RÉPUBLIQUE DU BENIN

□□□□□□

UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)

□□□□□□

FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)

□□□□□□

DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)

□□□□□

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

SUJET

Vécu psychologique des homosexuels (HSH) infectés par le VIH/Sida pris en charge par la clinique médicale racine

Réalisé par :

DEGUENON Laurel Casiano

Tuteur de stage :

Dr. Michel MEHINTO

Maitre-Assistant des Universités

(CAMES)

COMPOSITION DU JURY

Président : Dr. Michel MEHINTO (Maitre-Assistant des Universités)

Rapporteur : Mr Richard Mahougnan SOSSOU

Examinateur : Dr Anselme TCHANSI KOUAMBER (Enseignant chercheur à UAC)

Mention : Très bien

Note : 17/20

Date de soutenance : 29 /11/ 2023

Année académique : 2022-2023

SOMMAIRE

DEDICACE 3

REMERCIEMENTS 5

SIGLES ET ACRONYMES 5

LISTE DES CARTES ET GRAPHIQUES 8

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 8

RESUME 9

INTRODUCTION 11

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 15

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHOLOGIQUE ADOPTEE 23

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 47

SUGGESTIONS/RECOMMANDATIONS 72

CONCLUSION 77

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 79

ANNEXE 83

TABLE DES MATIERES 90

IN MEMORIAM

De

mon petit-frère BABADOUDOU Emile et ma tante d'ALMEIDA Mathe

DÉDICACE

À

Ma mère BABADOUDOU Euphrasie et mon père DEGUENON Hervé

REMERCIEMENTS

Nos sincères gratitudes vont à l'endroit de ceux qui de par leurs modestes gestes ont contribué à la réussite de ce travail. Nous voudrions leur témoigner ici toute notre reconnaissance. Il s'agit particulièrement de :

- Docteur Michel MEHINTO, Psychologue-Clinicien, Enseignant-Chercheur à la FASHS/UAC, notre tuteur de stage pour sa disponibilité et sa rigueur dans la conduite du présent travail ;
- Tous les enseignants du Département de Psychologie et son corps professoral pour le dévouement à la formation des étudiants ;
- Tous les agents de la clinique médicale RACINES ;
- Nos frères et sœurs pour leur soutien de tous les jours ;
- Toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à réaliser ce travail de par leurs divers apports. Merci infiniment !

SIGLES ET ACRONYMES

ACYF : Administration on Children, Youth and Families (Traduction française = Administration de l'enfance, de la jeunesse et de la famille)

APMS : Appui Psycho Medico Social

ARV : Anti Rétro Viral

ETP : Éducation Thérapeutique

GMHC : Gay Men's Health Crisis (Traduction française = Crise de Santé des Hommes Gays)

HSH : Homme ayant des rapports sexuels avec des hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissibles

LGBTQ : Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender or Queer

MSPP : Ministère de la Santé Publique et de la Population

NGLTF : National Gay and Lesbian Task Force (Traduction française = Groupe de travail national sur les gays et les lesbiennes)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisations Non Gouvernementales

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/sida

SIV : Virus de l'Immunodéficience Simienne

US DHHS : US Department of Health and Human Services,

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience A Coprise

ARSIDA : Association des médecins et chercheurs

VLS : Vaincre LE SIDA :

RACINES : Recherche, Action, Communautaire, Initiative pour un Nouvel Espoir

AG : Assemblée Générale

CA : Conseil d'Administration

DE : Direction exécutive

TS : Transsexuel

PNSL : Programme National de Lutte contre le SIDA

UNICEF : Fonds National des Nations Unis pour l'Enfance

TG : Transgenre

LISTE DES CARTES ET GRAPHIQUES

Graphique 1 : Niveau d'instruction 48

Graphique 2 : Profession 49

Graphique 3 : Religion 50

Graphique 4 : Pensées et opinions de la population 50

Graphique 5: Acceptation par les autres 52

Graphique 6: Qualité des interactions avec la famille ou l'entourage immédiat 53

Graphique 7 : Possibilité de compréhension du choix de la tendance des personnes homosexuelle 54

Graphique 8 : Attitudes et comportements envers les personnes homosexuelles atteintes de VIH 56

Graphique 9 : Traitements subis en société 57

Graphique 11 : Impacts des propos et comportements de l'entourage 59

Graphique 13 : Conséquences du jugement de l'entourage 60

Graphique 16 : Existence d'assistance et de secours de l'entourage 63

Graphique 14 : Volonté de se faire comprendre et accompagner 64

Graphique 17 : Difficultés à poursuivre le traitement 66

Graphique 18 : Possibilité d'actions pour aider les personnes homosexuelles atteintes de VIH 67

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taille de l'échantillon 44

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée 47

RÉSUME

Cette recherche scientifique mettant en exergue la compréhension des expériences psychologiques vécues par les personnes homosexuelles infectées par le VIH/ SIDA et les implications pour leur bien-être mental, s'est préoccupée à analyser le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/ SIDA et pris en charge par la clinique " Racines" à Cotonou. La recherche s'appuie sur une méthodologie mixte (quantitative et qualitative), en utilisant des questionnaires et entretiens semi-structurés avec des participants homosexuels séropositifs et leurs soignants dans la clinique " Racines". Les données recueillies sont ensuite analysées suivant la théorie de l'impact de la stigmatisation sur le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA (Meyer, 2003 ; Herek, 2009 ; Crocker et Major, 1989). Les résultats mettent en évidence divers aspects du vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA. Ils révèlent les défis et les stigmates auxquels ces individus sont confrontés, tels que la discrimination, la peur du rejet social et la culpabilité liée à leur orientation sexuelle et à leur statut sérologique. Les participants ont également partagé leurs stratégies d'adaptation et de résilience face à ces difficultés, ainsi que les sources de soutien et de réconfort qu'ils ont trouvées au sein de la clinique "Les Racines". L'analyse des données permet de prendre en compte à la fois la santé physique et mentale des individus, ainsi que la mise en place de mesures de soutien psychosocial adaptées.

Mots-clés : Vécu psychologique-Homosexuels-VIH/SIDA-Stigmatisation-Résilience

Abstract

This scientific study, which focuses on understanding the psychological experiences of homosexuals infected with HIV/AIDS and the implications for their mental well-being, set out to analyse the psychological experiences of homosexuals infected with HIV/AIDS and cared for by the "Les Racines" clinic in Cotonou. The research is based on a mixed methodology (quantitative and qualitative), using questionnaires and semi-structured interviews with HIV-positive homosexual participants and their careers at the 'Les Racines' clinic. The data collected was then analysed according to the Theory of the Impact of Stigma on the Psychological Experiences of Homosexuals with HIV/AIDS (Meyer, 2003; Herek, 2009; Crocker

and Major, 1989). The results highlight various aspects of the psychological experience of gay men infected with HIV/AIDS. They reveal the challenges and stigmas faced by these individuals, such as discrimination, fear of social rejection and guilt related to their sexual orientation and HIV status. The participants also shared their coping strategies and resilience in the face of these difficulties, as well as the sources of support and comfort they found at the 'Les Racines' clinic. Analysis of the data allows us to take into account both the physical and mental health of individuals, as well as the implementation of appropriate psychosocial support measures.
Keys words: HIV/AIDS-psychological experience-homosexuals- discrimination

INTRODUCTION

D’ampleur mondiale, surtout avec des impacts socio-économiques inquiétants, le VIH/SIDA est très tôt apparut comme un problème de santé publique. En effet, c’est une infection due quasi exclusivement aux anticorps VIH1 identifiés en 1983 et VIH2 identifié en 1986, tous deux dérivant du SIV (Virus de l’Immunodéficience Simienne). La sérologie VIH réalisée au laboratoire de biologie médicale grâce à une prise de sang détecte ces deux types d’anticorps (Sanogo, 2006). En 2017, on estime encore un chiffre équivalent à 1,8 million de nombres de personnes nouvellement touchées par le VIH dans le monde (ONUSIDA, 2018).

Le VIH2 représente moins de 1% des infections (limitées à l’Afrique de l’Ouest). Malgré un réel espoir thérapeutique suscité par la découverte des protéines inhibant le développement du VIH, le SIDA demeure une préoccupation inquiétante pour plusieurs raisons parmi lesquelles, son extension galopante dans le monde. La pandémie du SIDA ne connaît ni frontière, ni race, ni religion. On estime à environ 40 millions de personnes vivant avec le VIH à travers le monde de 2000 à 2004 (Drissa, 2004). Que la réalité du Sida ait été par ailleurs élaborée par le savoir scientifique et, presque simultanément, largement vulgarisée, ceci est un des traits fascinants de cette épidémie des temps modernes. Grâce aux techniques scientifiques-repérage, classement, mis en statistiques et en graphiques, il a été possible de détecter, dès le printemps 1981, les premiers cas d'un mal mystérieux. Quelques centaines d'hommes jeunes, pour la plupart homosexuels, au système immunitaire dégradé sont frappés de diverses infections, notamment de pneumocystis carinii, et/ou d'une tumeur très rare : le sarcome de Kaposi. Même si les catégories utilisées par l'épidémiologie ont été critiquées au regard de l'étiquetage et de la stigmatisation qu'elles risquaient de produire, elles ont eu le mérite de créer rapidement les conditions indispensables à la prise de conscience du risque et, donc, à tout travail de prévention (Pollak, 1991).

Au début des années quatre-vingt, les organisations homosexuelles françaises entrent en léthargie (Duyvendak, 1994, 1995). Toutefois, s'il est vrai qu'une certaine fraction du mouvement a échoué, au même titre que les autres mouvements gauchistes issus de 68, dans la perspective de révolutionner la société et de mettre à bas l'ordre

capitaliste, les gais ont conquis leur droit à l'indifférence et en toute logique. C'est dans ce contexte d'un mouvement instrumental relativement faible (parce qu'ayant réussi) et d'une subculture de plus en plus clairement tournée vers le sexe que le virus HIV commence à circuler. On montrera ici que les développements de la mobilisation associative pour une prise en charge politique de la question du VIH a conduit, progressivement, à une renaissance d'un mouvement revendicatif homosexuel, sous l'effet d'une transformation du champ de la lutte contre le sida, avec l'apparition à partir de 1989 d'associations radicales (Fillieule, 1998).

C'est dans ce contexte que les premiers médecins et chercheurs à être confrontés au SIDA commencèrent à se regrouper dans une association (ARSIDA) et tentèrent d'alerter les organisations homosexuelles des risques encourus. Celles-ci répondirent diversement à l'appel et c'est du pôle subculturel que vinrent les premières initiatives avec la création en 1983 de Vaincre le SIDA (VLS). Cette attitude qui peut paraître étonnante rétrospectivement et doit être rapportée au contexte de l'époque : d'une part, les connaissances sur le SIDA restent des plus floues et, traditionnellement, les militants homosexuels sont méfiants vis-à-vis des discours normalisateurs/moralisateurs de la science médicale ; d'autre part, la manière dont la presse rend compte du SIDA dans les premières années de l'épidémie a de quoi pousser à la prudence : on parle alors de "cancer gay" et c'est principalement dans les pratiques "traumatisantes" des homosexuels que l'on s'acharne à trouver la cause de la maladie (prise de poppers, sodomie, par exemple), les membres de la communauté homosexuelle furent nombreux au début des années quatre-vingt à refuser de modifier leurs comportements sexuels. Le National Gay and Lesbian Task Force (NGLTF), tout comme le GMHC se sont ainsi opposés aux mesures sanitaires qu'ils considéraient comme attentatoires à leur liberté sexuelle, par exemple la fermeture des saunas. Mobilisation gay en temps de SIDA.

En Afrique, les hommes qui disent craindre de faire un test sont plus souvent sexuellement actifs et non-engagés dans une relation stable, « d'apparence efféminée », déclarant une infection sexuellement transmissible (IST) au cours des deux années précédentes. Cette appréhension se comprend d'autant mieux si l'on tient compte du

fait qu'en cas de résultat positif, la séropositivité vient ici redoubler le stigmate de l'homosexualité, voire celui de la couleur de peau comme le cas en Afrique du Sud. Elle peut dès lors être mise en relation avec la discrimination rencontrée dans le monde médical par les hommes ayant des pratiques homosexuelles, qui explique la crainte d'y faire diagnostiquer ou traiter certaines IST révélatrices de ces pratiques. Dans une enquête nigériane, seulement 18, 8% des hommes ayant déclaré une IST au cours des derniers mois ayant précédé le test ont cherché à obtenir un traitement auprès de l'institution médicale. Cependant, on constate ici que les motifs justifiant le faible recours aux soins sont d'abord leur coût élevé (77, 6%), puis les comportements homophobes des professionnels de santé (17%) ou la crainte d'être « outé » (6, 1%) (Broqua, 2008).

La prévention du VIH demeure un enjeu de santé publique dans le monde ainsi qu'au Bénin. On estime qu'au Bénin, plus de 62000 personnes vivent avec le VIH dans le pays et on dénote par ailleurs un grand nombre de nouvelles infections à VIH d'environ 3300 par an (Santé publique, 2019). Les données épidémiologiques montrent que le VIH n'est pas seulement une maladie physiologique, c'est également une maladie sociale. En effet, celle-ci touche de façon inégale les différentes populations. Pour un ensemble de raison comportementale, physiologique, économique et sociale, la probabilité d'être infectés par le VIH est plus élevée pour les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH), les femmes transgenres ainsi que les clients des travailleurs du sexe et les partenaires sexuels des personnes appartenant aux groupes précédemment mentionnés (UNAIDS, 2018). Ainsi, il s'impose avec acuité la nécessité de s'intéresser au vécu psychologique de ces personnes et particulièrement celles homosexuelles infectées par le VIH/ SIDA pris en charge dans les divers centres de santé. Pour notre part, nous nous sommes intéressés tout particulièrement aux homosexuels pris en charge par la clinique médicale les Racines. La question de départ qui ressort de notre démarche est alors : quel est le vécu social et culturel des personnes homosexuelles infectées par le VIH/SIDA pris en charge par la clinique médicale les Racines ? En effet, afin d'entrevoir des moyens efficaces de faciliter leur

bien-être social au milieu de leur communauté en dépit de leur orientation sociale et de leur statut sérologique, nous avons pensé qu'il serait indispensable d'orienter nos travaux au préalable sur leur vécu social et culturel.

Pour ce faire, cette recherche s'articule autour de quatre chapitres. Le premier est consacré au cadre institutionnel et au déroulement du stage, le deuxième présente le cadre théorique de la recherche et l'approche méthodologique adoptée. Le troisième chapitre relate la présentation et l'analyse des résultats de la recherche et enfin le quatrième est réservé à la discussion des résultats de recherche. Par ailleurs, nous aurions des approches de suggestions puis la conclusion suivra.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DÉROULEMENT DU STAGE

Il est procédé dans ce chapitre à la présentation du cadre institutionnel de la Clinique Médicale RACINES à travers son historique, sa mission, ses objectifs ainsi que sa structure organisationnelle. Il y est aussi fait le déroulement du stage et les travaux effectués.

1.1. Cadre institutionnel du stage

1.1.1. Présentation du cadre de stage : l'ONG Racines

1.1.1.1. Historique

RACINES (Recherches, Actions Communautaires, Initiatives pour un Nouvel Espoir) est une association béninoise créée le 30 octobre 1999 et enregistrée au Ministère de l'Intérieur sous le numéro 2001/069/MISAT/DC/SG/DAI/SAAP-ASSOC du 15 février 2001.

La plupart des membres fondateurs de RACINES sont de jeunes cadres béninois qui ont été des salariés de l'Association Française Initiative Développement (ID) dont les premières actions ont été lancées à Cotonou en 1994. Forts des expériences acquises par ces derniers en qualité d'agents de développement, ils ont décidé de se mettre ensemble pour apporter leur contribution au rayonnement de leur pays ; d'où la naissance de RACINES. L'association est composée de trois (03) organes : l'Assemblée Générale (AG), le Conseil d'Administration (CA) et la Direction Exécutive (DE). Outre cette organisation interne, les comptes de l'Association sont audités par un cabinet d'expertise comptable mandaté par le conseil d'administration.

De janvier 2000 à décembre 2006, RACINES a étroitement travaillé aux côtés d'Initiative Développement et de l'Association Française et partage dans la mise en œuvre d'un programme intégré de développement dans des quartiers défavorisés de Cotonou, sur co-financement de l'Union Européenne et de PARTAGE. Les trois principales composantes dudit programme étaient : éducation, accompagnement familial et la santé communautaire ainsi que la lutte contre les IST/VIH/Sida.

Parallèlement, vers 2005, RACINES a étendu ses actions dans plusieurs autres localités du Bénin et divers projet sont lancés et se poursuivent au grand bonheur des populations bénéficiaires.

1.1.1.2.Organisation

Les trois organes de RACINES sont : l'Assemblée Générale (AG), le Conseil d'Administration (CA), et la Direction Exécutive (DE).

L'Assemblée Générale est l'organe suprême de décision de l'Association. Elle définit la politique globale et les orientations de l'Association. Le Conseil d'administration est quant à lui l'organe d'administration de Racines. Il veille à l'exécution des décisions de l'Assemblée Générale, approuve et vote le budget de fonctionnement de l'Association et représente ses intérêts auprès des partenaires et autres institutions.

Enfin, la Direction Exécutive est l'organe opérationnel permanent de l'Association. Elle est responsable de l'animation et de l'exécution technique et financière de la politique des projets et programmes de l'Association.

1.1.1.3.Vision et mission

- **Vision**

Être une ONG professionnelle de grande visibilité, autonome et œuvrant pour le bien-être des couches vulnérables en vue d'un développement durable.

- **Mission**

Promouvoir un développement durable des communautés vulnérables pour leur auto prise en charge à travers leur implication active dans les domaines de l'éducation, de la santé, de l'environnement, de la sécurité alimentaire, de la micro finance, de la recherche et de l'appui-conseil aux organisations.

Plus spécifiquement, RACINES vise les enfants et les femmes, les populations les plus vulnérables dans un contexte de pauvreté.

1.2. Approche et zones d'intervention

❖ **Approches d'intervention**

L'approche d'intervention de Racines est essentiellement centrée sur l'implication et la participation active des populations/communautés cibles et des divers acteurs susceptibles d'être impactés directement ou indirectement par ses actions. Racines accompagnent les acteurs à pouvoir être autonomes, capables d'initier, de conduire, de suivre et d'évaluer leurs propres actions de développement. Racines s'inscrit dans une démarche d'accompagnement de l'Etat dans la mise en œuvre de ses politiques sectorielles.

❖ **Zones d'intervention**

- Racines intervient essentiellement dans quatre (04) départements avec 19 communes touchées :
- Département du Littoral : commune de Cotonou
- Département de l'Atlantique : communes de So-Ava, Zê, Allada, Abomey-Calavi, Toffo, Tori-Bossito, Ouidah et Kpomassè.
- Département des Collines : collines de Savalou, Bantè, Dassa-Zoumè, Ouèssè, Savè et Glazoué
- Département du Zou : communes de Djidja, Bohicon, Za-Kpota et Agbangnizoun.

1.3. Secteur d'activités

L'Éducation et la santé constituent aujourd'hui les deux principaux secteurs d'activités de RACINES. Dans chaque secteur, l'Association intervient dans divers domaines que sont :

❖ **Education**

- Éducation de base inclusive
- Alternatives éducatives
- Leadership et entrepreneuriat des filles
- Gouvernance éducative
- Droits des enfants

- Éducation environnementale

❖ **Santé**

- Lutte contre le VIH/SIDA
- Promotion de la santé communautaire (prévention et prise en charge de toutes pathologies médicales)
- Éducation sexuelle et santé reproductive
- Sécurité alimentaire et nutritionnelle

1.4. Zoom sur le service santé

Bref historique de la création de la clinique ONG RACINES

Créée en 2002, la clinique se dénommait clinique ADIS, c'est-à-dire Accompagnement, Dépistage, Information et Solidarité. Elle se chargeait de la prévention, de la sensibilisation, de la mobilisation, de l'éducation et le dépistage VIH de certaines couches de la population, autrement dit les couches les plus vulnérables. Elle était située à Akpakpa. En 2006, elle reçut l'agrément du PNSL pour la distribution des ARV et devint un site de prise en charge des porteurs du VIH. C'est en ce moment que tous les volets de pris en charge ont été créés (volet médical, volet social et après le volet psychologique et le volet nutritionnel ont été ajoutés). Notons que le centre était à Agla Pylône en 2006, il fût déplacé d'Agla pylône vers Agla Akplomey en 2018 pour des raisons de discrimination, de stigmatisation et la rareté des partenaires financiers.

2.1. L'organisation de la clinique ONG RACINES

Il y a d'abord la coordonnatrice et sous elle, il y a deux volets qui sont le volet de la prise en charge médicale et le volet psychosocial. Au niveau du volet de la prise en charge médicale il y a le médecin responsable de la prise en charge, sous lui il y a l'infirmier assistant et sous l'infirmier assistant il y a les autres infirmiers, la sage-femme et les techniciens de laboratoire et sous eux il y a les aides-soignants, le gestionnaire de la pharmacie. En ce qui concerne le volet psychosocial, on voit le responsable du psychosocial (le psychologue) et sous lui il y a la nutritionniste et sous elle il y a l'assistance sociale et c'est elles qui sont les responsables des médiateurs.

2.1.1. Le circuit du patient à la clinique de l'ONG RACINES

- ***Consultation de la population générale :***

Le patient va à l'accueil, l'accueil l'oriente à la caisse, elle le renvoie à l'accueil à nouveau, une fois qu'il est demandeur de soin l'accueil lui prend des constantes puis l'envoie en consultation (chez le médecin). Chez le consultant il y a plusieurs possibilités, la première soit il va directement à la pharmacie et ça s'arrête là, soit il retourne à la caisse pour payer des analyses éventuelles qu'on lui aurait demandé et il va au laboratoire fait son prélèvement et revenir à la pharmacie et ça s'arrête là. La seconde possibilité est quand il quitte chez le consultant, il va à la pharmacie qui dit pharmacie dit la caisse en même temps et il va être hospitalisé. Retenons qu'après le médecin il y a plusieurs possibilités pour le patient ordinaire.

- ***Nouveau cas de personnes infectées par le VIH :***

Accueil Counseling (prétest) dépistage counseling (post-test) accueil caisse retour à l'accueil pour ouvrir un dossier consultation service psychologique et social consultation pharmacie.

- ***Les anciens cas :***

Accueil caisse consultation pharmacie laboratoire pour vérification de la charge virale en l'intervalle de 6 mois consultation pharmacie si renouvellement D'ARV.

2.1.2. L'expérience des stagiaires à RACINES

3.1. Les services parcourus

À la clinique médicale RACINES	**À la direction de RACINES**
Accueil	Suivi et Évaluation
Consultation 1 et 2	
Pharmacie	
Dépistage (Laboratoire et counseling)	Communication et Mobilisation
ETP (Éducation Thérapeutique)	
Psychologie	RAF
Social	
Nutrition	Secrétariat direction

2.2.Expériences acquises

- ***À l'accueil***

On a appris à prendre les constantes des patients, à chercher les dossiers et à rechercher les dossiers des perdus de vue (ceux ayant raté les rendez-vous) et à faire l'enregistrement des activités dans le registre de l'accueil.

- ***En consultation médicale***

On a pu suivre quelques étapes de la consultation. En entretien, le médecin explique aux patients comment fonctionne les ARV et les problèmes éventuels qu'ils pourraient rencontrer au cours du traitement et si ces problèmes persistent s'il y a lieu de changer le médecin lui met sur autre ARV.

Majoritairement, les ordonnances sont prescrites pour le retrait des ARV (Anti rétro Viraux), des bons pour le social, le service psychologique, le laboratoire ou encore la nutrition est délivrée.

- ***À la pharmacie***

Plusieurs produits de première nécessité sont exposés ainsi que les ARV.

On apprit que les molécules ARV peuvent être modifiées au cours du traitement. Cela concerne les patients qui n'ont pas bien suivi leur traitement et ceux qui ont une mal adaptation par rapport aux ARV prescrits antérieurement.

- ***En counseling***

Le counsunling est un dialogue confidentiel entre un client et un personnel soignant en vue de permettre au client de surmonter le stress et de prendre des décisions personnelles par rapport à sa maladie. Son but est de permettre aux personnes en situation de doute ou de difficultés majeurs, de se sentir mieux, de mobiliser et de développer, de manière autonome, des attitudes et des ressources propres pour faire face à ces situations. En counsunling, on a appris à préparer le patient au dépistage et au résultat éventuel. C'est le prétest. Après le dépistage, suit le counseling post test et l'annonce du résultat.

- ***Au service psychologique***

À ce niveau on accompagne les patients pour les aider à surmonter leur maladie. On a eu à toucher du doigt ce qu'est l'entretien psychologique, l'ETP (Éducation Thérapeutique) surtout avec les personnes infectées, la population clé (les Hommes ayant des rapports sexuels avec les Hommes (HSH), les lesbiennes, etc.) et la population générale.

- ***Au service de nutrition***

On apprit à accompagner les femmes séropositives enceintes, à suivre mieux leur grossesse et à adopter un meilleur mode d'alimentation pour leur enfant. Nous avons appris aussi à prendre en charge les enfants malnutris (juste les cas de malnutrition simple).

Ces enfants sont mis sous le régime poudre de feuilles de Moringa et la farine à base de poisson fretin. On prend en charge gratuitement les infections opportunistes chez les enfants et les adolescents exposés ou infectés. Son objectif est de contribuer à la réduction de la transmission mère enfant du VIH chez les femmes suivies à Racines.

❖ ***Le service social***

Le service social assure la protection des personnes vulnérables de par leur situation économique, médicale, leur âge. À ce niveau, on accompagne les patients par des appuis ça peut être appui analyses, appui médicaments, appui déplacement, appui vaccination et appui scolaire (fournitures scolaires, contribution). Il faut dire que le service social prend en compte toutes catégories de personnes (les personnes infectées par le VIH, les populations clés et la population générale).

❖ ***Autres activités réalisées***

- Éducation thérapeutique est un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou de maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante de la prise en charge du patient. On a expliqué aux patients comment prendre les ARV et leur montrer les conséquences de la non-prise des ARV. Qu'ils peuvent vivre aussi longtemps que possible avec leur mal à condition qu'ils prennent bien les ARV.
- Initiation aux ARV
- Consultation psychologique
- Animation de groupe et focus group avec les différentes populations clés
- Dépistage et counseling
- Etc.

2.3. Difficultés éprouvées

- ✓ Absence de séances de débriefing, d'étude de cas et de simulation entre les psychologues et les stagiaires
- ✓ L'indisponibilité du personnel malgré leur volonté manifeste de nous éclairer
- ✓ Les jours de rendez-vous non respectés par certains patients suivis

- ✓ Manque de personnel au niveau de certains services tels que la caisse, le service social.

3. Recommandations et suggestions

- ✓ L'administration n'a pas accepté les stages en période de fin d'année vu que tout le personnel est concentré sur la rédaction de leur bilan de fin d'année
- ✓ Les maîtres de stage doivent mettre en place des séances de débriefing, d'étude de cas et de simulation avec leurs stagiaires afin de les faire profiter au maximum de leur expérience de stage
- ✓ Numérisation des données pour éviter la perte de temps lors des bilans annuels et la prise en charge adéquate et rapide des patients.
- ✓ Amélioration de l'organisation du personnel de la clinique pour diminuer les vas et vient inutiles des patients.
- ✓ Renforcer le personnel surtout au niveau de la caisse
- ✓ Une permanence du service psychologique aiderait à la prise en charge rapide des patients
- ✓ Mettre en place une cantine interne pour éviter les déplacements du personnel à l'heure de pause pour chercher à manger
- ✓ Rapprocher le service psychologique et l'ETP vers les services de consultation pour éviter les va-et-vient des patients
- ✓ Mettre à la disposition du service de consultation médicale un registre permettant de noter les rendez-vous pour le service psychosocial

En somme, nous pouvons dire qu'au cours de ce stage nous avons appris à faire l'entretien psychologique, le counseling, l'éducation thérapeutique et bien d'autres. Cela nous a permis de nous familiariser avec certains outils du psychologue. Cette expérience nous a permis de renforcer nos connaissances en psychologie et nous pensons nous améliorer dans la prise en charge de ses différentes cibles. Nous remercions tout le personnel médical de RACINES pour leur collaboration et surtout le docteur MEHINTO Michel qui nous a permis d'aller vivre cette expérience enrichissante

CHAPITRE II : CADRE THÉORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE ÉTHODOLOGIQUE ADOPTÉE

Cette partie du document consiste en premier à énoncer le problème, déterminer les objectifs de recherche et émettre des hypothèses ; ensuite, il est procédé au choix de l'approche de la recherche.

2 .1. Cadre théorique de la recherche

2 .1 .1. Énoncé du problème, hypothèses et objectifs

2 .1 .1.1. Énoncé du problème et question de recherche

Depuis l'apparition des premiers cas du SIDA en 1981 aux États-Unis (Gottlieb et al, 1981), 77,3 millions de personnes ont été infectées par le Virus Immunodéficience humaine et 35,4 millions sont décédés des suites des maladies liées au SIDA (ONU SIDA). L'apparition du VIH/SIDA a suscité de nombreuses réactions des personnes atteintes, mais aussi de la société. Par contre le fait de considérer le SIDA en tant que conséquence d'un comportement hors-norme et irresponsable accroit le rejet social des personnes infectées. Cette représentation sociale associée à l'infection par le VIH et aussi la crainte plus ou moins rationnelle de la contagion qui s'est développée autour de la maladie amène à considérer la personne infectée comme une menace pour sa famille, qu'elle expose à deux sortes de risques :

- D'abord des risques sociaux qui sont : la honte, le déshonneur, l'humiliation ;
- Ensuite un risque sanitaire qui est la contamination par la personne infectée par les autres membres de la famille.

En outre, au Bénin, comme dans de nombreux autres pays de l'Afrique, les homosexuels sont confrontés à une stigmatisation sociale et à une discrimination importante en raison de leur orientation sexuelle. Cette stigmatisation peut se traduire par l'exclusion sociale, le rejet familial, la violence et l'isolement. Les homosexuels au Bénin font face à des niveaux élevés de discrimination, ce qui a un impact négatif sur leur bien-être psychologique et leur adhésion aux soins du VIH/SIDA. En effet, relevant du domaine de la médecine et étant une maladie chronique, le VIH suscite de nombreuses questions d'un point de vue clinique notamment en ce qui concerne

l'amélioration voire la réduction des médicalisations (ce qui est une médicalisation à vie) en vue de réduire les conséquences physiques sur les personnes atteintes.

Les enquêtes effectuées sur l'ONG Racine, un site qui accueille des populations LGBTQ notamment les HSH, TS avec leur différente orientation sexuelle, ont permis de constater que beaucoup plus les HSH vivent difficilement leur statut sérologique.

Les normes culturelles et religieuses prévalences au Bénin et dans d'autres régions peuvent contribuer à la stigmatisation des homosexuels infectés par le VIH/SIDA. Les attitudes conservatrices et les croyances traditionnelles peuvent rendre difficile pour cette population de rechercher un soutien et une aide psychologique appropriés. Ces barrières culturelles peuvent entraîner des problèmes de santé mentale, tels que la dépression, l'anxiété et la faible estime de soi. Aussi, les homosexuels infectés par le VIH/SIDA peuvent rencontrer des difficultés pour accéder aux services de santé, y compris les soins psychologiques, en raison de diverses raisons telles que la peur de la stigmatisation, le manque de sensibilisation des professionnels de la santé et les obstacles structurels. L'accès limité aux services de santé mentale est une préoccupation majeure pour les homosexuels infectés par le VIH/SIDA au Bénin.

Les homosexuels infectés par le VIH/SIDA doivent faire face à un double stigmate en raison de leur orientation sexuelle et de leur statut séropositif. Cette double stigmatisation peut avoir des effets dévastateurs sur leur bien-être psychologique. Le poids de cette double stigmatisation peut conduire à des niveaux élevés de détresse psychologique et à des comportements d'évitement des soins.

C'est ce qui justifie l'intérêt de cette étude qui vise à analyser le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA et pris en charge par la clinique médicale Racines à Cotonou. La question de recherche qui à conduire nos investigations est la suivante : comment se passe le vécu psychosocial des homosexuels infectés par le VIH/SIDA et pris en charge par la clinique médicale Racines à Cotonou ? Pour répondre à cette question, plusieurs objectifs et hypothèses ont été élaborés.

2.1.1.2 Hypothèse et objectifs de recherche

Hypothèse générale

Les personnes homosexuelles porteuses du VIH/SIDA se sentent stigmatisées, influencées par la société.

Hypothèse 1 : les personnes homosexuelles porteuses du VIH/SIDA sont discriminées et rejetées au sein de la société ;

Hypothèse 2 : l'accompagnement psychologique des personnes homosexuelles porteuses du VIH/SIDA leur favorise la santé physique et mentale ;

Objectif général de la recherche :

Analyser les conséquences physiques et psychologiques que la société influe sur les personnes homosexuelles porteuses du VIH/ SIDA prises en charge par la clinique médicale Racines.

Objectif 1 : Identifier les aspects pratiques du regard que la société a sur les personnes homosexuelles porteuses du VIH/SIDA

Objectif 2 : Montrer l'importance de la prise en charge psychologique des personnes homosexuelles porteuses du VIH.

2 .1 .1.3. Intérêt de la recherche

Le choix de ce sujet découle d'une observation et d'une réflexion. En effet, les déclarations médiatiques relatives sur le VIH au Bénin mettent la problématique des homosexuels porteurs du VIH au centre de l'actualité. Elle est sans doute le phénomène le plus mis en exergue dans le monde en cette décennie. Malgré que ce problème soit encadré par une législation adéquate, les personnes homosexuelles infectées par le VIH/SIDA sont des cibles de stigmatisation et de discrimination dans la société parfois même dans les centres de prise en charge. L'objectif est de tenir les gens informés du vécu psychologique des personnes homosexuelles atteintes afin qu'ils puissent à leur niveau choisir la façon de les traiter en connaissance de l'impact de leur acte sur ces derniers.

En effet une personne homosexuelle infectée et marginalisée, est sujette à une multitude de réactions qui pourrait faire d'elle un sérieux facteur de contamination à grande échelle.

L'intérêt de ce travail, sur cette base est donc d'amener les gens à se demander si le plus important dans ce genre de situation n'est-il pas de faire primer la santé mentale de toute personne infectée, sur la considération de son genre ou de son orientation sexuelle.

2.1.2. Clarification conceptuelle

- **Vécu**

Du verbe « Vivre », le substantif masculin désigne l'expérience de la vie. Mieux il signifie l'expérience réellement ressentie au contact d'un fait, d'un événement de la vie. En outre, vécu veut encore dire ressentir qui n'est rien d'autre que l'ensemble des choses, fait effets que l'on sent, éprouve et qui forme l'opinion que l'on a des choses. Retenons que « le vécu » est ce que nous éprouvons et qui fait naître un certain point de vue des faits expérimentés.

Le vécu psychologique peut être défini comme l'ensemble des expériences émotionnelles, physiques de la vie. Il est défini par le fait que le sujet dit déplorer l'expérience vécue dans ses différentes facettes qui peuvent être exprimées se rapportent à une expérience effectivement vécue, et donc, par définition singulière (Iannaccone et Cattaruzza, 2015).

- **L'homosexualité**

L'orientation dans le choix sexuel parait d'abord comme un phénomène psychologique personnel. Hesnard la définit du point de vue « l'homosexualité consiste en une attirance érotique, préférentielle ou absolue envers un partenaire sexuel de son propre sexe ».

Selon l'approche comportementaliste ou empirique, l'homosexualité désigne l'amour, l'attirance et/ ou la pratique de relation sexuelle entre deux personnes de même sexe. C'est-à-dire pratique sexuelle entre homme et homme ou femme et femme.

Selon l’approche psychologique ou sociologique une orientation sexuelle. Ce mot s’applique indistinctement aux hommes ou aux femmes.

- **HSH**

Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

- **VIH**

Le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP, 2016) définit le sigle du VIH comme Virus de l'Immunodéficience Humaine. Ce virus se transmet d'une personne à l'autre par contact sanguin ou par transmission de la mère à l'enfant ou par le sperme et sécrétion vaginale lors des rapports sexuels à risques. Il pénètre dans l'organisme, se propage et attaque le système immunitaire qui protège l'organisme contre les maladies.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2017) clarifie que le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les élimine. Le premier stade de l'infection est un stade asymptomatique. Cependant, l'évolution de ce rétrovirus engendre l'affaiblissement du système immunitaire et le rend plus vulnérable aux maladies opportunistes.

- **SIDA**

Le Petit Larousse Médical (2011) souligne que le SIDA (Syndrome de l'Immunodéficience Acquise) est la forme évoluée de l'infection du VIH qui est causée par une immunodépression majeure. Au cours de ce stade, des infections opportunistes liées à des micro-organismes sous forme de bactéries, de virus, de microchampignons ou de parasitasse manifestent. Ces micro-organismes exploitent la faiblesse du système immunitaire pour se développer.

L'Appui Psycho Medico Social (APMS) et *al.* (2011) décante le sens de chaque concept du sigle SIDA. Parlant de syndrome, nous nous référons à un ensemble de symptômes et signes ? L’immunité renvoie à la capacité de l'organisme à se défendre ? Déficitaire, explique l'affaiblissement du système immunitaire et acquis parce que cette déficience n'est ni innée ni héréditaire, mais, le sujet l'attrape à un moment de sa vie.

Pour le Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP, 2016) le Sida se définit comme Syndrome d'Immunodéficience Acquise. L'infection du VIH détruit au fur et à mesure le système immunitaire rendant l'organisme défaillant face à des infections opportunités qui aggravent la santé de la personne infectée. À ce stade, des symptômes peuvent apparaître, et cela sur une période située entre 10 à 15 ans. Donc le SIDA est la forme évoluée du VIH, la dernière phase de la maladie.

2.1.2. Revue de littérature

La réalisation de la revue littéraire nous a permis de découvrir que préalablement à notre travail, le vécu psychologique des homosexuels (HSH) infectés par le VIH/ SIDA pris en charge dans les cliniques médicales n'a pas laissé indifférents nombre de chercheurs. Ainsi, le présent chapitre aborde, l'objet de notre recherche à partir de la synthèse des différents travaux effectués sur le vécu social et psychologique des homosexuels, les différentes études réalisées sur la contraction du VIH/SIDA et le vécu des personnes affectées ainsi que leurs prises en charge dans les différents centres de santé. Il en ressort donc que de nombreuses études ont été effectuées à cet effet dans nombreux pays. Il s'agit pour la plupart des travaux scientifiques et des documents généraux.

2.1.2.1. Vécu social et psychologique des homosexuels

Schiltz (1995) dans ses travaux sur le parcours de jeunes homo/bisexuels masculins révèle les contraintes liées à l'orientation sexuelle de ces derniers. Elle avance que les jeunes homo/bisexuels masculins doivent composer avec les transformations liées à leur transition pubertaire notamment le passage de l'adolescence à l'âge adulte, mais aussi ils doivent dans cette période de transition, composer avec une orientation sexuelle spécifique. Malgré une amélioration de la tolérance, l'acceptation sociale des homosexuels reste problématique en particulier au sein de la famille sans compter le fait que l'homosexualité implique des modes de vie particuliers.

Ainsi, au cours de cette période de la vie, les jeunes homosexuels sont confrontés au double souci de l'insertion dans des cercles de relations tolérants et de la

mise en place d'un mode de vie qui favorise l'épanouissement de leur orientation sexuelle. À cela s'ajoute le vécu psychologique dans un contexte épidémiologique dramatique en raison d'une prévalence du virus du VIH très forte (Schiltz, 1995). Les homosexuels subissent des formes d'abus liées à leur orientation sexuelle. La plus fréquente est la négligence physique, suivie de la violence physique, de l'abus sexuel, de la violence psychologique et de la négligence psychologique. Le traumatisme infantile des enfants homosexuels est très prononcé comparativement aux enfants hétérosexuels surtout dans les milieux fortement islamisés (Kendili, 2010).

Selon Bryn et *al.* (2008), les femmes lesbiennes et bisexuelles vivent sévèrement des abus prévalents et persistants conformément à leur orientation sexuelle. L'un des facteurs sous-jacents pourrait être le risque accru de victimisation dans l'enfance chez les femmes lesbiennes et bisexuelles. En matière de victimisation par violence physique pendant l'enfance et l'adolescence, les lesbiennes et les bisexuelles signalent plus de victimisation que les hétérosexuelles ; qu'il s'agisse d'abus émotionnel, physique et sexuel dans l'enfance et l'adolescence.

Les analyses de Baslam et *al.* (2005) sur les personnalités LGB démontrent de croissantes violences psychologiques et physiques de la part de leurs parents ou de leurs gardiens pendant l'enfance, plus d'abus sexuels pendant l'enfance, plus de victimisation psychologique et physique de la part de leur partenaire à l'âge adulte et plus d'agressions sexuelles à l'âge adulte. Les différences d'orientation sexuelle en matière de victimisation sexuelle sont plus importantes chez les hommes que chez les femmes.

La maltraitance pendant l'enfance, y compris la violence physique, sexuelle, psychologique et émotionnelle et/ou la négligence, continue d'être un problème de santé publique important aux États-Unis (US DHHS, ACYF, 2001). En plus de la menace immédiate de dommages physiques et psychologiques pour l'enfant, il a été démontré que la maltraitance infantile est associée à diverses conséquences négatives sur la santé mentale et physique à l'âge adulte, y compris les troubles affectifs et anxieux, les troubles de l'alimentation, les idées suicidaires, la toxicomanie et les comportements sexuels à haut risque (Arellano, 1996, Walker et al., 1999). Les enfants

souffrant d'un handicap physique ou mental (Westcott et Jones, 1999) et ceux qui présentent des comportements liés au sexe opposé (McConaghy et Silove, 1992) connaissent des taux plus élevés de mauvais traitements et de négligence et des relations globalement moins bonnes avec leurs parents.

Tjaden et *al.* (1999) ont mentionné dans leurs travaux aussi que les personnes qui s'identifient comme gays, lesbiennes ou bisexuels, que ce soit à l'adolescence ou éventuellement à l'âge adulte, peuvent connaître des taux plus élevés de maltraitance pendant l'enfance et l'adolescence. Cela peut être dû à la stigmatisation associée à l'orientation sexuelle des minorités, aux différences de comportements problématiques tels que la consommation de drogues ou d'alcool (Fergusson et *al.* 1999).

Les études de Roccella et *al.* (2022) sur l'interférence de la parentalité homosexuelle dans le développement psychologique, cognitif et sexuel des enfants, font ressortir que grandir dans un couple de parents de même sexe ne perturbe pas le développement psychosexuel des enfants et que la possibilité que les enfants puissent devenir à l'avenir homosexuels ne dépend pas de l'orientation sexuelle de leurs parents. Il n'existe donc pas de différence dans l'incidence de l'orientation future homosexuelle entre les enfants de parents hétérosexuels et les enfants nés et élevés dans des couples homosexuels. Martin et Hetrick (1988) ont avancé que plus de 40 % des jeunes qui cherchaient des services dans une agence desservant les adolescents à orientation homosexuelle ont déclaré avoir subi des violences physiques, la moitié environ de ces violences ayant eu lieu au sein de leur famille, principalement dans les interactions avec les parents. Vingt-deux pour cent des clients de cette agence ont également déclaré avoir subi des abus sexuels.

Pilkington et D'Augelli, (1995) dans leurs travaux sur les lesbiens, gays et bisexuels dans des milieux non cliniques ont observé une prévalence élevée de victimisation physique et psychologique familiale. En outre, plusieurs enquêtes menées en milieu scolaire auprès d'adolescents du Massachusetts (Faulkner et Cranston, 1998) et du Minnesota (Saewyc, Bearinger, Blum, et Resnick, 1999) font état de taux plus élevés de victimisation violente, généralement dans le contexte de

l'école et de la communauté, chez les jeunes qui déclarent avoir un comportement sexuel avec des personnes du même sexe ou une identité lesbienne, gay ou bisexuelle.

« L'un des traits les plus frappants de la "condition homosexuelle" semble être son caractère indicible », « une exclusion toujours ressentie, jamais prononcée ». L'homosexualité ne saurait s'assimiler à une simple identité sociale, comme une appartenance professionnelle ou politique, mais à une identité existentielle, plus proche en cela de la judéité ou de ce que l'on a appelé la "négritude" : il est dès lors essentiel à cette identité d'être considérée socialement incomprise, afin d'en maintenir la question structuralement ouverte (De Sanchez et Pollack, 1996 et Lisandre, 1994), la question devient plus subtile encore. Ainsi, la banalisation de l'homosexualité, la fin des stigmatisations et des exclusions manifestes, sa reconnaissance sociale, n'iraient pas nécessairement de pair avec sa compréhension et sa réelle acceptation par la société. L'homosexualité, acceptée sur la base de sa ressemblance avec l'hétérosexualité, n'en serait d'une certaine façon que d'autant plus niée dans sa singularité et dans son existence même. Dès lors, pour échapper à une « exclusion toujours ressentie, mais jamais prononcée, il est possible de lutter (Scarce, 1996). Une rébellion contre la « loi » de la prévention, ou garder cette homophobie en soi, jusqu'à n'en plus pouvoir, ou jusqu'à s'en moquer.

2.1.2.2. Connaissances et comportements face au VIH/Sida : les Bareback

Depuis le début de l'épidémie de VIH/ SIDA en 1981, la communauté gay a mené de front la lutte contre le sida et contre les discriminations profondes touchant la population homosexuelle.

Incluse dans la liste des maladies mentales de l'Association psychiatrique américaine jusqu'en 1974, l'homosexualité a longtemps été considérée comme une « déviance » à la « normalité », et la communauté gay a dû successivement se battre pour le simple droit à la différence, pour une reconnaissance sociale, puis pour l'acquisition de droits comme le droit à l'union ou à l'adoption. Progressivement, elle a gagné en considération dans la société jusqu'à être, selon l'analyse de Michael Pollack, « érigée en un mode de vie culturelle » (De

Sancez, 1996) et jusqu'à prendre un caractère de « modèle » dans une période post-révolution sexuelle tendant vers « une autonomisation relative et une rationalisation de la sexualité ».

Conséquence : la population homosexuelle s'est « normalisée », c'est-à-dire, a défini elle-même, implicitement ou explicitement, ses normes internes. L'émergence d'une « homonormativité » implique l'exclusion et la marginalisation, ressenties ou recherchées, de ceux qui ne s'y reconnaissent pas. Ainsi sont nées des subcultures gays, des « microgroupes queer » (Preciado, 2000), à la fois « post-identitaires » et « hyperidentitaires » car se définissant par opposition stricte à une norme (Tearon, 2003).

Selon Welzer-Lang et Le Tallec (2000), le type de pratiques sexuelles volontairement non protégées existe sans doute depuis le début de l'épidémie de VIH/ SIDA. L'emploi d'un terme précis, le développement de sites Internet spécifiquement dédiés au bareback et la parole publique de leaders revendiquant des rapports sexuels à risques n'auraient finalement fait que conférer une visibilité, à un moment donné, à des comportements répandus depuis l'apparition du VIH/ SIDA. Dès lors, l'extension du phénomène relèverait en grande partie d'un effet d'entraînement.

Mais l'apparition des soirées bareback coïncide avec l'avènement des trithérapies et le début d'une période marquée par la démobilisation générale à l'égard de l'infection par le VIH/ SIDA. En effet, à partir du milieu des années 1990, aux États-Unis comme en France, les campagnes grandes publiques de prévention sida s'essoufflent, l'intérêt de la population pour la maladie s'amenuise. Grâce aux traitements, les personnes séropositives ne sont plus condamnées à une mort à brève échéance ; on dispose également d'une prophylaxie postexposition mal connue, mais rassurante, et de nouvelles considérations, les risques de contamination par fellation, l'impact difficile à évaluer d'une charge virale plasmatique indétectable sur la contagiosité des liquides génitaux, etc. entrent en ligne de compte dans les choix personnels de prévention. Dans l'enquête Presse gay 2000, Adam note ainsi que « même si la prudence caractérise la plupart des gays, l'optimisme face aux traitements

existe et apporte sa contribution aux prises de risques observées au sein de la population gay (Adam et *al.* 2001).

Mais pour Scarce (1999), le bareback n'est pas la simple conséquence de progrès thérapeutiques ou d'une moindre mobilisation autour de la question du VIH/sida. Le bareback était inévitable. Aux États-Unis, il exprime la révolte d'une partie de la communauté gay face à une prévention anti-sida qualifiée de « totalitaire ». En jouant sur la peur, la honte, en tentant d'imposer ce qui sera progressivement perçu comme le dogme du préservatif, les stratégies de prévention ont fini par induire précisément ce qu'elles souhaitaient combattre. En France, la même hypothèse a été formulée, où la prévention a été jugée à maintes reprises excessivement culpabilisante et, par là même, génératrice de résistances exprimées ou refoulées. De ce point de vue, le bareback apparaît comme l'effet pervers d'une prévention ayant trop bien touché sa cible ; en refusant le port du préservatif, les barebackers ont davantage conscience d'enfreindre une loi, celle de la prévention, que de nuire à leur propre santé (Tearon, 2003).

Bareback signifie littéralement « monter à crû ». Appliqué à la sexualité, plus spécifiquement encore à l'homosexualité, ce terme désigne le choix délibéré de rapports sexuels non protégés, en dépit d'un risque potentiel de contamination par le VIH ou autres MST. Mouvement initié aux États-Unis, au sein d'une population homosexuelle durement touchée par l'épidémie de VIH/ SIDA, le bareback pose des questions complexes et fondamentales, en rapport avec le respect de soi et d'autrui, le droit, la maladie, l'amour et la mort. Il évoque à la fois une culture et une gestion différente du risque, un désir de subversion et de rébellion ou plus prosaïquement, une simple adaptation à une nouvelle réalité épidémique (Tearon, 2003).

La compréhension du bareback est à la fois simple et complexe. Pratiquer le bareback, c'est choisir de baiser sans capote, délibérément. On distingue le bareback du relapse (littéralement la « rechute »), considéré comme un « relâchement » qui ne relèverait pas d'un choix ferme, mais plutôt d'une « fatigue », d'une relative baisse de vigilance face à la prévention. Autre différence couramment avancée entre les deux termes, en rapport avec la notion de « choix ferme », la non-protection lors des

rapports sexuels serait systématique dans le cas du bareback, occasionnelle dans le cas du relapse (Welzer-Lang et Le Tallec, 2002). Mais certains auteurs nuancent leurs approches, ajoutant à cette définition les notions de fierté et d'érotisation du risque. Les barebackers constituent « une minorité d'hommes séropositifs ou séronégatifs adoptant volontairement, consciemment et fièrement des comportements à risque » (Sheon, 1997). « Certaines personnes utilisent le mot barebacking pour décrire toutes les pratiques sexuelles sans préservatif, mais les barebackers le définissent à la fois comme le désir et l'érotisation de pénétrations anales non protégées » (Scarce, 1999). Pour Philippe Adam, auteur de l'enquête Presse gay 2000, la définition du bareback inclut l'idée d'une sérodiscordance des deux partenaires, puisqu'il s'agit d'une « démarche de prise de risque délibérée avec un partenaire de statut sérologique différent » (Adam et *al.* 1999).

Les travaux de Bonny et Sauvagnat (2013) portant sur le problème des prises de risque sexuel liées au VIH chez les homosexuels masculins en France stipulent que les chiffres de l'épidémiologie indiquent qu'en dépit de l'information dont ils disposent sur les modalités de contamination par le VIH et les règles de prévention, certains homosexuels ne se protègent pas systématiquement de cette maladie sexuellement transmissible. Le taux de prévalence du VIH étant chez les gays près de 120 fois plus élevé que chez les hétérosexuels, cet échec relatif de la prévention est un enjeu majeur du domaine de la santé publique.

Par ailleurs, l'Afrique subsaharienne continue à supporter une part disproportionnée du fardeau que représente le VIH à l'échelle mondiale. À la mi-2010, 68 % de toutes les personnes vivant avec le VIH résidaient en Afrique subsaharienne, une région qui compte seulement 12 % de la population mondiale. Le nombre de personnes décédant de causes liées au VIH a commencé à diminuer en 2005–2006 en Afrique subsaharienne et, depuis lors, la baisse s'est poursuivie. On estime à 1,2 million le nombre de personnes décédées de causes liées au VIH en 2010, dont près de la moitié en Afrique du Sud. Cependant, il n'existe généralement pas de programmes visant à protéger les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes contre l'infection à VIH, bien que les données indiquent que la prévalence de l'infection à

VIH est élevée dans ce groupe de population clé courant un risque élevé dans de nombreux pays de l'Afrique subsaharienne. L'absence de programmes adaptés et l'application de sanctions pénales pour les rapports sexuels entre hommes compromettent la santé de ces hommes et de leurs partenaires (parmi lesquels figurent souvent des femmes), en limitant l'accès aux services essentiels de lutte contre le VIH et aux autres services indispensables de santé publique (OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2011).

2.1.2.3. Soins infirmiers et prises en charge dans les centres de santé

L'importance des maladies chroniques et de leurs effets, tant au niveau individuel que sociétal, est une caractéristique de la plupart des pays industrialisés en ce vingt et unième siècle. Ce phénomène a émergé à partir du milieu du siècle dernier grâce aux progrès accomplis dans le domaine médical et l'amélioration des conditions socio-économiques des populations. Une littérature importante a montré comment cette présence de plus en plus élevée des personnes vivant avec une maladie chronique modifie en retour les caractéristiques socio-économiques et comment la société se transforme pour prendre en charge ces nouveaux malades (Assal, 1996 ; Sandrin-Berthon, 2010). Comme le résument Jouet et al. (2010) l'éducation thérapeutique du patient en France est historiquement liée au diabète (Ellis, 2004), et se pratique aujourd'hui sur la base de succès avérés (Golay, 2002 ; Deccache, 1989, 2005). Fournier et al. (2007) font une synthèse de ses fondements et pratiques. L'éducation thérapeutique s'est ensuite transposée et adaptée à nombre d'autres maladies chroniques telles que l'asthme bronchique (Gagnayre et al., 1998), la bronco-pneumopathie chronique obstructive (Bourbeau, 2003), le syndrome d'apnée du sommeil (Engleman, 2003), les maladies cardiovasculaires (Strömberg, 2005). Elle est historiquement articulée à la notion de counseling, et d'empowerment (Freire, 1972) développée à l'occasion des traitements liés à l'infection par le VIH/SIDA (Tourette-Turgis, 1996).

L'OMS a procédé à l'analyse des systèmes de soins infirmiers dans le monde. Les principaux critères d'étude étaient : le niveau d'ensemble de la santé publique, les inégalités, comment différents groupes économiques estiment qu'ils sont servis par le

système, et enfin la distribution des coûts financiers du système de santé. Les patients ont recours en première intention aux services d'urgences, qui de fait sont saturés et les médecins généralistes peinent à répondre à la demande de soins primaires. Les listes d'attente pour les consultations et les chirurgies programmées s'allongent. La démographie des professions de santé est défavorable, les professionnels sont en nombre insuffisant, la pénurie s'installe (Barbara, 2008).

Par ailleurs, si la question de la santé en prison est longtemps restée une question annexe d'une problématique strictement pénitentiaire, elle est devenue, pour des raisons extérieures à l'institution pénitentiaire, un enjeu de santé publique. La pandémie du sida a servi de catalyseur au renouvellement des problématiques de prise en charge sanitaire. Le développement de la toxicomanie et des pathologies qu'elle propage, la détérioration des conditions économiques et sociales et ses conséquences sanitaires, les politiques de réduction des risques, tous ces enjeux de santé publique ont imposé une reconsidération de la prise en charge sanitaire des détenus (Bessin et Lechien, 2000).

2.1.3. Modèle d'analyse

Faisant suite à la revue de littérature dont l'objectif est de faire l'état des lieux des écrits scientifiques quant à l'objet de recherche, le modèle d'analyse est le système de référence qui organise le champ de l'étude et fournit des concepts. Celui employer ici aidera à la définition du problème que pose le sujet de recherche ; la formulation des hypothèses, la collecte, l'analyse et le traitement des données ; l'interprétation des résultats, la discussion et les conclusions des travaux ne sont faites qu'à travers ce modèle d'analyse.

Le système de référence utilisé pour cette recherche est inspiré des travaux de Meyer (2003), Herek (2009), Crocker et Major (1989). Il sera nommé « Théorie de l'impact de la stigmatisation sur le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA ».

L'infection par le VIH/SIDA constitue un défi majeur pour la santé publique, en particulier parmi les populations homosexuelles. Les homosexuels séropositifs sont

souvent confrontés à des obstacles uniques, tels que la stigmatisation, la discrimination et le rejet social, qui peuvent avoir des répercussions significatives sur leur bien-être psychologique.

Théorie de l'impact de la stigmatisation sur le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA (Meyer, 2003 ; Herek, 2009 ; Crocker et Major, 1989)

La théorie de l'impact de la stigmatisation sur le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA postule que la stigmatisation sociale, la discrimination et le rejet auxquels sont confrontés les individus homosexuels séropositifs contribuent de manière significative à leur détresse psychologique. Cette théorie s'appuie sur les travaux de plusieurs auteurs.

Selon Meyer (2003), la stigmatisation est un processus social par lequel les individus sont étiquetés, rejetés et dévalorisés en raison de caractéristiques spécifiques, telles que l'orientation sexuelle ou le statut sérologique du VIH. Les individus stigmatisés sont souvent confrontés à des attitudes négatives, à la marginalisation sociale et à des formes de préjugés systémiques. Pour les homosexuels séropositifs, la stigmatisation liée à leur orientation sexuelle ainsi qu'à leur statut sérologique peut engendrer une double discrimination, exacerbant ainsi leur détresse psychologique.

De plus, Herek (2009) souligne que la stigmatisation et la discrimination envers les homosexuels ont des conséquences psychologiques importantes, telles que la dépression, l'anxiété, la faible estime de soi et les idées suicidaires. Ces effets négatifs peuvent être amplifiés chez les homosexuels infectés par le VIH/SIDA, car ils font face à une double stigmatisation.

En ce qui concerne les mécanismes sous-jacents, Crocker et Major (1989) proposent que la stigmatisation engendre un processus d'internalisation de la stigmatisation, où les individus intériorisent les croyances négatives sur eux-mêmes et les appliquent à leur propre identité. Cette internalisation peut conduire à des sentiments de honte, de culpabilité et d'auto dévalorisation, qui à leur tour affectent le bien-être psychologique des homosexuels séropositifs.

Ces différents concepts développés par **Meyer (2003) ; Herek (2009) ; Crocker et Major (1989)** vont permettre de construire le cadre référentiel de la présente recherche.

2.1.4. Construction du système de référence relatif au vécu psychologique des homosexuels atteints de VIH

Pour rappel, il faut préciser que le modèle d'analyse demeure le cadre référentiel de tout travail scientifique. C'est le système de référence qui avec les concepts qu'il offre, aide à construire l'objet scientifique, à envisager la méthodologie à adopter quant à l'étude, à collecter, analyser et traiter les données. Il exige donc un intérêt particulier afin de conférer à la recherche son caractère scientifique.

Pour ce travail, le modèle d'analyse construit est inspiré des travaux de **Meyer (2003) ; Herek (2009) ; Crocker et Major (1989)** et sera utile à l'analysé du vécu psychologique des homosexuels atteints de VIH et pris en charge dans la clinique médicale Racines.

Un des aspects de la théorie de **Meyer** (stigmatisation), les concepts de la théorie de **Herek** (anxiété, dépression, faible estime de soi et idées suicidaires) et les concepts d'internalisation de la stigmatisation développés par **Crocker et Major** dans leur théorie vont être appliqués dans le cadre de cette recherche. Le modèle d'analyse ainsi construit offre différents concepts observables à trois niveaux sur lesquels vont se baser toutes les investigations liées à cette recherche, qu'il faut découvrir dans les lignes suivantes.

- Lorsqu'on considère la stigmatisation comme ce fait social qui consiste à catégoriser des individus en fonction de leurs choix ou de caractéristiques particulières, le 1er niveau de ce cadre de référence permet de comprendre les traitements réservés aux homosexuels atteints de VIH par leur entourage ou les membres de leur famille hostile à leur choix. Ainsi, il reviendra à comprendre ici les formes de stéréotypes et de clichés sociaux attribués aux HSH atteints de VIH.
- Les vécus des HSH atteints de VIH étant présentés, le 2ème niveau de l'analyse consistera à savoir l'influence de ces conceptions sur la vie des personnes

concernées par l'étude. Autrement dit, il sera question d'expliciter les effets des stéréotypes et stigmatisations de la société sur le vécu des personnes homosexuelles atteintes de VIH et prises en charge par la clinique Racines. La question principale sera donc, *quels effets ont sur vous les attitudes et comportements de votre entourage ou des membres de votre famille ?*

- Le 3ème niveau relatif aux réactions des HSH atteints de VIH face à ce que la société pense d'elles est le dernier d'appréciation du vécu des homosexuels atteints de VIH. Il sert à mesurer les impacts (à long terme) des stigmatisations de la société sur les personnes homosexuelles atteintes de VIH et prises en charge dans la clinique Racines. Il s'agira de trouver réponse à la question suivante : *comment vous comportez-vous face à tout ce que la société et les personnes externes à votre situation pensent de vous ?*

Le système de référence ainsi décrit et permettant d'analyser les conséquences physiques et psychologiques que la société influe sur les personnes homosexuelles porteuses du VIH prises en charge par la clinique médicale Racines se présente comme suit :

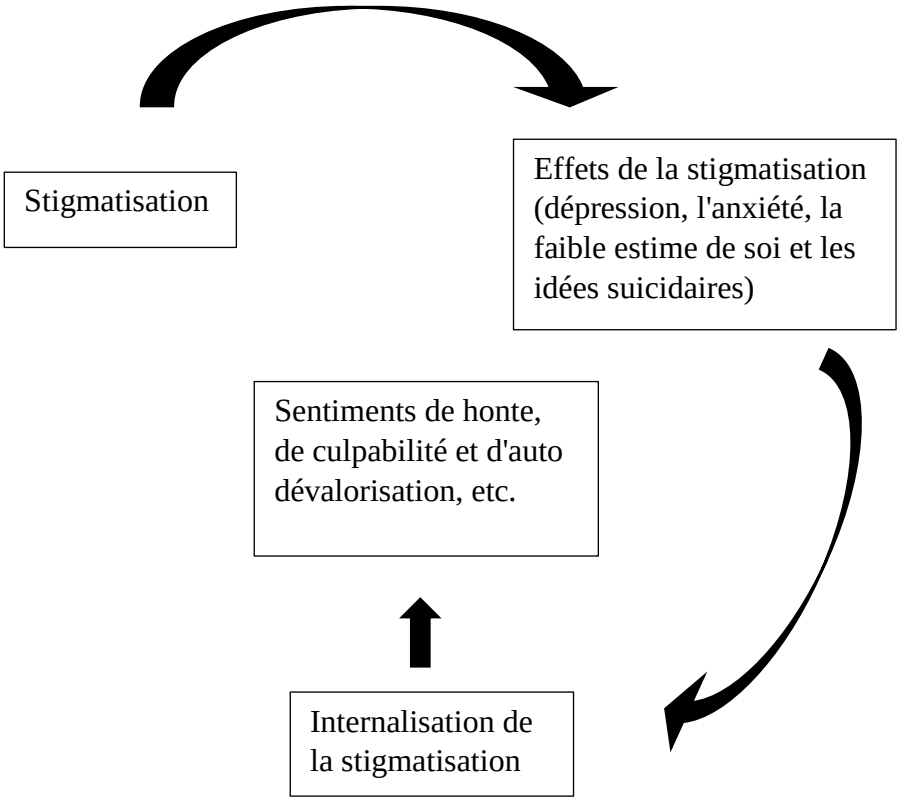


Figure 1 : Modèle d'analyse adapté « DEGUENON » de l'analyse du vécu psychologique des homosexuels atteints de VIH Sida

Ainsi se présente le cadre référentiel qui sera utilisé dans le cadre de l'analyse du vécu psychologique des homosexuels atteints de VIH et pris en charge dans la clinique les Racines.

Le chapitre sera consacré à la démarche méthodologique du travail.

2.2. Approche méthodologique de la recherche

Il s'agira de déterminer ici en premier lieu la nature de la recherche, les cibles et leurs caractéristiques respectives. En second lieu, les méthodes et les techniques d'échantillonnage. Ensuite suivront les techniques de collecte de données et les outils utilisés pour la collecte des données. Enfin, les aspects collecte et de traitement de données.

2.2.1.Nature de la recherche

Il s'agit d'analyser les conséquences physiques et psychologiques que la société influe sur les personnes homosexuelles porteuses du VIH prises en charge à la clinique médicale Racines.

A cet effet, dans l'optique de cerner le sujet dans toute sa grandeur et d'obtenir des résultats fiables, il a été entrepris de mener une recherche mixte. La recherche mixte prend en compte la recherche qualitative et celle quantitative. La recherche qualitative permet d'approfondir le sujet de recherche auprès de cibles capables de fournir des informations adéquates et objectives. Et celle quantitative permet d'avoir des informations statistiques et chiffrées chez un grand nombre de cibles.

Les travaux ont été faits sur une cible bien déterminée et avec des caractéristiques précises. La section qui suit présente les catégories de cibles et leurs caractéristiques.

2.2.2.Population cible et échantillonnage

Cette partie concerne les groupes cibles pris en compte dans ce travail de recherche, les méthodes et techniques d'échantillonnage utilisées dans cette recherche

et ensuite la taille de l'échantillon sur laquelle les travaux ont été faits. Il faut rappeler que le choix des méthodes d'échantillonnage ainsi que la détermination de la taille de l'échantillon permettent l'obtention d'un échantillon assez représentatif. Cet échantillon oriente les caractéristiques de la population cible.

2.2.2.1. Groupes cibles

Diverses catégories de personnes constituent la population cible de cette recherche. Il s'agit en conséquence de deux types de populations cibles dont les composantes sont :

- Une population cible primaire composée des personnes homosexuelles atteintes du VIH/ SIDA et recevant les soins à la clinique médicale Racines.
- Une population cible secondaire composée des agents de santé intervenant médicale Racines. Il s'agit du médecin-chef, des infirmiers et infirmières, des sages-femmes, des aides-soignants...

Vu le fait qu'il nous serait impossible de mener nos investigations sur l'ensemble de la population cible concernée, nous avons déterminé pour notre recherche à partir de ces groupes cibles, un échantillon de recherche.

2.2.2.2. Méthodes et techniques d'échantillonnage

L'échantillonnage consiste à sélectionner un nombre donné d'unités qui font partie de la population cible de recherche. Il conduit à la constitution d'un échantillon présentant des caractéristiques précises. Pour la plupart des recherches, l'échantillon doit être le plus représentatif possible.

- **Technique d'échantillonnage**

Dans le cadre de cette recherche, vu la non-existence d'une base définie de personnes homosexuelles définies au plan national quant à la population mère, nous avons jugé bon d'opter pour une méthode non probabiliste avec la technique du choix accidentel et du choix raisonné.

Le choix accidentel consiste à utiliser les personnes disponibles immédiatement sur le terrain pour constituer un échantillon. L'échantillon accidentel consiste à choisir

les cibles telles qu'elles se présentent, sans triller. Le choix raisonné est cette technique qui consiste à choisir les éléments de l'échantillon en se basant sur le jugement du chercheur.

Pour mener alors cette recherche à bon port, le choix raisonné a été utilisé essentiellement pour les agents de santé de la clinique. En ce qui concerne les personnes homosexuelles atteintes de VIH/Sida, le choix accidentel a été pris en compte. Ce choix s'est axé non seulement sur la fiabilité des informations fournies par les cibles, mais également sur leur justesse. Ceci en parfaite concordance avec leur capacité à fournir des informations pertinentes, raisonnables en ce qui concerne les conséquences physiques et psychologiques que la société influe sur les personnes homosexuelles porteuses du VIH.

- **Taille de l'échantillon**

Dans le cadre de cette recherche de nature mixte, constituent l'échantillon, 50 sujets dans la catégorie de la cible primaire (personnes homosexuelles atteintes de VIH) et 3 agents de santé de la clinique médicale Racines pour la cible secondaire. Respectivement 50 personnes homosexuelles atteintes de VIH et 03 agents de santé. La taille de l'échantillon est donc de 53.

Nous avons opté pour le choix des personnes homosexuelles atteintes de VIH dans la catégorie primaire de notre étude parce qu'elles représentent les acteurs principaux de l'objet d'étude et en catégorie secondaire, les agents de santé ont été choisis parce qu'ils se présentent comme les acteurs véritables capables de faire une analyse conséquente du regard que porte la société sur les personnes homosexuelles atteintes de VIH.

Pour le présent travail, à chaque catégorie de cibles correspond un outil de collecte de données. Ainsi, les guides d'entretien semi-directifs ont été adressés aux agents de santé pendant que les questionnaires aux populations.

Le tableau ci-dessous présent la taille de l'échantillon de la population cible de l'enquête ainsi que les techniques d'échantillonnage utilisées.

Tableau 1 : Taille de l'échantillon

Catégories de cibles	Provenance	Techniques d'échantillonnage	Taille
Personnes homosexuelles portant VIH	Cotonou	Choix accidentel	50
Agents de santé	Cotonou	Choix raisonné	03
	Total		53

Source : Données de terrain, Janvier 2023

2.2.3.Techniques et outils de collecte de données

Les diverses investigations menées ont nécessité l'utilisation de techniques de collecte de données adéquates. La section que voici les présente.

Trois techniques ont été utilisées dans le cadre de la présente recherche pour collecter les données. Il s'agit de l'entretien semi-directif, de l'enquête par questionnaire et de l'observation.

- **Techniques de collecte de données**

2.2.3.1. L'entretien semi-directif

L'entretien représente une méthode qui permet de recueillir des informations. L'entretien semi-directif est une variable de l'entretien. Il consiste à poser de nombreuses questions ouvertes à l'enquêté ; ces questions peuvent nécessiter des relances lorsque le chercheur n'est pas satisfait. Ceci permet d'avoir des réponses claires et fiables. Cette technique a été utilisée pour recueillir les informations auprès des agents de santé de la clinique médicale Racines. Un guide d'entretien a donc été construit. Cette technique a permis de recueillir des informations sur les appréciations des agents de santé en ce qui concerne le regard de la société sur les personnes homosexuelles atteintes de VIH/Sida. Les thèmes abordés par les guides d'entretiens

sont relatifs au statut des agents de santé. Un anonymat complet a été gardé dans le cadre de ces entretiens afin de favoriser le recueil des informations en raison du thème jugé trop délicat et sensible par ces derniers. Ainsi, convient-il de retenir :

Agent de santé n°1 RACINES : A S n°1 RACINES ;

Agent de santé n°2 RACINES : A S n°2 RACINES ;

Agent de santé n°3 RACINES : A S n°3 RACINES.

2.2.3.2. L'enquête par questionnaire

L'enquête par questionnaire est cette technique qui consiste à fournir aux cibles un document qui contient une série de questions. Elle a été utilisée pour recueillir les informations auprès des personnes homosexuelles atteintes de VIH qui constituent une catégorie de cibles. Il faut rappeler que les questions posées sont liées aux objectifs de la recherche.

2.2.3.3. L'observation

L'observation est cette technique qui permet un recueil de données par le chercheur. Elle consiste pour le chercheur à se baser sur l'observation pour comprendre le comportement d'une personne.

- **Outils et matériels de collecte de données**

Les outils de collecte de données sont en relation avec les techniques de collecte exploitées.

Un guide d'entretien a donc permis la conduite des entretiens. Ces guides sont semi-directifs. Un questionnaire a été utilisé dans le cadre de l'enquête par questionnaire. En ce qui concerne l'observation, la grille d'observation a été utilisée.

En ce qui concerne le matériel de collecte des données, les entretiens ont été enregistrés grâce à un Smartphone.

Après la définition des techniques de collecte de données et des outils y afférents, les données quantitatives et qualitatives ont été recueillies et traitées.

2.2.4.Traitement des données

Les techniques et outils de collecte de données identifiés ont permis le recueil des données qui seront traitées. Les données qualitatives ainsi recueillies à travers les guides d'entretiens ont été structurées. Ces données enregistrées à l'aide d'un magnétoscope ont été transcrites pour le traitement. Les propos des personnes interviewées ont été analysés et ont permis le traitement des données afin de pouvoir trouver des points communs ou divergents entre les propos. Quant aux données quantitatives, elles ont été recueillies sur la base d'un questionnaire rédigé à l'endroit des populations. Les données, extraites avec le logiciel Excel 2016, sont traitées dans IBM SPSS version 26.0.

2.2.5.Difficultés rencontrées

Les difficultés rencontrées dans le cadre de cette recherche sont diverses. Elles sont liées d'une part à la difficile obtention de l'accord des enquêtés et interviewés. Les enquêtés jugeaient trop intimes le sujet et donc par manque de confiance en l'anonymat dans le traitement des données, n'ont pas voulu se confier tous. Le plus grand nombre a refusé de se faire soumettre le questionnaire. Aussi, nous a-t-il été difficile d'obtenir la disponibilité effective des agents de santé ayant voulu répondre à l'entretien en raison de leur programme chargé. D'autre part, l'indisponibilité d'un grand nombre des enquêtés à cause de leur activité personnelle est également au nombre des difficultés que nous avons rencontrées.

N'empêche que des mesures ont été prises pour favoriser l'effectivité des investigations pour la réussite de cette recherche. Les entretiens ont été réalisés et les questionnaires ont été administrés.

CHAPITRE III : PRÉSENTATION ET ANALYSE DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

La présentation des résultats de recherche fait l'objet du présent chapitre. C'est le lieu également de procéder à l'analyse de ces résultats sans oublier de les discuter et de confirmer la véracité ou non des hypothèses émises dans le cadre de la recherche. Les résultats sont présentés suivant les objectifs spécifiques et les variables y afférentes.

3.1. Présentation des caractéristiques de l'échantillon des populations

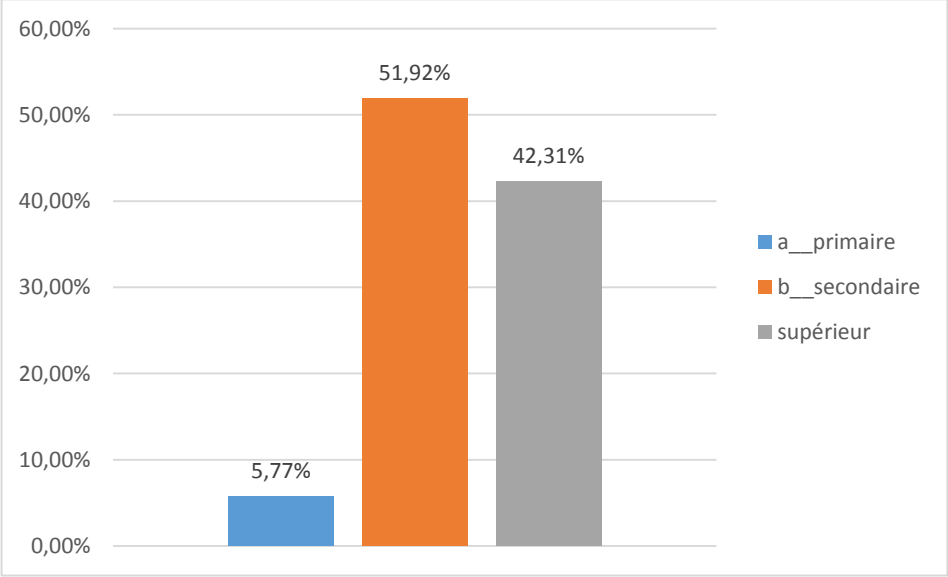
Au total, 55 sujets dont 52 pour le questionnaire et 03 pour les entretiens ont été approchés. Le tableau 2 présente les caractéristiques de l'échantillon des populations auxquelles les questionnaires ont été soumis.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques de la population enquêtée

Variables	Effectifs	Pourcentages (%)
Ville de résidence		
Abomey-Calavi	21	40,4
Cotonou	27	51,9
Ouidah	01	1,9
Porto novo	03	5,8
Total	**52**	**100,0**
Âge		
15 à 20 ans	20	38,5
21 à 25 ans	19	36,5
26 ans et plus	13	25,0
Total	**52**	**100,0**

Source : Données de terrain, Juin 2023

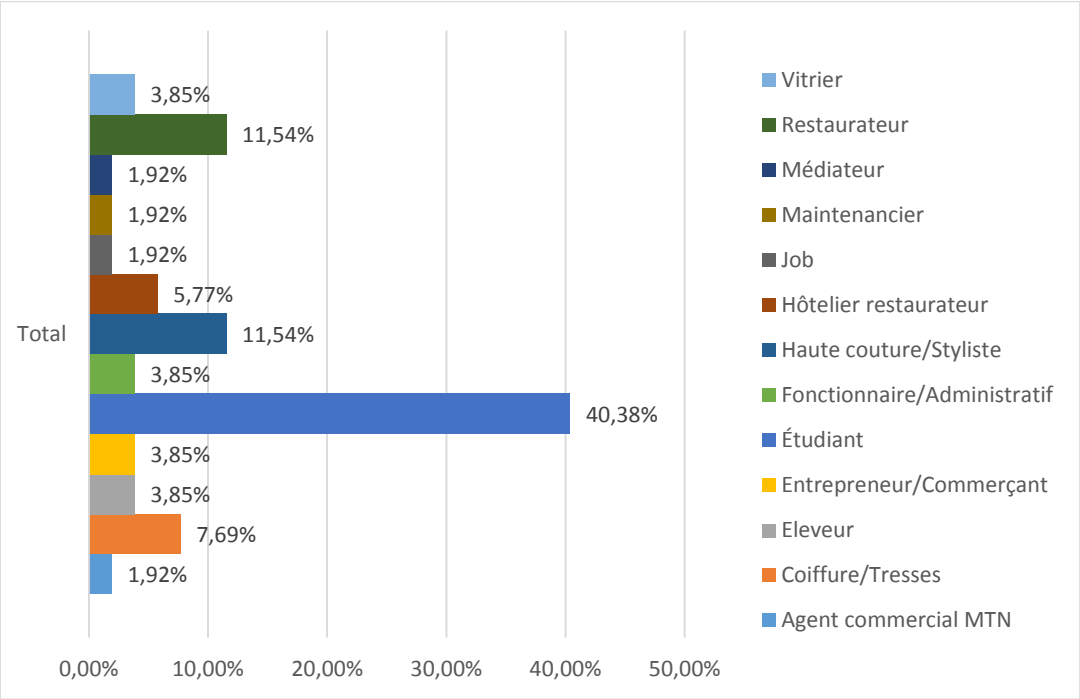
Le tableau ci-dessus présente les villes de résidence des sujets enquêtés et leurs tranches d'âge. Il faut préciser que les sujets enquêtés sont de sexe masculin et sont tous célibataires. Il s'observe, au travers de ce tableau, que les sujets enquêtés proviennent de 04 communes du pays et 03 départements différents. Ainsi, 51,9% viennent de Cotonou (littoral), 40,4% d'Abomey-calavi 1,9% de Ouidah (atlantique) et 5,8 de Porto-Novo (Ouémé). Ils sont majoritairement (38,5) âgés de 15 à 20 ans et 25% âgé de 26 ans et plus. Aussi, ceux âgés de 21 à 25 ans font 36,5%. Il faut remarquer qu'au fur et mesure que l'âge évolue, l'effectif diminue. Cela fait ressortir donc que les jeunes moins âgés sont davantage concernés par la situation des HSH séropositifs que les personnes plus âgées.



<u>Graphique 1</u> : Niveau d'instruction

Source : Données de terrain, Juin 2023

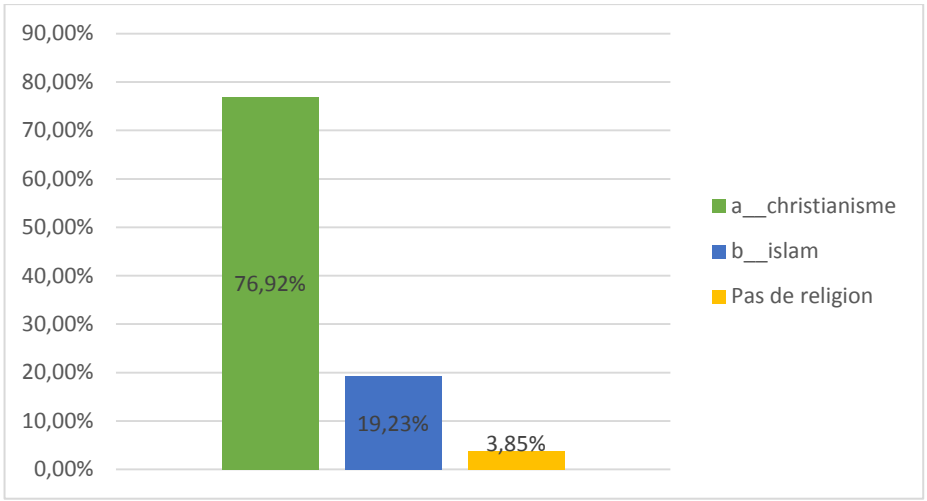
Les sujets rencontrés ont pour le grand nombre fait jusqu'au niveau du secondaire (51,92%) avant de raccrocher. Ceux parmi eux qui n'ont véritablement pas évolué se sont arrêtés au niveau du primaire (5,77%). Il en ressort qu'ils ont un niveau d'instruction considérable.



<u>Graphique 2</u> : Profession

Source : Données de terrain, Juin 2023

Au travers de ce graphique, on note que 40,38% des enquêtés sont encore aux études. Ils sont étudiants pour la majorité. Cependant, quelques-uns sont agents commerciaux (1,92%), maintenanciers (1,92%), ou font des jobs en freelance (1,92%). Par ailleurs, d'autres professions comme la coiffure, la tresse, la haute couture, la restauration ou l'élevage ont été évoquées.



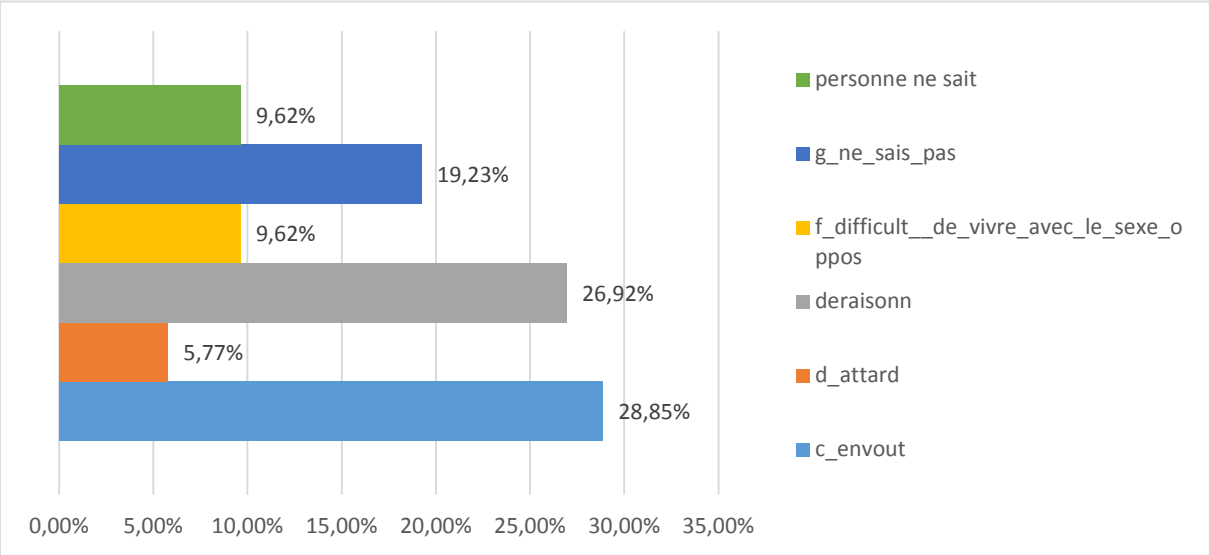
<u>Graphique 3</u> : Religion

Source : Données de terrain, Juin 2023

Le graphique 3 présente la religion que pratiquent les sujets enquêtés. Ils sont à 76,92% chrétiens et quelques-uns ne pratiquent aucune religion (3,85%). Aussi, quelques enquêtés sont pratiquants de l'islam (19,23%).

3.2. Identification des aspects pratiques du regard que la société a sur les homosexuels porteurs du VIH/SIDA

Il s'agit d'identifier dans cette partie les aspects pratiques du regard que la société a sur les homosexuels porteurs de VIH/SIDA.



<u>Graphique 4</u> : Pensées et opinions de la population

Source : Données de terrain, Juin 2023

Interrogées sur ce que pense et dit la population de leur orientation sexuelle, les personnes homosexuelles atteintes de VIH ont prétendu à 28,85% que des personnes les connaissant disent qu'elles sont envoûtées. D'autres (26,92%) estiment que c'est parce qu'elles sont déraisonnées qu'elles ont fait l'option d'une telle tendance. En revanche, quelques-uns parmi eux (9,62%) ont reconnu que personne ne sait rien de leur orientation sexuelle ou qu'elles ne savent même pas ce que les autres disent ou pensent d'elles. De la même façon, 5,77% ont répondu que les gens qu'elles rencontrent et qui sont informées de leur tendance pensent que leur choix est dû au fait

qu'elles ont de difficultés à vivre avec les femmes. Il faut en déduire que les homosexuels connaissent une stigmatisation particulière marquée d'abord par leur tendance et ensuite par leur statut de séropositivité.

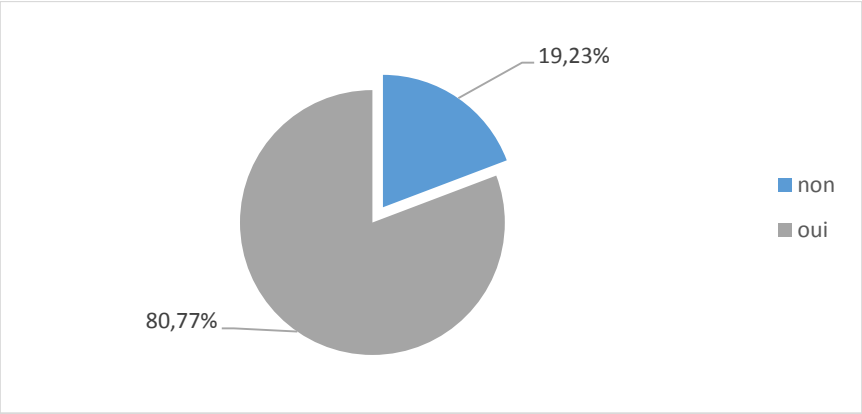
De la même façon, l'un des agents de santé interviewés sur la question confie que :

« C'est les gays qui ont emmené cette maladie-là. C'est le rejet, la discrimination, la stigmatisation cela fait qu'ils n'ont pas accès facilement aux soins à Cotonou en dehors de nous qui sommes un site friendly comme on le dit là, en dehors de DIST ils ne peuvent pas aller dans un hôpital facilement pour exprimer leur besoin en santé ... » À S n°3 RACINES

Partant, le rejet de la société est aussi prononcé contre les HSH que l'avènement du Virus du Sida leur est même imputé. Un autre interviewé continue en disant que :

« On se méfie d'eux, on les considère comme des extra-terrestres parfois même comme des animaux, on les pointe du doigt pour dire si cette infection est en train d'évoluer c'est à cause d'eux, ce n'est pas toujours vrai ». A S n°1 RACINES

En effet, l'agent de santé ci-dessus relate les propos ordinairement entendus à l'encontre des personnes HSH atteintes de VIH Sida. De ses propos, il s'en dégage que la société dans sa globalité tient en grand responsable les HSH comme auteurs et principaux dis tilleurs du VIH Sida. C'est ce qu'a voulu ressortir Kendili (2010) lorsqu'il avance que les homosexuels subissent des formes d'abus liées à leur orientation sexuelle. La plus fréquente est la négligence physique, suivie de la violence physique, de l'abus sexuel, de la violence psychologique et de la négligence psychologique. Le traumatisme infantile des enfants homosexuels est très prononcé comparativement aux enfants hétérosexuels surtout dans les milieux fortement islamisés Schiltz (1995), les jeunes homosexuels sont confrontés au double souci de l'insertion dans des cercles de relations tolérants et de la mise en place d'un mode de vie qui favorise l'épanouissement de leur orientation sexuelle. À cela s'ajoute le vécu psychologique dans un contexte épidémiologique dramatique en raison d'une prévalence du virus du VIH très forte.



<u>Graphique 5</u>: Acceptation par les autres

Source : Données de terrain, Juin 2023

Lorsque les sujets enquêtés ont été questionnés afin de savoir si leur entourage les acceptait tel qu'ils sont, ils ont répondu à 80,77% être acceptés. Toutefois, 19,23% ont prétendu le contraire arguant des raisons que les personnes hétérosexuelles estiment que c'est une abomination de faire l'option de cette tendance. D'autres encore traitent de possédés les personnes homosexuelles ou pensent que c'est être mal-né que de choisir cette tendance. Il y en a qui sont allés jusqu'à dire à certaines personnes hétérosexuelles qu'elles ne sont pas bien dans leur tête.

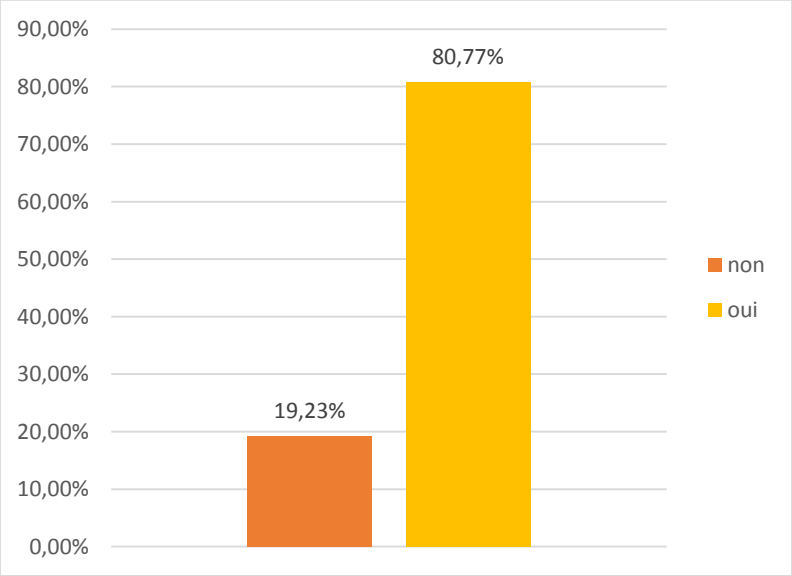
Cet état de fait est bien confirmé par les propos d'un des agents de santé qui estime pour sa part que :

« C'est des gens qui ont une vie très difficile, c'est pour cela nous, on dit que c'est un esprit malveillant qui les conduit. Ils sont majoritairement indigents. Ils sont rejetés dans la société, ils sont rejetés par les parents ». A S n°2 RACINES

Dans la même dynamique de savoir si les HSH atteints de VIH sont acceptés par leur entourage, un autre agent de santé poursuit en disant que :

« D'abord les homosexuels savent eux-mêmes qu'ils sont rejetés par la société donc ils s'auto stigmatisent. C'est des gens quand ils viennent dans un milieu, eux-mêmes se disent qu'ils ne seront pas acceptés et ils développent une attitude de méfiance, eux-mêmes mettent une barrière autour d'eux. Par rapport au regard qu'on porte sur eux on se dit ceux sont eux ça puisqu'à l'origine les gens on dit que c'est la maladie des gays » A S n°1 RACINES

Dès lors, contrairement à ce que le grand nombre des HSH atteints du VIH Sida a confié, il s'enduit rien qu'à tenir compte des propos des agents de santé et des réponses fournies par ceux parmi eux qui avouent ne pas être acceptés ni par leur entourage ni par les membres de leur famille, que les Homosexuels atteints de VIH Sida sont rejetés par la société. D'abord pour leur tendance ensuite pour le statut de séropositivité auquel les gens étaient auparavant hostiles. C'est d'ailleurs ce que viennent corroborer les propos de Schiltz (1995) quand elle dit que les jeunes homo/bisexuels masculins doivent composer avec les transformations liées à leur transition pubertaire notamment le passage de l'adolescence à l'âge adulte, mais aussi ils doivent dans cette période de transition, composer avec une orientation sexuelle spécifique. En effet, malgré une amélioration de la tolérance, l'acceptation sociale des homosexuels reste problématique en particulier au sein de la famille sans compter le fait que l'homosexualité implique des modes de vie particuliers.

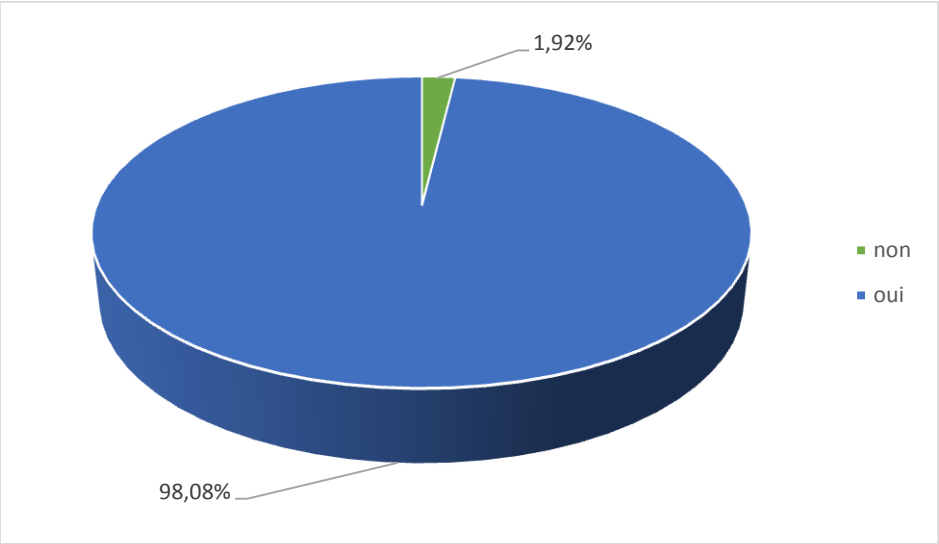


<u>Graphique 6</u>: Qualité des interactions avec la famille ou l'entourage immédiat

Source : Données de terrain, Juin 2023

D'après le graphique dessus, les enquêtés confient à 80,77% qu'ils s'entendent bien avec les membres de leur famille et leur entourage. Par contre 19, 23% prétendent le contraire avançant la raison principale du choix de leur orientation sexuelle. Il apparaît donc que le choix de la tendance sexuelle n'a pas véritablement une grande

importance quant à la qualité des interactions que les HSH atteints de VIH entretiennent avec les membres de leur famille ou leur entourage.



<u>Graphique 7</u> : Possibilité de compréhension du choix de la tendance des personnes homosexuelle

Source : Données de terrain, Juin 2023

Les HSH atteints de VIH interrogés sur l'éventualité selon laquelle les gens les acceptent tels qu'ils sont ont répondu à 98,08% que les gens les acceptent. Il n'y a qu'un nombre minime (1,92%) qui estime que les gens ne les acceptent pas, par ce qu'ils ne comprennent pas leur choix.

L'un des agents de santé contrairement à ce que confient la majorité des HSH atteints de VIH Sida, explique que :

« Les personnes HSH tiennent comptent généralement de ce qui se dit sur eux pour s'apprécier. Ils s'auto culpabilisent partout où ils sont. Ils se trouvent différents des autres dans un milieu donné même quand on ne les indexe pas, ne les juge pas, ils sont parfois mal à l'aise. Pour ce que moi je reçois en consultation, je peux dire que la plupart essaient quand même d'être ouvertes. Ceux qui se sentent plus stigmatisés sont beaucoup plus les transgenres (TG). On les remarque plus vite contrairement à un HSH. Ce n'est pas eux tous qui assume leur orientation sexuelle, il y en a d'autres qui sont gênés » A S n°3 RACINES

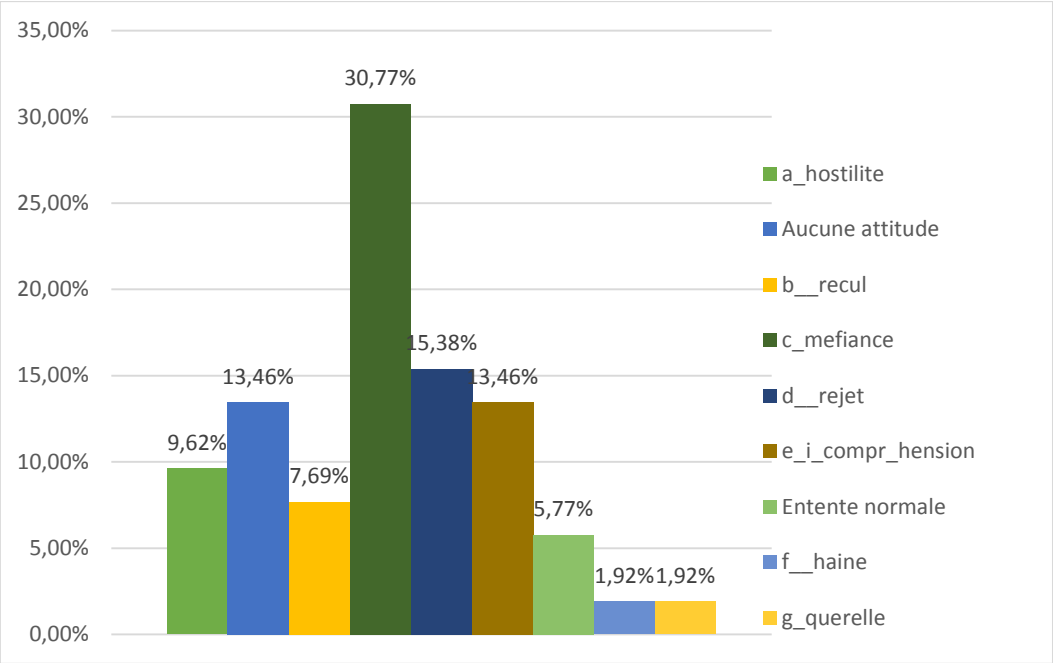
Devrions-nous conclure que les personnes HSH n'aient pas voulu se confier véritablement en ce qui concerne leurs interactions dans leurs différents milieux avec les personnes hétérosexuelles ? En effet, il se dégage une disproportion assez remarquable entre ce qu'ils nous ont confié et ce qu'estiment leurs soignants qui de plus représentent les personnes à qui ils se confient. Pour ce faire, les propos de l'agent de santé sont sans équivoques et assez explicites pour traduire la qualité des interactions que vivent les HSH et leur entourage. On en déduit qu'elles se culpabilisent elles-mêmes et ne s'épanouissent pas personnellement lorsqu'elles sont en contact avec des personnes d'orientation sexuelle différente.

Pilkington et D'Augelli, (1995) avaient observé à propos des lesbiens, gays et bisexuels dans des milieux non cliniques une prévalence élevée de victimisation physique et psychologique familiale. En outre, Faulkner et Cranston (1998) lors d'enquêtes menées en milieu scolaire auprès d'adolescents du Massachusetts et du Minnesota (Saewyc, Bearinger, Blum, et Resnick, 1999) font état de taux plus élevés de victimisation violente, généralement dans le contexte de l'école et de la communauté, chez les jeunes qui déclarent avoir un comportement sexuel avec des personnes du même sexe ou une identité lesbienne, gay ou bisexuelle.

La section suivante va aborder les attitudes et comportements de la société à l'endroit des personnes homosexuelles atteintes de VIH Sida.

3.3. Attitudes et comportements à l'endroit des personnes homosexuelles atteintes de VIH Sida

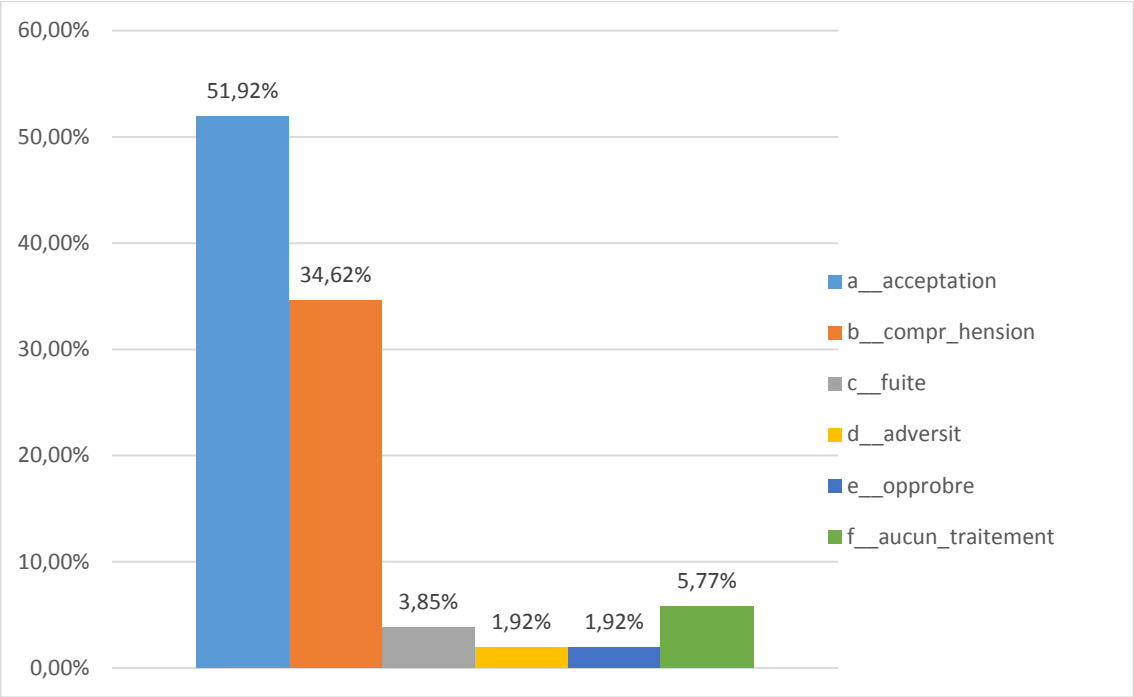
Cette partie regroupe l'analyse des attitudes et comportements de la société à l'endroit des personnes homosexuelles atteints de VIH/SIDA.



Graphique 8 : Attitudes et comportements envers les personnes homosexuelles atteintes de VIH

Source : Données de terrain, Juin 2023

Le graphique ci-dessus présente les attitudes et les comportements que la population a envers les personnes homosexuelles atteintes de VIH. À 30,77% les gens ont de la méfiance envers elles. D'autres personnes les rejettent (15,38%) ou bien entretiennent de la haine à leur endroit (13,46%). Par ailleurs, des attitudes et comportements tels le recul, la querelle, l'hostilité ont été énumérés. A contrario, 5,77 de la population enquêtée estime être en de bonne entente avec son entourage et la population entière. Aussi 13,46% ont dit aucune attitude ou comportement inhabituels venant de leur entourage.



Graphique 9 : Traitements subis en société

Source : Données de terrain, Juin 2023

Interrogés sur les traitements que les personnes leur réservent en société, les enquêtés laissent entendre à 51,92% qu'ils reçoivent une acceptation et 34,62% être compris de la société. Cependant, d'autres subissent de l'opprobre (1,92%) ou de l'adversité (1,92%). Par ailleurs, quelques-uns ne connaissent aucun traitement.

Lorsqu'on s'appesantit sur les attitudes et comportements envers les personnes homosexuelles atteintes de VIH **(graphique 8),** on remarque qu'elles avancent pour la majorité être victimes de méfiance, d'hostilité de haine ou d'opprobre. Cependant, au niveau du graphique 9, ils avancent qu'ils sont plutôt bien acceptés et bien compris en société. Alors pour s'assurer vraiment de l'acceptation et de la compréhension dont ont prétendu les HSH, il a été jugé utile de recourir aux agents de santé du centre dans lequel ils se soignent. À cet effet, l'un des agents de santé explique que :

> *« Les homosexuels ont peur de tout le monde. Ils éprouvent de véritables difficultés à s'ouvrir aux personnes qu'ils ne connaissent pas. Pour le fait que les gens considèrent leur choix sexuel comme un problème dans nos cultures africaines, ils se voient écartés et rejetés de la société. La plupart du temps, ils*

vivent seuls ou mieux, restent avec les gens de même orientation qu'eux. Le fait simplement que les gens s'étonnent quand ils entendent leur choix sexuel est suffisant pour qu'ils se sentent différents ». A S n°3 RACINES

Dans l'optique de vérifier toujours si les HSH se sentaient aussi heureux tel qu'ils ont confié, un autre interviewé dit :

« Ils se réconfortent entre eux et les uns mettent en garde les autres d'éviter de s'exposer à tout le monde. Pour cela, pour éviter de se sentir mal à l'aise en face des gens qui pourraient les juger, ils font l'effort parfois de rester zen. De ne rien laisser transparaître de leur tendance ni de leur statut de séropositivité. Ils estiment en réalité qu'ils ne doivent rien à personne. Donc personne n'a aucun intérêt à savoir s'ils sont heureux ou pas. C'est pour cela qu'ils aiment notre centre. Parce qu'ils se sentent écouter et accompagner ici ». A S n°1 RACINES

Un autre agent de santé révèle que :

« On les fuit, on se méfie d'eux, on pense qu'ils sont des êtres maudits parfois même on les considère comme des animaux. On les considère comme la preuve de l'éradication du virus de sida ». A S n°2 RACINES

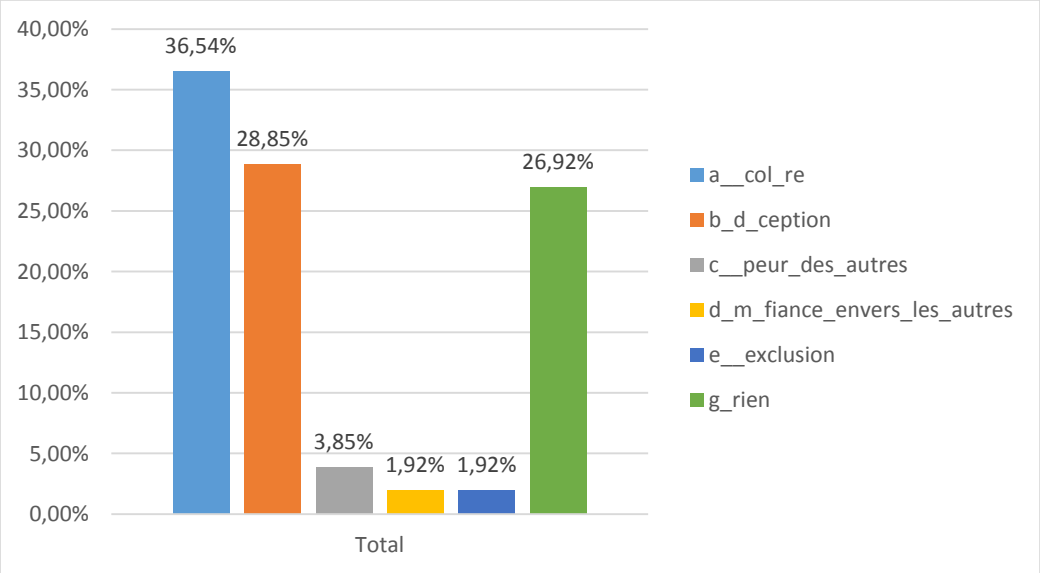
On en déduit que par peur de se voir jugés ou interpelés, les HSH qui ont confié être bien traités en société ont feint de révéler les réalités qu'ils vivent. Parce que lorsque nous confrontons les résultats de leur enquête avec les entretiens tenus avec leurs soignants ou même les données de la littérature, on observe une dissidence dans les réponses. Ce qui nous amène à nous demander pourquoi les HSH atteints de VIH ont-ils répondu pour une première fois faire l'objet de méfiance, de rejet, de haine, de recul, de querelle, et d'hostilité et pour une seconde fois ils estiment être bien acceptés et bien compris ? Eu égard au fait que les HSH ne se confient pas délibérément à tout le monde et qu'il se pourrait qu'à un moment ils aient craint de trop en dire sur eux-mêmes, on comprend mieux la discordance des réponses fournies. D'ailleurs, la même question leur étant posés d'une autre façon ils ont avoué être mal reçus en société. Et c'est d'ailleurs ce qu'estime Meyer (2003), en parlant des implications de la

stigmatisation. Elle est un processus social par lequel les individus sont étiquetés, rejetés et dévalorisés en raison de caractéristiques spécifiques, telles que l'orientation sexuelle ou le statut sérologique du VIH. Les individus stigmatisés sont souvent confrontés à des attitudes négatives, à la marginalisation sociale et à des formes de préjugés systémiques. Pour les homosexuels séropositifs, la stigmatisation liée à leur orientation sexuelle ainsi qu'à leur statut sérologique peut engendrer une double discrimination, exacerbant ainsi leur détresse psychologique.

La section suivante abordera les conséquences des stigmatisations et discriminations sur le vécu psychosocial des HSH atteints de VIH.

3.4. Conséquences des stigmatisations et discriminations sur le vécu psychosocial des homosexuels atteints de VIH

Le travail dans cette séquence sera consacré à l'analyse des conséquences des actes de stigmatisation et de discrimination sur le vécu psychologique des homosexuels atteints de VIH/SIDA.

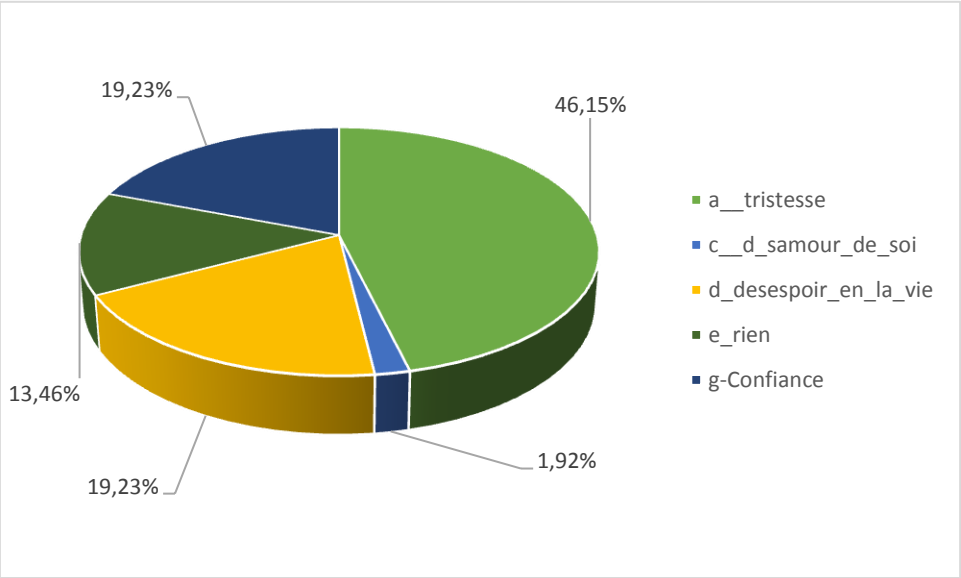


Graphique 11 : Impacts des propos et comportements de l'entourage

Source : Données de terrain, Juin 2023

En s'intéressant aux impacts des propos et comportements des personnes hétérosexuelles à l'endroit des HSH atteints de VIH, il se laisse découvrir que 36,54% éprouvent de la colère ou se sentent déçus (28,85%) des propos et comportements de

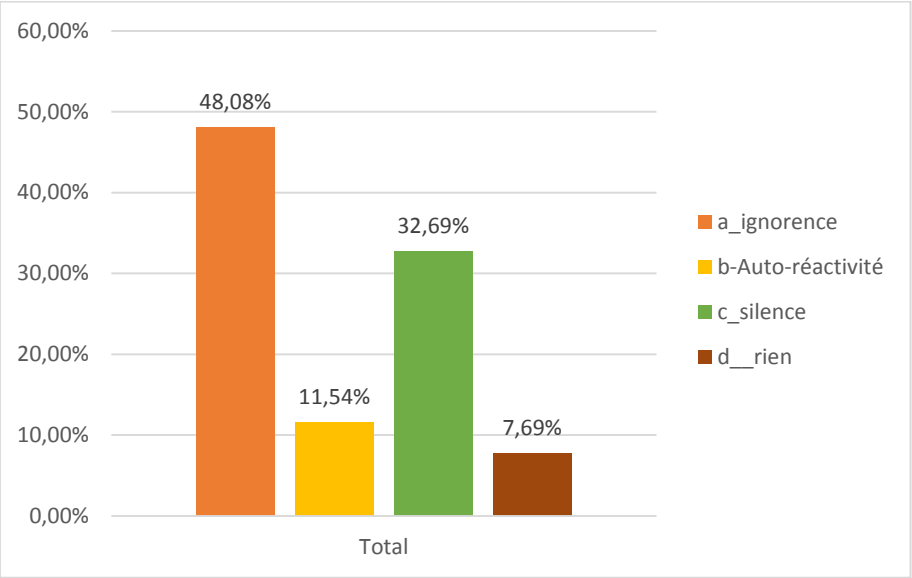
leur entourage sur leur choix. Par contre 26,92% ne ressentent rien ou éprouvent de l'exclusion (1,92%) ou même de la méfiance (1,92%).



Graphique 12 : Impact des attitudes de l'entourage

Source : Données de terrain, Juin 2023

Quand il s'agit de l'analyse de l'impact des attitudes de la société ou de l'entourage sur la vie des HSH, 46,15% estiment ressentir de la tristesse et 19,23% sont déçus de la vie, de ce que les autres pensent d'eux. Par contre, 1,92% ressent de la confiance.



Graphique 13 : Conséquences du jugement de l'entourage

Source : Données de terrain, Juin 2023

En s'intéressant aux comportements qu'adoptent les HSH, lorsqu'ils sont jugés pour leur tendance sexuelle, on observe que 48,08% entretiennent de l'ignorance à l'égard de ceux qui les jugent tandis que 7,69% ne font rien.

De la même façon, les agents de santé pris en entretien expliquent que :

> *« D'abord les homosexuels savent eux-mêmes qu'ils sont rejetés par la société donc ils s'auto stigmatisent. C'est des gens quand ils viennent dans un milieu, eux-mêmes se disent qu'ils ne seront pas acceptés et ils développent une attitude de méfiance, eux-mêmes mettent une barrière autour d'eux. Par rapport au regard qu'on porte sur eux c'est qu'on se dit ceux sont eux ça puisqu'à l'origine les gens on dit que c'est la maladie des gays. C'est les gays qui ont emmené cette maladie-là. C'est le rejet , la discrimination, la stigmatisation cela fait qu'ils n'ont pas accès facilement aux soins à Cotonou en dehors de nous qui sommes un site friendly comme on le dit là, en dehors de DIST ils ne peuvent pas aller dans un hôpital facilement pour exprimer leur besoin en santé alors que par rapport aux droits humains là c'est les hommes comme tout le monde qui ont droit à tout ce dont les autres ont droit puisque les droits humains c'est des droits acquis depuis la naissance qui sont inaliénables tout individu à ces droits on ne doit pas leur enlevés ça. »* A S n°3 RACINES

Les travaux de Bonny et Sauvagnat (2013) portant sur le problème des prises de risque sexuel liées au VIH chez les homosexuels masculins en France stipulent que les chiffres de l'épidémiologie indiquent qu'en dépit de l'information dont ils disposent sur les modalités de contamination par le VIH et les règles de prévention, certains homosexuels ne se protègent pas systématiquement de cette maladie sexuellement transmissible. Le taux de prévalence du VIH étant chez les gays près de 120 fois plus élevés que chez les hétérosexuels, cet échec relatif de la prévention est un enjeu majeur du domaine de la santé publique. On en conclut que lorsque l'agent de santé n°3 affirme que les gens considèrent les homosexuels comme principaux auteurs de l'extension du VIH Sida, les données de la littérature l'avait révélé. De ce fait, lorsqu'ils sont considérés comme tels, il est certain que les personnes avec qui ils sont en interaction ne leur réserveront pas une totale acceptation. Cela permet de mieux

comprendre l'origine des discriminations et stigmatisations de la société à leur égard, qui en retour influence considérablement leur vécu en société.

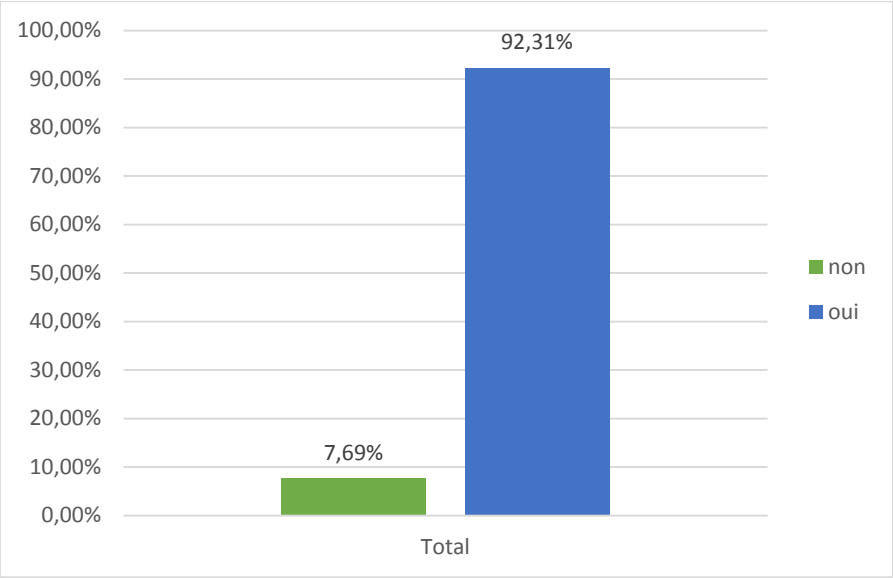
À propos, Herek (2009) souligne que la stigmatisation et la discrimination envers les homosexuels ont des conséquences psychologiques importantes, telles que la dépression, l'anxiété, la faible estime de soi et les idées suicidaires. Ces effets négatifs peuvent être amplifiés chez les homosexuels infectés par le VIH/SIDA, car ils font face à une double stigmatisation.

En ce qui concerne les mécanismes sous-jacents, Crocker et Major (1989) proposent que la stigmatisation engendre un processus d'internalisation de la stigmatisation, où les individus intériorisent les croyances négatives sur eux-mêmes et les appliquent à leur propre identité. Cette internalisation peut conduire à des sentiments de honte, de culpabilité et d'autodévalorisation, qui à leur tour affectent le bien-être psychologique des homosexuels séropositifs.

À la suite des impacts des stigmatisations et discriminations sur le vécu psychosocial des homosexuels atteints de VIH, il sera abordé dans la suite de ce travail les prises en charge et leur importance dans l'amélioration des conditions de vie des HSH atteints de VIH.

3.5. Importance de la prise en charge psychologique des personnes homosexuelles porteuses du VIH

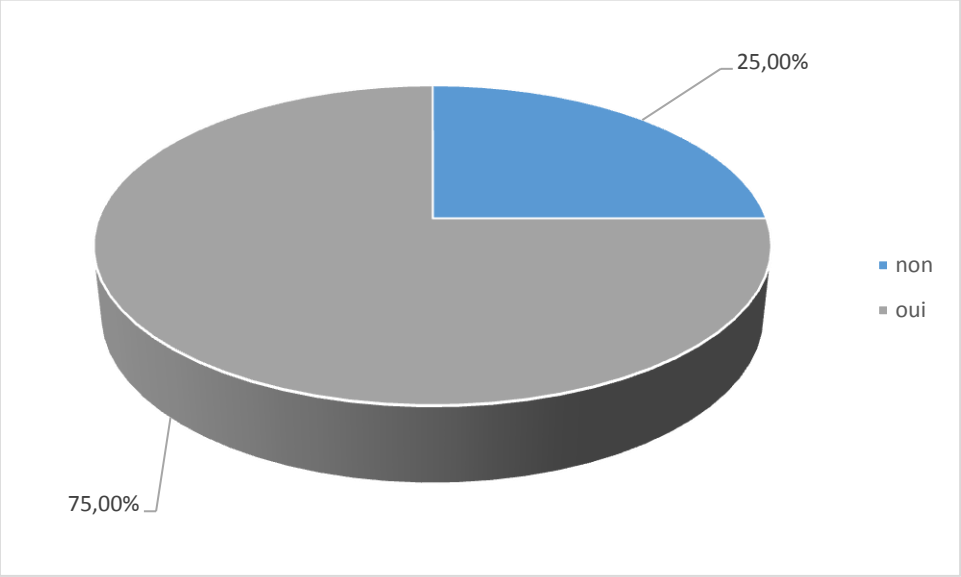
Il s'agira de s'intéresser aux différents soutiens, assistances et secours portés par la société aux personnes HSH atteintes de VIH Sida. Il sera question aussi d'évaluer la volonté des enquêtés de se faire accompagner en s'appuyant sur les différentes difficultés qu'ils éprouvent dans la poursuite de leurs traitements.



<u>Graphique 16</u> : Existence d'assistance et de secours de l'entourage

Source : Données de terrain, Juin 2023

D'après ce graphique, 92,31% des enquêtés ont laissé entendre qu'il existe dans leur entourage des personnes disposées à les écouter et à les réconforter. Cela revient à dire que les HSH ne sont pas pour autant abandonnés ni même rejetés qu'on l'aurait cru. A contrario, 7,69% prétendent ne pas compter cette faveur dans leur entourage ni même dans leur famille. Implicitement on noterait que les HSH sont plus ou moins écartés du cocon familial en raison de leur statut sérologique et de leur tendance sexuelle.



<u>Graphique 14</u> : Volonté de se faire comprendre et accompagner

Source : Données de terrain, Juin 2023

Le graphique ci-dessus en s'intéressant à la volonté des HSH de se faire accompagner ou pas, révèle que 75% des enquêtés désirent se confier à des personnes pouvant les accompagner et les comprendre. Cela leur permet de se sentir davantage en sécurité, ou de se soulager. D'autres encore pensent que c'est l'occasion pour eux d'avoir plus de conseils et des accompagnements sur leur statut sérologique. Nombreux parmi eux ont aussi avancé la raison selon laquelle se confier leur éviterait de se suicider. Il y a en revanche 25% à qui le souhait ne vient en aucun cas de vouloir se confier ou de se faire entendre parce qu'ils ne voudraient pas qu'on soit informé de leur statut sérologique. Quelques-uns ont même avoué que leur propre famille n'est pas informée de leur statut ni de leur tendance. Il y en a encore qui ne voudraient rien dire parce qu'ils ont peur que leurs amis camarades ou membres de leur famille ne les rejettent.

Les agents de santé ont également pensé que l'accompagnement psychosocial est important pour l'amélioration des conditions de vie des HSH. C'est d'ailleurs ce qui fait que l'un d'eux avance que :

> *« c'est très important, d'abord il faut que dans les comportements des praticiens des personnes de santé que nous sommes que nous puissions ramener ces personnes-là dans la peau d'un individu, d'un être humain à part entière, nous devons travailler à les ramener dans cette peau-là, à les démontrer qu'ils sont pas des extraterrestres, ils ont droit à si à ça, dans nos attitudes mêmes parce que nous soignants si nous ne faisons pas ça comment ceux qui ne sont pas soignants pourront faire ».* A S n°3 RACINES

Un autre interviewé poursuit en disant que :

> *« Ce qui est primordial c'est la vie qui est en ces personnes-là et nous avons prêtés serment pour la vie, pour nous il ne doit pas y avoir autre considération que la vie qui est en à la personne. C'est important d'amener ces personnes dans leur peau d'humain et après de les aider à supporter ce fardeau de VIH*

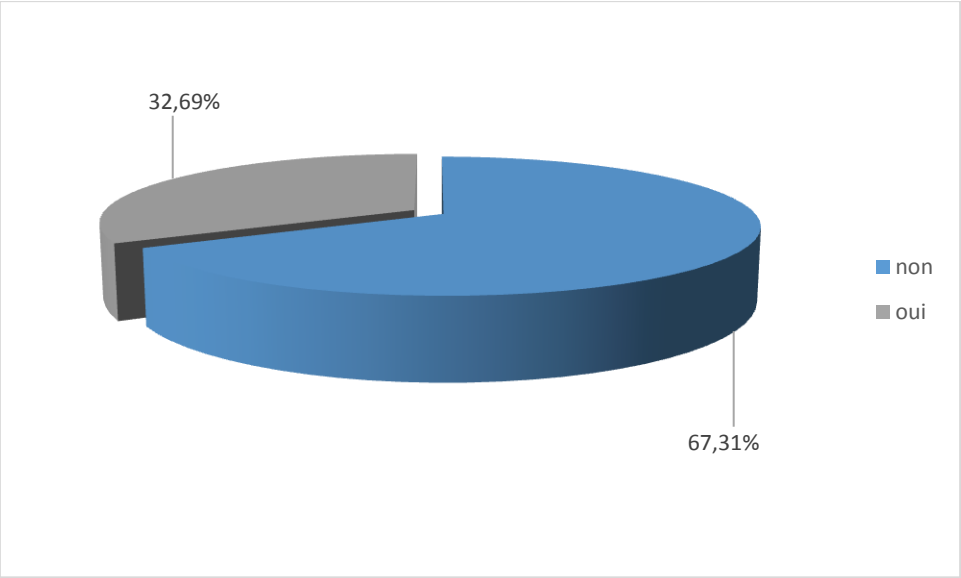
que ces personnes portent, à leur faciliter l'accès aux soins pour qu'il se sent à l'aise quand ils viennent pour qu'ils posent leur problème. En ne le faisant pas il y a longtemps qu'on a constaté que ce groupe qui entretient l'infection à VIH par ce que n'ayant pas accès aux soins là, ils ne peuvent même pas aller demander le dépistage jusqu'à aller demander qu'on les prenne en charge par rapport à l'infection donc l'infection est là et ça circule dans leur communauté or il y a des bisexuels c'est-à-dire qu'il y a des gens qui peuvent aller avec un homme et qui peuvent aller avec une femme ceux-là quittent la communauté des homosexuels pour venir ensemencer le VIH dans la population générale c'est pour ça que c'est important de leur donner l'espace qu'il faut pour qu'on puisse les prendre en charge en le faisant c'est que nous faisons la prévention aussi au niveau de la population générale. Les démarches et approches à mettre en place, aujourd'hui au Bénin la Loi est muette, elle ne condamne, ni autorise l'homosexualité ». A S n°1 RACINES

Dans un autre entretien, un interviewé se prononce sur les questions de l'accompagnement des HSH en ces termes :

« L'accompagnement doit être à plusieurs niveaux déjà dans l'accueil, il faut qu'on sente qu'il y a du professionnalisme au niveau du centre. Elle doit être dans la prise en charge des soins. L'accompagnement psychologique est très important. C'est des gens qui veulent la gratuité en tout on doit les faire comprendre aussi que ceux qui travaillent ici ne font pas du bénévolat. Il y a des projets qui les impliquent. Certaines prises en charge se font en collaboration avec eux ». A S n°2 RACINES

Un agent se confie sur la façon dont se passe l'accompagnement dans leur centre en disant que :

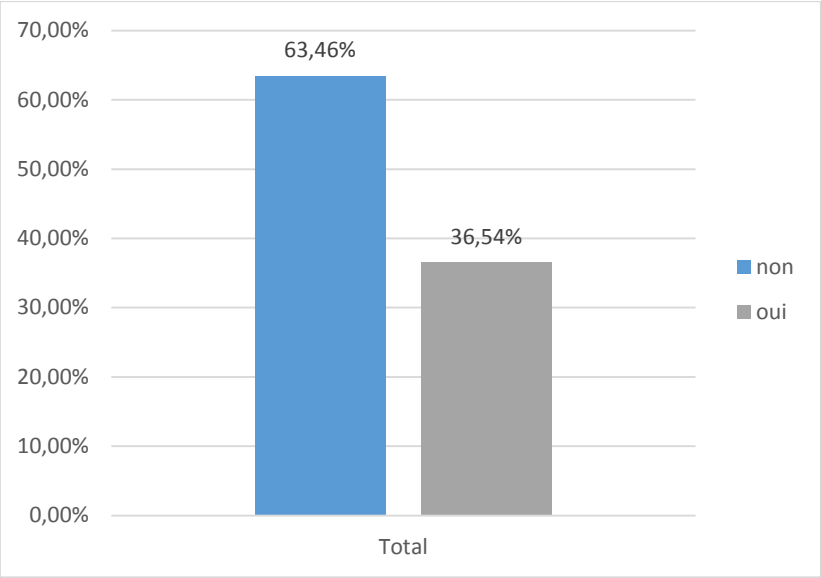
« D'une manière à une autre on essaie de leur faciliter la prise en charge notamment en les appuyant sur certains bilans à faire, la consultation est gratuite pour ce qui sont infectés par le VIH, les bilans d'initiation sont gratuits. On les appuis également sur les IST car c'est des sujets qui sont beaucoup exposés aux IST. Zéro stigmatisation ». À S n°1 RACINES



<u>Graphique 17</u> : Difficultés à poursuivre le traitement

Source : Données de terrain, Juin 2023

Ce graphique fait cas des difficultés qu'éprouvent les HSH dans la poursuite de leur traitement. Il est aisé de remarquer que 67,31% connaissent des difficultés à suivre convenablement leur traitement. Ils estiment que les Anti Rétro Viraux (ARV) sont fatiguant à prendre. Nombre d'entre eux ont avancé les raisons de la distance de leur résidence et du centre de santé. Alors, les difficultés financières qui empêchent de se déplacer font qu'au bout d'un temps d'absence, ils abandonnent. Il y en a aussi parmi eux qui ne sont pas prêts à accepter psychologiquement leur statut. Ils estiment qu'ils n'ont rien. De ce fait il n'y a pas raison de suivre un traitement. Par contre, 32,69% ont estimé n'éprouvent aucune difficulté à suivre les traitements.



<u>Graphique 18</u> : Possibilité d'actions pour aider les personnes homosexuelles atteintes de VIH

Source : Données de terrain, Juin 2023

Lorsque les enquêtés ont été interrogés afin de savoir s'il était possible de faire quelque chose pour les aider à supporter leur statut sérologique et les difficultés qu'ils éprouvaient à se comprendre de leur entourage sur leur choix homosexuel, ils ont répondu à 63,46% qu'il y a des actions possibles d'être menées pour les accompagner dans leur situation, notamment la légalisation des lois sur l'homosexualité au Bénin, la création des centres de santé spécialement réservés aux personnes homosexuelles ou encore des accompagnements psychologiques pour les aider à mieux traverser les stress et anxiétés générées par l'entourage. En ce qui concerne leur statut sérologique, ils voudraient des appuis financiers pouvant les aider à se déplacer plus facilement vers le centre de santé pour suivre leur traitement. Nombre d'entre eux aussi voudraient des aides pour exercer des activités génératrices de revenus.

Sur la question des actions possibles pouvant être menées pour aider les HSH atteints de VIH à s'épanouir davantage, l'un des agents de santé confie que :

> *« D'abord la démarche c'est de travailler à toucher du doigt la population que ça existe ça c'est le premier élément en Afrique, que les gens cessent d'adopter la politique d'Autriche. Le truc est déjà chez nous, dans nos familles. C'est la*

première démarche qu'on doit faire et quand les gens vont comprendre que c'est déjà chez nous, on doit les amener à accepter que c'est des humains comme nous qui doivent bénéficier des droits humains (à l'éducation, à la santé) parce que ces droits sont inaliénables aucun être humain ne doit perdre ces droits-là c'est des droits depuis que nous sommes nées sont collés à nous on ne doit pas perdre ça. Deuxièmement, amenez l'opinion à accepter que ce sont des êtres humains qu'ils doivent bénéficier de tous les droits. La troisième démarche c'est de pouvoir pénétrer dans la communauté et pour faire des sensibilisations à leur propre niveau sur les comportements à risque que eux-mêmes doivent pas y avoir parce que leur orientation sexuelle c'est déjà un risque, le milieu anal n'est pas un milieu de prédilection de contact sexuel, le milieu vaginal est fait pour la sexualité en ce sens que naturellement le milieu vaginal par les glandes batolaire sécrète une liquide pour lubrifier quand il y a l'alarme au niveau du cerveau qu'il veut y avoir le contact sexuel. Ce n'est pas le cas au niveau du milieu anal, le milieu anal est hyper tonique, les muscles qui sont là sont des muscles durs rigides parce que ça doit pouvoir contenir les matières fécales quand tu as envie tu pourras contenir avant d'aller aux toilettes c'est comme ça maintenant que l'orientation sexuelle les amène à aller vers là c'est qu'on doit leur apprendre à ne pas avoir des comportements à risque puisque les spermes déposés dans le rectum se mélange aux matières fécales qu'est-ce ça va donner on ne sait pas donc on doit pouvoir leur donner une éducation pour la santé dans ce sens-là pour qu'eux-mêmes se portent bien, bien qu'en adoptant cette orientation sexuelle là ».

On en conclut que différentes actions sont envisageables en raison des difficultés que traversent les HSH atteints de VIH Sida. Que cela relève de l'État dans sa généralité ou des institutions qui accompagnent et soutiennent les HSH atteints de VIH, il y a des démarches à entreprendre à tous les niveaux mêmes au niveau des HSH infectés par le VIH Sida.

Ainsi, il faut découvrir dans les suggestions les actions à mettre en œuvre pour faciliter l'épanouissement et le bien-être des homosexuels atteints de VIH/SIDA et pris en charge par la clinique Racines.

3.6. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Suite à l'analyse des résultats obtenus et leur mise en relation avec le modèle d'analyse élaboré dans le cadre de cette recherche sur le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH Sida et pris en charge dans la clinique médicale Racines, il a été possible de ressortir à cet effet différentes conclusions.

Pour ce faire, on est parvenu à comprendre d'une part que les homosexuels atteints de VIH sont étiquetés dans leur entourage à la fois par les membres de leur famille et aussi par tout type de personne qui dispose d'informations sur eux. Ils sont rejetés par la société pour leur tendance homosexuelle et pour leur statut sérologique. Ils subissent diverses formes de traitements allant d'oppression à l'acceptation en passant par les haines et les exclusions. Il n'en est point douté que les personnes homosexuelles porteuses du VIH/SIDA se sentent stigmatisées, influencées par la société. Aussi est-il que les attitudes et comportements que la population adopte à leur égard accroit davantage leur sentiment d'exclusion et de réclusion sur eux-mêmes. Ils se sentent abandonnés. Cela les conduit à internaliser les sentiments et opinions des autres sur eux. Cette internalisation peut entraîner des sentiments de honte, de culpabilité et d'autodévalorisation, qui à leur tour affectent leur bien-être psychologique. Tout cela permet de confirmer la première hypothèse de la présente recherche : les personnes homosexuelles porteuses du VIH/SIDA sont discriminées et rejetées au sein de la société.

D'autre part, la même analyse des résultats obtenus et leur mise en relation avec le modèle d'analyse du vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/ SIDA et pris en charge par la clinique médicale Racines a permis de noter les accompagnements psychosociaux sont bénéfiques pour le bien-être des HSH atteints de VIH, cela leur permet de se vider l'esprit, de sentir écouter et importants dans la société. Par ailleurs, les accompagnements leur fournissent des conseils adaptés et des directives essentielles à mettre en œuvre dans le cadre de leur soin. La deuxième hypothèse se trouve alors confirmée. L'accompagnement psychologique des personnes homosexuelles porteuses du VIH/SIDA leur favorise la santé physique et mentale.

À présent, que faudra-t-il faire pour améliorer davantage les conditions de vie notamment le vécu psychologique des personnes homosexuelles atteintes de VIH Sida pour une meilleure qualité de vie ? Les suggestions énoncées à propos sont prises en compte dans le chapitre suivant.

SUGGESTIONS/RECOMMANDATIONS

Ce chapitre fait état des suggestions et recommandations qui permettraient d'améliorer les conditions de vie notamment le vécu psychologique des personnes homosexuelles atteintes de VIH/ SIDA pour une meilleure qualité de vie.

- **Suggestions à l'endroit de la population**

Pour ce qui est des suggestions et recommandations à l'endroit de la population, il faut :

- Sensibilisation et éducation : Il est essentiel de sensibiliser la population sur les questions liées à l'orientation sexuelle, à la diversité sexuelle et au VIH/SIDA. Organiser des campagnes de sensibilisation dans les écoles, les communautés et les médias pour promouvoir l'acceptation, la compréhension et le respect des homosexuels infectés par le VIH/SIDA.
- Lutte contre la stigmatisation : Encourager activement la lutte contre la stigmatisation et la discrimination envers les homosexuels infectés par le VIH/SIDA. S'informer sur les conséquences néfastes de la stigmatisation, en mettant l'accent sur l'importance de l'empathie, de la solidarité et du respect des droits fondamentaux de chaque individu.
- Soutien social et communautaire : Encourager la création de groupes de soutien et d'organisations communautaires qui offrent un soutien psychologique et social aux homosexuels infectés par le VIH/SIDA. Ces réseaux de soutien peuvent jouer un rôle crucial dans l'émancipation, l'autonomisation et le renforcement de la résilience psychologique des individus.

- **Suggestions à l'endroit des personnes homosexuelles infectées par le VIH/SIDA**

Les personnes homosexuelles elles-mêmes peuvent mener à leur niveau autant d'actions essentielles indispensables à leur inclusion sociale dont notamment :

- Rechercher un soutien communautaire : cherchez des groupes de soutien ou des organisations communautaires qui offrent un soutien spécifique aux homosexuels infectés par le VIH/SIDA. Ces espaces peuvent fournir un soutien émotionnel, des

informations pratiques et des ressources pour faire face aux défis psychologiques et sociaux associés à leur situation.

- Prioriser leur bien-être mental : prendre soin de leur santé mentale en cherchant activement des activités et des stratégies qui favorisent leur bien-être psychologique. Cela peut inclure la pratique d'exercices de relaxation, de méditation, de yoga ou toute autre activité qui aide à réduire le stress et à renforcer la résilience.
- Chercher un soutien professionnel : rechercher l'aide d'un professionnel de la santé mentale, comme un psychologue ou un conseiller, pour discuter des préoccupations et d'expériences. Ils peuvent fournir un soutien individuel, des techniques de gestion du stress et des conseils pour améliorer le bien-être psychologique.
- Éducation et information : S'informer sur les questions liées à l'orientation sexuelle, au VIH/SIDA et à la santé mentale. Plus ils sont informés, mieux ils comprendront leur situation, et pourront prendre des décisions éclairées et défendre leurs droits.

- **Suggestions à l'endroit de la clinique les Racines et des centres d'accompagnement des HSH atteints de VIH/SIDA**

La clinique Racines peut mener nombreuses activités pour aider les HSH atteints de VIS/SIDA à mieux gérer leur situation. À cet effet, il peut s'agir :

- Formation du personnel : S'assurer que le personnel de la clinique Racines reçoit une formation adéquate sur les questions spécifiques liées à l'orientation sexuelle, à la diversité sexuelle et à la stigmatisation. Cette formation devrait inclure des connaissances approfondies sur les enjeux psychologiques auxquels les homosexuels infectés par le VIH/SIDA peuvent être confrontés.
- Sensibilisation et lutte contre la stigmatisation : Mettre en place des programmes de sensibilisation au sein de la clinique pour lutter contre la stigmatisation envers les homosexuels. Cela peut inclure des sessions de sensibilisation destinées au personnel et à d'autres patients, ainsi que la promotion de l'inclusion et du respect de la diversité sexuelle dans tous les aspects des soins et du soutien psychologique.

- Confidentialité et respect de l'identité : Veiller à ce que la clinique garantisse la confidentialité totale des informations personnelles des patients, y compris leur orientation sexuelle et leur statut VIH/SIDA. S’assurer que les patients se sentent en confiance pour partager leurs expériences et leurs préoccupations, en créant un environnement respectueux où ils ne seront pas jugés ou discriminés.
- Soutien psychologique spécifique : Développer des services de soutien psychologique spécifiquement adaptés aux besoins des homosexuels infectés par le VIH/SIDA. Cela peut inclure des séances de conseil individuelles, des groupes de soutien et des activités visant à renforcer la résilience psychologique et à favoriser le bien-être mental.
- Collaboration avec d'autres organismes : Établir des partenariats avec d'autres organismes et organisations locales qui travaillent sur les questions liées à l'orientation sexuelle, au VIH/SIDA et à la santé mentale. Une collaboration étroite permettra d'échanger des connaissances, de partager les meilleures pratiques et de renforcer l'accès aux ressources et aux services complémentaires.
- Évaluation continue des besoins : Réaliser des évaluations régulières des besoins psychologiques des homosexuels infectés par le VIH/SIDA pris en charge par la clinique. Cela peut être fait à travers des questionnaires, des entretiens ou des groupes de discussion, afin d'identifier les lacunes dans les services actuels et de les adapter en conséquence.
- Documentation et recherche : Encourager la documentation des résultats et des expériences des patients homosexuels infectés par le VIH/SIDA dans la clinique. Cela peut contribuer à la recherche scientifique, à l'amélioration des pratiques cliniques et à la sensibilisation de la communauté médicale et scientifique aux enjeux spécifiques auxquels cette population est confrontée.

- **Suggestions à l'endroit de l'État**

L'État doit entrevoir des actions concrètes comme :

- Législation anti discrimination : Il est crucial que l'État mette en place des lois solides contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle. Cela permettrait de protéger les droits fondamentaux des homosexuels et de prévenir la stigmatisation et les abus dont ils pourraient être victimes.
- Accès aux soins de santé : L'État devrait garantir l'accès équitable aux soins de santé pour tous, y compris les homosexuels infectés par le VIH/SIDA. Cela implique de mettre en place des politiques et des programmes de santé spécifiques qui répondent aux besoins particuliers de cette population vulnérable, en veillant à ce que les services médicaux soient accessibles, abordables et respectueux de leur identité.
- Formation des professionnels de santé : Il est essentiel de sensibiliser et de former les professionnels de santé sur les questions liées à l'orientation sexuelle et au VIH/SIDA. Cela leur permettra d'offrir des services de santé adaptés, de fournir un soutien psychologique adéquat et de créer un environnement inclusif où les patients homosexuels se sentiront en confiance pour rechercher des soins.
- Soutien psychologique et social : L'État devrait soutenir la mise en place de services de soutien psychologique et social pour les homosexuels infectés par le VIH/SIDA. Cela peut inclure la création de groupes de soutien, de programmes de conseil et de campagnes de sensibilisation visant à réduire l'isolement social et à promouvoir le bien-être mental de cette population.
- Recherche et collecte de données : L'État devrait encourager la recherche sur les questions de santé mentale et de bien-être des homosexuels infectés par le VIH/SIDA. La collecte de données et l'analyse des résultats permettront de mieux comprendre les besoins spécifiques de cette population et d'orienter les politiques de santé mentale.
- Collaboration avec les organisations de la société civile : L'État devrait collaborer avec les organisations de la société civile qui travaillent en faveur des droits des homosexuels et des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Cette

collaboration renforcera les efforts visant à améliorer le vécu psychologique de cette population, en partageant les connaissances et les ressources disponibles.

- Sensibilisation et éducation : L'État devrait mettre en place des programmes de sensibilisation et d'éducation pour lutter contre l'homophobie et la stigmatisation liées à l'orientation sexuelle. Ces initiatives devraient être menées dans les écoles, les institutions publiques et la société en général afin de favoriser l'acceptation et la compréhension de la diversité sexuelle.
- Formation des professionnels : Encourager la formation des professionnels de la santé, des travailleurs sociaux et des enseignants sur les questions spécifiques liées à l'orientation sexuelle, au VIH/SIDA et à la santé mentale. Une meilleure compréhension de ces sujets peut favoriser des environnements plus inclusifs et un soutien approprié aux homosexuels infectés par le VIH/SIDA.
- Engagement politique et législatif : Encourager les initiatives politiques visant à promouvoir l'égalité des droits et à lutter contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle. Soutenir les lois et les politiques qui protègent les droits des homosexuels infectés par le VIH/SIDA et qui favorisent leur inclusion et leur bien-être psychologique.
- Accès à l'information et aux services de santé : Fournir des informations claires et accessibles sur la prévention du VIH/SIDA, les pratiques sexuelles sécuritaires et l'accès aux services de santé. S’assurer que les homosexuels infectés par le VIH/SIDA sont informés des ressources disponibles, afin qu'ils puissent bénéficier de soins médicaux et psychologiques adéquats.
- Participation active : Encourager les homosexuels infectés par le VIH/SIDA à s'engager activement dans les discussions, les débats et les initiatives visant à améliorer leur vécu psychologique. Leur participation et leur voix sont essentielles pour influencer les politiques, les programmes et les services qui les concernent.

À présent, que conclure ?

CONCLUSION

En conclusion, il faut retenir qu'il a été question d'analyser le vécu psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA pris en charge par la clinique médicale Racines à Cotonou. À travers une analyse approfondie, nous avons pu mettre en lumière les défis psychologiques auxquels ces individus font face, ainsi que les facteurs de résilience et les ressources disponibles pour les soutenir. Il est indéniable que les homosexuels infectés par le VIH/SIDA font face à des obstacles spécifiques, tels que la stigmatisation, la discrimination et le stress liés à leur double identité. Ces facteurs peuvent avoir un impact significatif sur leur bien-être psychologique, leur qualité de vie et leur adhésion au traitement.

Cependant, nous avons également constaté que la clinique médicale Les Racines joue un rôle essentiel dans la prise en charge globale de ces individus. Grâce à son approche holistique et à son équipe médicale bien formée, la clinique offre un espace sécurisé où les homosexuels infectés par le VIH/SIDA peuvent recevoir des soins de qualité, un soutien psychologique et un accompagnement adapté à leurs besoins spécifiques.

Les recommandations formulées tout au long de ce mémoire visent à améliorer encore davantage la prise en charge psychologique de cette population. Il est crucial que la clinique Racines continue de fournir un environnement respectueux, confidentiel et inclusif, en formant continuellement son personnel sur les questions de diversité sexuelle, de stigmatisation et de santé mentale.

De plus, il est primordial que la population, y compris les homosexuels infectés par le VIH/SIDA, bénéficie d'une sensibilisation accrue, d'une éducation et d'un soutien. La lutte contre la stigmatisation, la promotion de l'inclusion et la reconnaissance des droits de chaque individu, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur statut VIH/SIDA, sont des éléments clés pour favoriser un vécu psychologique positif et épanoui.

Enfin, il est essentiel que la recherche se poursuive dans ce domaine, afin d'approfondir notre compréhension des enjeux psychologiques spécifiques auxquels sont confrontés les homosexuels infectés par le VIH/SIDA, ainsi que des interventions les plus efficaces pour les soutenir.

Ce travail met ainsi en évidence l'importance cruciale de la prise en charge psychologique des homosexuels infectés par le VIH/SIDA et souligne la nécessité d'une approche globale, incluant les aspects médicaux, psychologiques et sociaux. Il est de notre responsabilité collective de travailler ensemble, cliniques, autorités publiques, communautés et individus, pour promouvoir une société respectueuse, inclusive et soutenant pour tous, indépendamment de leur orientation sexuelle ou de leur statut VIH/SIDA.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

A Comparison of Lesbian, Gay, Bisexual, and Heterosexual Siblings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73(3), 477–487. https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.477

Adam. P., Hauet., E., Caron. C, Institut de Veille sanitaire. (2001). Recrudescence des prises de risques et des MST parmi les gays.

Appui Psycho Medico Social (APMS). (2011). Manuel de formation en counseling VIH/SIDA/IST

Assal, J.-P. (1996). Traitement des maladies de longue durée : de la phase aiguë au stade de la chronicité. Une autre gestion de la maladie, un autre processus de prise en charge, Encyclopédie Médico Chirurgicale, Elsevier, 25-005-A-10

Balsam, K. F., Rothblum, E. D., & Beauchaine, T. P. (2005). Victimization Over the Life Span:

Baral S et al. Criminalization of same sex practices as a structural driver of HIV risk among men who have sex with men (MSM): the cases of Senegal, Malawi and Uganda. XVIII International AIDS Conference, Vienna, Austria, 18–23 July 2010 http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageid=11&abstractid=200738705

Barbara. R., (2008). De nouveaux métiers pour les infirmiers irlandais. Recherche en soins infirmiers 2008/2 (N° 93), pages 106 à 110

BESSIN. M et LECHIEN. M-H., (2000). Soignants et malades incarcérés : Conditions, pratiques et usages des soins en prison. Centre d'étude des mouvements sociaux, EHESS, Paris, p 427

Bourbeau, J., Julien, M., Maltais, F. et al. (2003). Reduction of Hospital Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary disease. A disease-specific-self management intervention. Archives of internal Medecine, 163, 585-591.

Centre de sociologie européenne, EHESS, Paris

Crocker, J., & Major, B. (1989). Social stigma and self-esteem: The self-protective properties of stigma. Psychological Review, 96(4), 608-630

D’Augelli, A. R., Hershberger, S. L., & Pilkington, N. W. (1998). Lesbian, gay, and bisexual youth and their familie

Deccache, A. (2005). Éducation pour la santé : reconnaître les « nouveaux rôles » des médecins et pharmaciens. La santé de l’homme, 376, 9-13.

Deccache, A. et Lavendhomme, E. (1989). Information et éducation du patient : des fondements aux méthodes. Bruxelles : De Boeck-Université.

E.A. Walker (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect American Journal of Medicine. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934399002351

Engleman, H.M. et Wild, M.R. (2003). Improving CPAP use by patients with the sleep apnea/hypopnea sundrome (SAHS). Sleep Medecine Reviews, 7, 81-99.

Freire, P. (1971). L’éducation, pratique de la liberté. Paris : Éditions du Cerf.

Golay, A., Bloise, D. et Maldonato, A. (2002). « The education of people with diabetes ». In J. Pickup, G. Williams (Eds). Texbook of diabetes. (p. 38.1-13). Oxford: Blackwell.

Heather L Corliss, D. Cochran, M. Mays. (2002). Reports of parental maltreatment during childhood in a United States population-based survey of homosexual, bisexual, and heterosexual adults, Volume 26 11, 2002, Pages 1165-1178. https://doi.org/10.1016/S01452134(02)00385-X

Herek, G. M. (2009). Hate crimes and stigma-related experiences among sexual minority adults in the United States: Prevalence estimates from a national probability sample. Journal of Interpersonal Violence, 24(1), 54-74.

I. Kendili. S. Berrada. N. Kadiri. (2022). Homosexuality in Morocco: Between cultural influences and life experience. Sexologies, Volume 19, Issue 3, July–September 2010, Pages 153-156 https://www.sciencedirect.com/journal/sexologies/vol/19/issue/3

Iannaccone, A., Cattaruzza, E., (2015), « Le vécu subjectif dans la recherche en psychologie », Recherche et formation, pp 77-90

Jouet, E. et Flora, L. (dir. pub.) (2010). Usagers-experts : la part du savoir des malades dans le système de santé. Revue Pratiques de Formation. N° Spécial.

Le bareback Jean-Yves Le Tallec et Daniel Welzer-Lang. A lire sur http://www.multisexualitesetsida.org

M. Roccella. A. Fallea. L.Vetri. (2022). Homosexuels Psychological and sexual development in children raised by homosexual parents. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence https://www.sciencedirect.com/journal/neuropsychiatrie-de-lenfance-et-de-ladolescence

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. Psychological Bulletin, 129(5), 674-697.

Ministère de la Santé Publique et de la Population, (MSPP). (2016). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Rapport de situation nationale, Haïti mars 2016, Port-au- Prince

Ministère de la Santé Publique et de la Population, (MSPP). (2016). Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA. Rapport de situation nationale, Haïti mars 2016, Port-au- Prince

OMS, ONUSIDA, UNICEF. (2011). LE VIH/SIDA EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE : Le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel Rapport de situation 2011 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70843/WHO_HIV_2012.5_fre.pdf

Organisation mondiale de la Santé, (OMS). (2017). VIH/SIDA

S. Bryn Austin, Hee-Jin Jun, Benita Jackson, Donna Spiegelman, Janet Rich-Edwards, Heather L. Corliss, and Rosalind J. Wright. (2008). Disparities in Child Abuse Victimization in Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women in the Nurses' Health Study II. Journal of Women's Health Vol.17, No. 4 https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0450

Sandrin-Berthon, B. (2010). Pourquoi parler d'éducation dans le champ de la médecine ? In B. Sandrin-Berthon (dir). L'éducation du patient au secours de la médecine (pp.7-39). Paris : PUF.

Scarce. M. (1999). A Ride on the Wild Side. An HIV negative prevention activist goes through the latex looking glass to discover who's doing it raw, and why, POZ, février 1999. Têtu 33 99

Schiltz, M-A., (1995). Parcours de jeunes homosexuels dans le contexte du VIH : la conquête de modes de vie, Vol. 52 6, pp. 53 pages https://www.jstor.org/stable/1534635

Sheon. N., Plant. A, Associate Producers, HIV InSite. (1997). Protease Dis-lnhibitors ? The Gay Bareback Phenomenon 10 1997. http://hivinsite.ucsf.edu

Strömberg, A. (2005). The crucial role of patient education in heart failure. The European Journal of Heart Failure, 7, 363-369. DOI : 10.1016/j.ejheart.2005.01.002

Tearon. C., (2003). Bareback, en quête de raisons et de sens. JDS http://www.journaldusida.org/dossiers/prevention/prises-de-risques/bareback-en-quete-deraisons-et-de-sens.html

Tourette-Turgis, C. (1996). Le counseling : théorie et pratique. Paris : Presses Universitaires de Franc

ANNEXE

QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX HSH/VIH Sida

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de Licence au Département de Psychologie (DP) de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS) ; nous effectuons une recherche portant sur le sujet : **« Le vécu psychologique des homosexuels (HSH) infectés par le VIH/Sida pris en charge par la clinique médicale les Racines ».** Elle a pour but d'analyser les conséquences physiques et psychologique que la société influe sur les personnes homosexuelles porteuses du VIH prises en charge à la clinique médicale Racines**.** Nous vous garantissons l'anonymat que revêt ce sondage dont les résultats seront utilisés à des fins académiques et professionnelles. Nous sollicitons ainsi votre consentement et votre franche collaboration pour renseigner ce questionnaire.

I-IDENTIFICATION

I-1- Lieu de résidence :

Arrondissement……Quartier

……

I-2- Age (cocher une case)

Entre : 15 et 24 ans ☐

Entre : 25 et 49 ans ☐

Entre : 50 et plus ☐

I-5- Profession ……..

I-6- Niveau d'instruction (cocher une case)

a- Primaire ☐ b- Secondaire et plus ☐

c- Alphabétisé (e) ☐ d- Non instruit ☐

I-6- Quelle est votre religion (cocher une case) ?

a- Christianisme ☐ b- Islam ☐ c- Animisme ☐ d- Autre ☐

Précisez ……..….

II- Identifier les aspects pratique du regard que la société a sur les homosexuels porteurs du VIH/SIDA

II-1- Que pensent et disent les gens de vous (cocher une case)?

a- Déraisonné ☐ b- Mal éduqué ☐ c- ☐ d- Envoûté ☐

e- Attardé mental ☐ f- Sous-homme ☐ g- Difficultés de vie avec le sexe ☐ opposé

f- Autre ☐ h- Ne sait pas ☐

Précisez……..

II-2- Quelles attitudes et comportements les gens ont-ils envers vous (cocher une case) ?

a- Hostilité ☐

b- Recul ☐

c- Méfiance ☐

d- Rejet ☐

e- Incompréhension ☐

f- Haine ☐

g- Querelle ☐

h- Autre ☐

i- Aucune attitude ☐

Précisez……

II-3- Les gens acceptent-ils de vivre avec vous (cocher une case)?

a- Oui ☐ b- Non ☐

Si non pourquoi ? ……

II-4- Quels traitements les personnes vous réservent-ils en société (cocher une case)?

a- Acceptation ☐ b- Compréhension ☐ c- Fuite ☐

d- Adversité ☐ e- Opprobre ☐

e- Aucun traitement particulier ☐ k- Autre ☐

Précisez ……..

II-5- Vous entendez-vous bien avec votre famille ou votre entourage immédiat (cocher une case)?

Oui ☐ Non ☐

Si non pourquoi ?.....

II-6- Existe-t-il des personnes qui vous comprennent dans votre situation (cocher une case)?

Oui ☐ Non ☐

Si non pourquoi ?

……..

II-8- Vos interactions avec les personnes hétérosexuelles se passent de quelles manières (cocher une case)?

a- Mauvaise ☐ b- Bonne ☐ c-Très bonne ☐ d-Mitigé ☐

e- Rien de particulier ☐ f- Autres ☐

Précisez

……..

II-9- Les gens vous acceptent-ils comme vous êtes (cocher une case) ?

a- Oui ☐ b- Non ☐

Si non pourquoi ?

……..

II - Quels sentiments les propos et comportements de votre entourage ont sur vous (cocher une case)?

a-Colère ☐ b-Déception ☐ c-Peur des autres ☐ d-Méfiance envers les autres ☐ e-Exclusion ☐ f-Crainte des autres ☐ g-Rien ☐

h- Autres ☐

Précisez……

II-11- Que vous font vivre les attitudes des autres à votre égard (cocher une case)?

a-Tristesse ☐ b-Manque de confiance ☐ c-Désamour de soi ☐ d-Désespoir en la vie ☐ e-Rien ☐ f-Autre ☐ g-Confiance ☐

Précisez……

II-12 Que faites-vous lorsque les gens vous jugent pour ce que vous êtes (cocher une case)?

a-Ignorance ☐ b-Auto-réactivité ☐ c-Silence ☐ d- Rien ☐

e-Autre ☐

Précisez……

……..

III- Montrer l'importance de la prise en charge psychologique des personnes homosexuelles porteuses du VIH

III- 1- Vous arrivent-ils de vouloir vous confier à des personnes pouvant vous accompagner et vous comprendre (cocher une case)?

a-Oui ☐ b-Non ☐

Justifiez

……..

III-2- Existe-t-il des personnes qui vous écoutent et vous réconfortent (cocher une case)?

a-Oui ☐ b- Non ☐

Si non pourquoi ?

……..

III-3- Existe-t-il des personnes prêtes à vous aider dans votre situation (cocher une case)?

Oui ☐ Non ☐

Si non pourquoi ?

……..

III-4 Eprouvez-vous des difficultés à suivre vos traitements (cocher une case)?

a-Oui ☐ b-Non ☐

Si oui pourquoi ?

……. ……..

III- 5- Pensez-vous qu'on peut faire quelque chose pour vous aider (cocher une case) ?

a-Oui ☐ b-Non ☐

Si oui quoi ?……

GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES AGENTS DE SANTE

Dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de Licence au Département de Psychologie (DP) de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS) ; nous effectuons une recherche portant sur le sujet : **« Le vécu psychologique des homosexuels (HSH) infectés par le VIH/Sida pris en charge par la clinique médicale les Racines ».** Elle a pour but d'analyser les conséquences physiques et psychologique que la société influe sur les personnes homosexuelles porteuses du VIH prises en charge à la clinique médicale Racines**.** Nous vous garantissons l'anonymat que revêt ce sondage dont les résultats seront utilisés à des fins académiques et professionnelles. Nous sollicitons ainsi votre consentement et votre franche collaboration pour nous fournir sincèrement les informations dont nous avons besoin.

I-IDENTIFICATION

Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

II- Identifier les aspects pratique du regard que la société a sur les homosexuelles porteuses du VIH/SIDA

- Connaissances sur le vécu des personnes homosexuelles porteuses de VIH
- Attitudes et comportements envers les personnes homosexuelles porteuses de VIH

III- Montrer l'importance de la prise en charge psychologique des personnes homosexuelles porteuses du VIH.

- Importance de l'accompagnement des personnes homosexuelles porteuses de VIH
- Quelles démarches et approches mettre en place pour les aider ?

Merci pour votre collaboration

GRILLE D'OBSERVATION

Le but de cet outil est de recenser la perception que porte la société sur les homosexuelles porteuses du VIH/SIDA

AXE1 : Connaissance de la société du vécu des personnes homosexuelles atteintes de VIH **AXE2** : Attitudes et comportements de la société envers les personnes homosexuelles atteintes de VIH.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS 5

SIGLES ET ACRONYMES 6

LISTE DES CARTES ET GRAPHIQUES 8

LISTE DES TABLEAUX 8

RÉSUME 9

INTRODUCTION 11

1.1. Cadre institutionnel du stage 15

1.1.1. Présentation du cadre de stage : l'ONG Racines 15

1.2. Approche et zones d'intervention 17

1.3. Secteur d'activités 17

1.4. Zoom sur le service santé 18

2.1. L'organisation de la clinique ONG RACINES 18

2.1.1. Le circuit du patient à la clinique de l'ONG RACINES 19

2.1.2. L'expérience des stagiaires à RACINES 20

2 .1. Cadre théorique de la recherche 24

2 .1 .1. Énoncé du problème, hypothèses et objectifs 24

2 .1 .1.3. Intérêt de la recherche 26

2.1.2. Clarification conceptuelle 27

2.1.2. Revue de littérature 29

2.1.2.1. Vécu social et psychologique des homosexuels 29

2.1.2.2. Connaissances et comportements face au VIH/Sida : les Bareback 32

2.1.3. Modèle d'analyse 37

2.1.4. Construction du système de référence relatif au vécu psychologique des homosexuels atteints de VIH 39

2.2. Approche méthodologique de la recherche 41

2.2.1. Nature de la recherche 41

2.2.2. Population cible et échantillonnage 41

 Taille de l'échantillon 43

2.2.3. Techniques et outils de collecte de données 44

2.2.4. Traitement des données 46

2.2.5. Difficultés rencontrées 46

3.1. Présentation des caractéristiques de l'échantillon des populations 47

3.2. Identification des aspects pratiques du regard que la société a sur les homosexuels porteurs du VIH/SIDA 50

3.3. Attitudes et comportements à l'endroit des personnes homosexuelles atteintes de VIH Sida 55

3.4. Conséquences des stigmatisations et discriminations sur le vécu psychosocial des homosexuels atteints de VIH 59

3.5. Importance de la prise en charge psychologique des personnes homosexuelles porteuses du VIH 62

3.6. VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES 70

SUGGESTIONS/RECOMMANDATIONS 72

Ce chapitre fait état des suggestions et recommandations qui permettraient d'améliorer les conditions de vie notamment le vécu psychologique des personnes homosexuelles atteintes de VIH Sida pour une meilleure qualité de vie. 72

 Suggestions à l'endroit de la population 72

Pour ce qui est des suggestions et recommandations à l'endroit de la population, il faut : 72

 Suggestions à l'endroit des personnes homosexuelles infectées par le VIH/SIDA 72

CONCLUSION 77

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 79

ANNEXE 83

TABLE DES MATIÈRES 90