un soutien, à ne plus stresser même si mon stress n'a rien à avoir avec ma maladie ;*
- ✓ *Quand je parle avec la psychologue, je me sens libérée ;*

Pour d'autres, l'ETP leur a permis *: de rester positive ; à sortir de l'ignorance ; la confiance en soi, le courage, l'apaisement, l'observance thérapeutique ; le calme, des connaissances sur le VIH ; grâce à l'ETP, je sais qu'il est important que je prenne mes médicaments à l'heure exacte.*

3.2. <u>Discussion</u>

L'annonce du VIH aux patients est délicate et difficile à vivre. Elle entraine des perturbations psychologiques chez les personnes et leurs proches si ces derniers sont au courant, bouleversant ainsi la stabilité émotionnelle. Comme toutes les autres maladies chroniques,

l'annonce du VIH à un effet stressant et même traumatisant car chacun a une représentation de la maladie.

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des patients ne connaissent pas les voies de transmission du VIH/SIDA. Toutefois, 100% des enquêtés estiment respectivement que le SIDA est mortel, qu'on ne peut pas guérir du SIDA et qu'il n'existe pas de vaccin contre le VIH / SIDA. De plus, notre recherche nous a permis de dire qu'à l'annonce de l'état sérologique des patients, 50% sont stressés, inquiets et paniqués pour diverses raisons alors que 15% n'acceptent pas la maladie et sont dans le déni mais 30% se sont montrés indifférents et 5% ont eu des idées suicidaires. Aussi, rappelons que la majorité des enquêtés ont gardé le secret de leur maladie envers leur proche et ainsi ils ne sont pas affecté par le regard de leur proche ou de leur milieu. Notre étude se rapproche de l'étude de celle de Gauchet, (2005) qui relate que les patients développent une représentation des effets secondaires différenciés de celle des symptômes attribués au VIH. En effet, les patients atteints de maladies chroniques construisent une représentation de leur maladie comportant plusieurs dimensions afin de lui donner un sens. Or les représentations de la maladie ont une influence sur l'observance. Par conséquent, à la vue de ces résultats, nous pouvons conclure que notre hypothèse selon laquelle le stress des personnes vivant avec le VIH est dû aux mauvaises représentations personnelles et sociales du VIH/SIDA est vérifiée.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, sa nécessité s'est faite décrite dans notre étude. En effet, les enquêtés estiment que l'annonce de leur séropositivité n'a pas été brutale, et certains ont dit : « *On apprend à ne pas oublier de prendre nos ARV et à vivre comme une personne normale et saine ; Grâce aux séances d'ETP, j'ai trouvé une aide morale et un soutien, à ne plus stresser même si mon stress n'a rien à avoir avec ma maladie ; Avec l'ETP, j'ai appris à gérer mon mal et à l'accepter…* ». En d'autres termes, l'ETP apporte énormément aux PVVIH. De plus, l'ETP aide les PVVIH à surmonter leurs états de séropositivité, à acquérir l'observance thérapeutique. 100% des enquêtés ont dit que les séances d'ETP leur ont permis de mieux cerner la maladie en profondeur et vivre comme une personne saine. L'étude de N. Bernard confirme notre recherche quand il dit qu'il faut consacrer du temps pour éduquer son patient : au moment du diagnostic initial et de l'annonce de la séropositivité. « *La consultation d'annonce est importante car elle engage le pronostic ultérieur qui reste à ce jour fortement lié à l'adhésion de la personne au projet thérapeutique et à la régularité du suivi.* » ; lors du bilan annuel de synthèse ou de co-morbidités (la vie

affective et sexuelle, le bilan social et le statut professionnel, le bilan de la vie avec la maladie, de l'observance, des prises de risque, le bilan diététique et les règles hygiéno-diététiques) ; lors d'un désir de grossesse ; lors de l'échec thérapeutique, lors de la mise sous traitement contre le virus de l'hépatite C (Le dépistage et une proposition systématique de prise en charge des addictions (alcool/toxiques/tabac) sont effectués lors de la prise en charge initiale du patient mais aussi lorsque s'envisage le traitement de l'hépatite C) ; lors de l'échec thérapeutique (rechercher avec le patient les raisons de l'échec : défaut d'observance, mauvaise compréhension des traitements, interactions médicamenteuse)

Ces données nous permettent de confirmer notre hypothèse selon laquelle l'éducation thérapeutique permet la prise en charge des difficultés sociales, psychologique et médicales.

En somme, nous avons atteint notre objectif et nos hypothèses sont vérifiées.

3.3. Limites

L'importance de l'éducation thérapeutique sur le stress des PVVIH est un aspect vaste dont l'exploration demande d'aborder toutes les différentes sphères de la vie des patients. Nous n'avons pas pu explorer tous ces aspects. Il faut noter que les ambitions sont plus grandes que celles décrites plus haut, mais en raison du temps d'enquête limité dont nous disposons et des difficultés liées aux fonctionnements de l'unité de psychologie, les travaux de notre enquête ont seulement pris en compte un échantillon restreint de 20 patients. De ce fait, les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés. Des études longitudinales pourraient aussi être effectuées dans le but d'approfondir la compréhension du rapport entre l'éducation thérapeutique et le stress des PVVIH.

3.4. Perspectives :

Face à l'urgence ou la nécessité de l'ETP que nous avons démontrée dans notre travail, quelques suggestions et recommandations sont émises : connaitre le niveau d'estime de soi, d'insatisfaction corporelle et de honte corporelle qui va permettre d'élaborer des prises en charge adaptées et des objectifs d'interventions thérapeutiques appropriés ; offrir du temps au patient pour lui permettre de livrer ce qu'il croit et ressent, affiner sa qualité d'écoute (« entendre ce que dit le patient »), sans jugement, pour « entrer dans le monde de l'autre », peuvent dénouer des situations souvent complexes ; la place d'une médiation est à réfléchir au cas par cas : médiation culturelle, consultation interculturelle, consultation d'ethnopsychiatrie, médiation artistique (ateliers de dessin et d'écriture), groupes de parole… ; être disponible pour une discussion qui peut prendre du temps ; apprendre à « aller dans le monde du patient

», accepter son expertise et ce qu'il peut nous apprendre. Accepter les émotions et favoriser leur expression ; être bienveillant(e), se montrer intéressé(e) par les explications et le ressenti du patient ; ne pas juger négativement, souligner les réussites et les efforts du patient ; accepter que la priorité, le désir du patient puissent être autres que ceux du soignant. Aussi nous pensons qu'il serait profitable aux enfants d'intégrer l'éducation thérapeutique ou des notions de prévention des maladies chroniques au programme dans les écoles et les collèges.

CONCLUSION

Cette recherche aspire à contribuer à une meilleure compréhension de l'importance cruciale de l'éducation thérapeutique pour atténuer le stress lié au VIH/SIDA et améliorer la qualité de vie des patients au sein du Centre Hospitalier Départemental du Mono (CHD-Mono) au Bénin. En outre, nous espérons que les résultats obtenus inciteront les acteurs de la santé à mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique adaptés, contribuant ainsi à l'amélioration globale du bien-être mental et physique des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

En effet, les résultats de notre recherche nous permettent de clarifier que les mauvaises représentations que les PVVIH ont de la maladie sont à l'origine du stress que ressentent ces personnes. Aussi, ils ne connaissent pas à titre illustratif toutes les voies de transmission du VIH et un tiers cache cette maladie aux autres de peur d'être stigmatisés ou d'être étiquetés. En face de cette mauvaises connaissances sur la maladie, une éducation s'impose aux PVVIH afin d'élucider le doute et assurer leur bien-être.

Pendant notre étude, il est primordial de notifier que l'ETP permet aux patients de mieux accepter leur état de séropositivité afin de vivre sainement tout en connaissance de leur limites. Cette éducation apporte des informations supplémentaires aux PVVIH puis l'aide à surmonter leur état de santé tout en ayant des compétences comme les observances thérapeutiques. Au cours des séances d'ETP, plusieurs ont pu changer leurs représentations ou purifier leurs perceptions de la maladie et d'autres se sentent de plus en plus à l'aise avec la maladie tout en suivant les recommandations de l'ETP. Vu la nécessité de l'éducation thérapeutique, il est important, pour un bien-être mental des PVVIH et une meilleure éducation thérapeutique, des recommandations indispensables. Nous pouvons citer entre autres : la disponibilité des thérapeutes pour une discussion qui peut prendre du temps ; apprendre à « aller dans le monde du patient », accepter son expertise et ce qu'il peut nous apprendre puis ne pas juger négativement, souligner les réussites et les efforts du patient.

Enfin, des recherches supplémentaires dans ce domaine sont nécessaires pour approfondir notre compréhension de la nécessité de l'ETP dans la prise en charge psychologique des PVVIH puis pour développer des interventions plus efficaces dans ce domaine. En fin de compte, l'objectif ultime est d'améliorer la qualité de vie des patients victimes du VIH/SIDA et de les soutenir tout au long de leur parcours à travers l'éducation thérapeutique.

Références bibliographiques :

- Aubry, P. (2013). Infection par le VIH/Sida et tropiques Actualités 2012. Méd Trop.

- Bernard, N. (2014). Éducation thérapeutique et infection par le VIH. *Médecine des Maladies Métaboliques*, *8*(6), 563-571.

- d'Ivernois, J. F., & Gagnayre, R. (2007). Propositions pour l'évaluation de l'éducation thérapeutique du patient. *Adsp*, *58*, 57-61.

- Fener, P., & Criton, C. (2007). *Manifestations cliniques et biologiques de l'infection à VIH/sida chez la femme* (Doctoral dissertation, Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST-CNRS)).

- Gauchet, A. (2005). Les déterminants psychosociaux de l'observance thérapeutique chez les personnes infectées par le VIH: représentations et valeurs. *Université Paul Verlaine-Metz*.

- Koumba, C. V., Assoume, S. O., & Malola, P. (2023, June). Image du corps et estime de soi des patients VIH au Gabon. In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. Elsevier Masson.

- Peljak, D. (2011). L'éducation thérapeutique du patient: la nécessité d'une approche globale, coordonnée et pérenne. *Santé publique*, (2), 135-141.

- Morlat, P. (2013). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. *Recommandations du groupe d'experts. Rapport, 2013*.

- Mosnier-Pudar, H., & Hochberg-Parer, G. (2008). Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel: que choisir?. *Médecine des maladies Métaboliques*, *2*(4), 425-431.

- Roger, N. K. F., Bruno, M. M., & Elvine, N. G. U. E. L. E. F. A. C. K. (2018). Détresse psychique et processus de résilience après l'annonce du diagnostic de la maladie grave et évolutive : cas du VIH.

- Sayles, JN, Hays, RD, Sarkisian, CA, Mahajan, AP, Spritzer, KL et Cunningham, WE (2008). Développement et évaluation psychométrique d'une mesure multidimensionnelle de la stigmatisation intériorisée du VIH dans un échantillon d'adultes séropositifs. *SIDA et comportement, 12* (5), 748-758

- Turner, V., & McIntyre, A. (1999). LE YIN ET LE YANG DU VIH Un grand avenir derrière lui.

- Wilson, S. R. (1997). Individual versus group education: is one better?. *Patient Education and Counseling, 32,* S67-S75

ANNEXE

Questionnaire Identification :

Numéro de question	Libellé	Réponse	Saut
	Age		
	Sexe	□ Féminin □ Masculin	
	Situation matrimoniale	□ Marié(e) □ Divorcé(e) □ Veuf (ve) □ Célibataire avec enfant(s) □ Célibataire sans enfant(s)	
	Profession		
	Niveau d'instruction		
	Milieu de résidence	□ Urbain □ Rural	
	Ville /Quartier de résidence		
Représentation personnelle de la maladie avant l'ETP			
1.	Le VIH/SIDA ; qu'est-ce que c'est ?		
2.	Est-il mortel ?	□ Oui □ Non	
3.	Peut-on guérir du VIH/SIDA ?	□ Oui □ NON	

4.	Existe-t-il un vaccin contre le VIH/SIDA ?	□ Oui □ NON	
5.	Quelle sont les voies de transmission du VIH/SIDA ?		

QUESTIONS RELATIVES AU STRESS DU PATIENT ET A LA REPRESENTATION DU VIH APRES L'ETP

6.	Comment vous êtes-vous senti à l'annonce de Votre état ?		
7.	Avez-vous trouvé que l'annonce de votre état s'est faite de manière brutale ?	□ Oui □ Non □ Peut-être □ Je ne sais pas	
8.	Lequel de ses thérapeutes consultez-vous ?	□ Psychologue □ ETP □ Les deux □ Aucun	
9.	Avez-vous de la facilité à parler de votre état avec le thérapeute?	□ Oui □ Non	
10.	Avez-vous déjà été victime de stigmatisation ou de rejet en raison de votre état de santé ?	□ Oui □ Non	
11.	Quel est l'impact du VIH sur votre vie professionnelle ou sociale ?		

12.	Quel est l'impact du VIH sur votre vie sexuelle ?		
13.	Quel est l'impact du VIH sur votre santé mentale ?		
14.	Avez-vous de la peine en raison de votre état de santé ?	□ Oui □ Non	
15.	Avez-vous peur pour votre espérance de vie ?	□ Oui □ Non	
16.	Quelle aide vous apporte l'ETP ?		
17.	Vivre en famille avec le VIH, le regard de vos proches ou de votre milieu vous affecte toujours ?	□ Oui □ Non	
18.	Pensez-vous que L'ETP vous aide à surmonter votre état de santé (physique et mentale) ?	□ Oui □ Non	
19.	Si oui, quelles compétences avez-vous acquises avec les séances thérapeutiques ?		
20.	Votre perception du VIH/SIDA a-t-elle changé avec les séances d'ETP ?	□ Oui □ Non	

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 2
DÉDICACES 3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACCRONYMES 5
LISTE DES TABLEAUX 6
RÉSUMÉ 7
ABSTRACT 7
INTRODUCTION 8
Chapitre 1 : Cadre institutionnel et déroulement du stage 10
1.1. Description du lieu de stage : 10
1.1.1. Historique et missions du CHD -MONO 10
1.1.1.1. Organisation et Fonctionnement 11
1.2. Description des activités menées 12
1.2.1. Acquis du stage 13
1.3. Difficultés 14
1.3.1. Difficultés rencontrées 14
1.3.1.1. Problèmes identifiés 14
1.3.1.1.1. Recommandation 14
Chapitre2 : Cadre théorique de la recherche et approche méthodologique 15
2.1. Définition 15
2.1.1. Education thérapeutique 15
2.1.2. Stress 15
2.1.3. VIH/SIDA 15
2.2. Revue de littérature 16
2.2.1 Etiologie du VIH 16
2.2.2. Voie de transmission du VIH 17
2.2.3. Représentation du patient sur le VIH 18
2.2.4. Représentations sociales sur les PVVIH 18
2.2.5. Difficultés sociales, psychologiques et culturelle 19
2.2.5.1. Difficultés Psychologiques 19

2.2.5.2. Difficultés culturelles 20

2.2.5.3. Difficultés psychosociales 20

2.2.6. Problèmes rencontrés au cours des séances d'ETP 20

2.2.7. Importance de l'éducation thérapeutique 21

2.2.8. Comment intégrer l'éducation thérapeutique dans le parcours du patient ? 22

2.3. Problématique 23

2.5. Objectifs spécifiques 24

2.6. Hypothèse générale 25

2.7. Hypothèses spécifiques 25

2.8. Méthode 25

2.8.1. Participants 25

2.8.2. Technique d'échantillonnage 25

2.8.3. Matériel 25

2.8.3.1. Entretien 25

2.8.3.2. Observation 26

2.8.3.3. Questionnaire 26

Chapitre 3 : présentation des résultats, analyse et discussion 27

3.1. Résultats 27

3.1.1. Répartition des enquêtés selon le sexe 27

3.1.2. Répartition des enquêtés selon leur représentation personnelle du VIH avant l'ETP 27

3.1.3. Répartition des enquêtés selon les sensations psychologiques perçues à la suite de l'annonce du VIH 28

3.1.4. Répartition des enquêtés selon la brutalité ou non de l'annonce de l'état sérologique des PVVIH 29

3.1.5. Répartition des enquêtés selon leur connaissance des voies de transmission du VIH avant l'ETP 29

3.1.6. Répartition des enquêtés par rapport à la relation thérapeute-patient 30

3.1.7. Répartition des enquêtés selon le fait que le regard de leur proche ou de leur milieu les affecte ou pas 30

3.1.8. Répartition des enquêtés par rapport à la représentation personnelle du VIH/sida après l'ETP 31

3.1.9. Répartition des enquêtés selon la nécessité de l'ETP 31

3.2. Discussion 32

3.3. Limites 34

3.4. Perspectives : 34
CONCLUSION 36
Références bibliographiques : 37
ANNEXE 39
TABLE DES MATIERES 42