UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

*****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

*****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

***

RAPPORT DE FIN DE STAGE

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DE LA RETICENCE DES POPULATIONS DE NATITINGOU FACE AU DEPISTAGE DU VIH /SIDA.

PRESENTE ET SOUTENU PAR :

ISSA BABATOUNDE Rodolphe

MAITRE DE STAGE :

Mr Alexis GANLALO

Coordonnateur du Projet

Médiateur Expertise France

TUTEUR DE STAGE :

Dr. Sylvie de CHACUS

Maître de Conférences des Universités/CAMES

Année Académique 2019-2020

SOMMAIRE

DEDICACE ……..3
REMERCIEMENTS ……...4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ……....5
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX ……6
RESUME ……7
ABSTRACT ……7
INTRODUCTION……8
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE ……...10
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE..... 14
CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS……29
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS……..38
CONCLUSION……...47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……48
ANNEXE……51
TABLE DES MATIERES……...54

DEDICACE

A mon père ISSA BABATOUNDE Marcelin et à ma mère ABALLO H. A. Marie.

REMERCIEMENTS

L'accomplissement de ce rapport de stage est le fruit des efforts de nombreuses personnes à qui nous tenons à exprimer notre sincère gratitude. Nous l'adressons particulièrement :

A Madame Sylvie de CHACUS, Vice Doyen de la FASHS. Nous vous remercions pour avoir accepté conduire ce travail de recherche en ce qui concerne la finalisation du présent document. Nous avons beaucoup admiré votre rigueur scientifique, votre disposition sans limites et votre exigence du travail bien fait.

A Monsieur Alexis GANLALO, psychologue clinicien, Coordonnateur du Projet médiateur Expertise France au sein du CIPEC de Natitingou. Nous vous remercions pour notre intégration rapide au CIPEC et pour la confiance que vous nous avez accordée. Vos qualités demeurent pour nous une référence.

A Monsieur Thierry KOUGBEAGBEDE, chef du département de psychologie. Nous vous remercions pour l'aide et les conseils concernant les missions évoquées dans ce rapport.

A tous nos professeurs, le temps passé avec vous, nous a permis d'apprendre beaucoup de choses. Veuillez accepter notre reconnaissance.

A tout le personnel du Département de Psychologie, merci pour tous les services rendus à notre endroit durant notre formation.

Nous disons merci à tout le personnel de la DDS Atacora, pour son accueil chaleureux.

Au Médecin Chastine CHABI N'DAH-SEKOU, responsable du CIPEC Atacora/Donga. Merci pour l'accueil et la confiance que vous nous avez accordés dès notre arrivée au CIPEC.

Nous remercions également Monsieur Isaac BATAMOUSSI, Médecin à l'hôpital de zone de Natitingou, pour nous avoir si bien orientés vers notre structure d'accueil, pour sa disponibilité et son soutien permanent.

Nous adressons nos remerciements à tous mes proches, parents et amis qui nous ont encouragés, aidés et soutenus durant toute notre formation au département de psychologie.

Que tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'aboutissement de ce rapport de fin de stage et dont les noms n'y figurent pas, puissent trouver ici l'expression de leur encouragement.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

CDV : Counseling, Dépistage Volontaire.

CHD : Centre Hospitalier Départemental.

CIPEC : Centre d'Informations, de Prospectives et de Conseils

CPS : Centre de Promotion Sociale.

DDS : Direction Départementale de la Santé.

DP : Département de psychologie

FASHS : Faculté des sciences humaines et sociales

IEC : Information, Education et Communication.

IST : infection Sexuellement Transmissible.

OEV : Orphelin, Enfant Vulnérable.

PEC : Prise En Charge.

PNLS : Programme National de Lutte contre le Sida.

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH.

PTME : Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant.

SIDA : Syndrome Immunodéficience Acquise.

SOLTHIS : Solidarité thérapeutique et initiatives contre le sida

UAC : Université d'Abomey-Calavi

VIH : Virus Immunodéficience Humaine

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure :	Schéma explicatif du cadre conceptuel	Page 25
Tableau I :	Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance du statut sérologique	Page 29
Tableau II :	Répartition des enquêtés en fonction de l'adhésion au test de dépistage	Page 29
Tableau III :	Répartition des enquêtés en fonction de l'âge	Page 30
Tableau IV :	Répartition des enquêtés en fonction du Sexe	Page 30
Tableau V :	Répartition des enquêtés en fonction de la situation matrimoniale	Page 31
Tableau VI :	Répartition des enquêtés en fonction de la croyance religieuse	Page 31
Tableau VII :	Répartition des enquêtés en fonction de la profession ou l'occupation	Page 32
Tableau VIII :	Répartition des enquêtés en fonction des obstacles au dépistage du VIH	Page 32
Tableau IX :	Répartition des enquêtés en fonction des facteurs de risque de la transmission du VIH	Page 33

RESUME

Le SIDA demeure une menace pour l'humanité. Les recherches sur les plans national et international ont permis de déceler des cas de VIH/SIDA sur tous les continents. A Natitingou, le constat fait est que les populations ne s'intéressent pas à la connaissance de leur statut sérologique. Notre étude a pour objectif général, l'analyse des facteurs psychologiques explicatifs de la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH/SIDA. En lien avec cet objectif, notre hypothèse générale se présente comme suit : les représentations sociales influencent la décision des populations de Natitingou à se faire dépister au VIH/SIDA. La vérification de nos hypothèses, nous a permis d'entreprendre une étude de nature quantitative. La technique du questionnaire a été utilisée pour recueillir les données, afin de procéder à des analyses statistiques. La réticence des populations de Natitingou en lien avec le VIH/SIDA, est déterminée par les facteurs sociodémographiques, les obstacles au dépistage du VIH/SIDA et les facteurs de risque de la transmission du VIH/SIDA.

- **Mots clés** : facteurs, dépistage, VIH, réticence.

ASTRACT

AIDS remains a threat to humanity. National and international research has detected cases of HIV / AIDS on all continents. In Natitingou, the fact is that the populations are not interested in knowing their serological status. The general objective of our study is to analyze the psychological factors that explain the reluctance of the populations of Natitingou in the face of HIV / AIDS screening. In connection with this objective, our general hypothesis is as follows: social representations influence the decision of the populations of Natitingou to be tested for HIV / AIDS. The verification of our hypotheses, we allowed to undertake a study of a quantitative nature. The questionnaire technique was used to collect data in order to proceed with statistical analysis. The reluctance of the populations of Natitingou in relation to HIV / AIDS is determined by socio-demographic factors, the obstacles to screening for HIV / AIDS and the risk factors for HIV / AIDS transmission.

- **Keywords** : factors, screening, HIV, reluctance.

INTRODUCTION

De façon insidieuse, le VIH a lancé son offensive contre l'humanité depuis les années 1970 (OMS, 1992). L'infection qu'il provoque avec son corolaire le SIDA, ont été identifiés pour la première fois il y a des dizaines d'années. Aujourd'hui, ils constituent un problème majeur de santé publique pour trois raisons fondamentales :

- Selon MANN, (1988), alors qu'au début, le SIDA semblait se limiter à un seul pays, les recherches sur les plans national et international ont permis de déceler des cas de VIH/SIDA sur tous les continents, démontrant qu'il s'agissait d'une pandémie.
- Le SIDA est une affection systématiquement mortelle, puisqu'à ce jour, il n'y a pas ni médicament, ni vaccin contre son agent pathogène.
- Le VIH/SIDA a des conséquences sur les plans socio-économique, démographique, éthique, juridique, culturel, etc.… (OMS, 1992).

En 2004-2005, près de 1,7 million d'africains mouraient chaque année des causes liées au sida. En 2010, 1,9 million de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH en Afrique subsaharienne. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est porté à 22,9 millions dans cette région (OMS, 2011).

L'étude des facteurs psychologiques de la réticence des populations face au dépistage du VIH/SIDA a fait l'objet d'une attention considérable des chercheurs depuis bien longtemps dans le monde. C'est la raison pour laquelle notre recherche vient renforcer nos compétences et savoir-faire en psychologie et amener les populations de Natitingou, ainsi que les organismes et institutions qui œuvrent pour la lutte contre la pandémie du SIDA à mieux comprendre les facteurs psychologiques liés à la réticence au dépistage du VIH/SIDA, afin de mener une lutte efficace contre cette maladie du siècle.

Notre stage au CIPEC de Natitingou a consisté essentiellement à l'analyse des facteurs psychologiques de la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH/SIDA.

Ce stage a donc été pour nous une opportunité de découvrir pleinement le métier de psychologue dans le domaine de maladies chroniques telles que le VIH/SIDA qui reste toujours un problème préoccupant dans le monde et particulièrement en Afrique depuis près de trois décennies.

L’élaboration de ce rapport de stage a pour principale source, les différents enseignements tirés de la pratique journalière et les tâches qui nous ont été confiées.

En effet, les nombreux entretiens que nous avons pu avoir avec le personnel de la structure d’accueil, nous ont aussi permis de donner une cohérence à ce rapport.

En vue de rendre compte de manière fidèle et analytique des moments passés au sein de cette structure « CIPEC » il est nécessaire de présenter dans ce rapport le cadre institutionnel de notre stage.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE

I.1-Historique du CIPEC de Natitingou

Avec plus de 40 millions de personnes infectées dans le monde, le VIH/SIDA demeure un problème prégnant de la scène internationale qui a attiré particulièrement l'attention des organismes d'aide au développement, non seulement en raison du nombre élevé de personnes séropositives vivant dans les pays en développement, mais également à cause de l'impact que cette pandémie peut avoir sur ces pays déjà fragiles (Bonvalet, 2007).

L'Afrique qui est l'un des continents les plus touchés de la planète demeure marquée par des disparités importantes dans ses différentes régions où souvent la prise en charge n'est pas toujours proportionnelle au taux de prévalence de la maladie. Ainsi, le manque de ressources pour faire face à ce problème de santé publique et le retard dans la prise en charge de la maladie caractérisent l'ensemble du continent. Selon Bonvalet, (2007), c'est seulement au début des années 2000 que les premiers sites pilotes ont été mis en place.

L'augmentation concomitante des moyens financiers disponibles a rendu possible la création du Fond mondial de lutte contre le sida en 2002. Le Bénin fait donc partie des pays en développement qui ont eu droit à un financement du Fond mondial de lutte contre le sida à partir de 2003. Ainsi, le Bénin a pu mettre en place un système de prise en charge des patients séropositifs à l'échelle mondiale.

Notre étude porte sur le département du Nord du Bénin, l'Atacora, où la prise en charge des patients séropositifs s'effectue dans les deux villes principales, Natitingou et Tanguiéta. Selon Bonvalet, (2007), si la prise en charge des patients a été aussi rapidement et aussi complètement mise en place, c'est particulièrement grâce à l'appui d'une ONG française "SOLTHIS".

Le sommet de la pyramide des organismes gouvernementaux de lutte contre le sida au Bénin est le comité national de lutte contre le sida, qui développe les grands axes de la politique de lutte sous l'égide du président de la république. On retrouve des entités décentralisées aux niveaux départemental, communal et villageois. Mais ces entités jouent un rôle d'encadrement purement administratif.

L'organe le plus important au niveau national est le programme national de lutte contre le sida (PNLS), qui dépend du ministère de la santé publique et qui est représenté dans les anciens départements par un centre d'informations, de prospectives et de conseils (CIPEC).

Pour être plus proche de la population, il a été implanté à cet effet un CIPEC dans l'Atacora. Ce dernier, est l'organe de référence de la lutte contre le sida dans les départements de l'Atacora et de la Donga.

I.2-Situation géographique du CIPEC de Natitingou

La commune de Natitingou est située dans une vallée au pied de la chaîne de montagne de l'Atacora qui culmine à 641 mètres d'altitude. Située au nord-ouest du Bénin et au centre du département de l'Atacora, la commune de Natitingou couvre une superficie de 3045 Km^2, soit 12,8% de la superficie totale du département (INSAE, 2016). Elle partage ses limites avec les communes voisines du département notamment :

- Toucountouna au nord
- Kouandé au sud-est
- Copargo au sud-ouest
- Boukombé à l'ouest

Natitingou compte 65 villages et quartiers de ville répartis dans 9 arrondissements dont :

- ✓ 3 urbains à savoir Natitingou 1, Natitingou 2 et Natitingou 3.
- ✓ 6 ruraux notamment : Perma, Kouandata, Tchoumi-Tchoumi, Kotopounga, Perporiyakou et Kouaba.

Lors du recensement de 2002 (RGPH-3), la commune de Natitingou comptait 76620 personnes, dont 38388 hommes et 38232 femmes (INSAE, 2016).

Il est possible de distinguer clairement trois entités dans la lutte contre le sida dans l'Atacora. Il s'agit de l'hôpital de zone de Natitingou qui fonctionne en partenariat avec le CIPEC (lequel est construit en son sein) ; le CHD de Natitingou et l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguiéta.

En effet, Natitingou et Tanguiéta sont deux villes du Bénin, situées sur l'axe routier majeur reliant Cotonou au Burkina-Faso. Tanguiéta est distante d'une cinquantaine kilomètres de Natitingou, ce qui représente une distance importante à cause du coût du transport et du relief des chaînes de l'Atacora dont le sommet se situe à Tanguiéta (Raison pour laquelle le CIPEC n'a pas été construit à Tanguiéta).

Le CIPEC de Natitingou est un bâtiment constitué d'un seul étage. Pour des raisons politiques, il a été construit près de l'hôpital de zone et non près du CHD comme prévu, ce qui réduit les relations de ce dernier avec le CIPEC.

D'un point de vue géographique, l'hôpital de zone de Natitingou est situé en face de la mairie de Natitingou.

I.3-Activités descriptives du CIPEC de Natitingou

A l'instar de tous les autres CIPEC du Bénin, celui de Natitingou a pour objectif principal la réduction de la prévalence des IST et le VIH/SIDA.

Pour atteindre cet objectif suscité, plusieurs activités sont menées dans le centre, telles que la prise en charge des PVVIH et gestion des ARV. Le CIPEC de Natitingou s'occupe de la coordination technique des activités de lutte contre le VIH/SIDA. Il s'occupe aussi de la gestion des stocks par le laboratoire qui est chargé d'approvisionner les sites PTME, CDV et PEC du département en réactifs, matériels consommables nécessaires pour le dépistage et le suivi des PVVIH.

I.4- Ressources du CIPEC de Natitingou

I.4.1- Ressources matérielles

Comme ressources matérielles, on peut citer :

- Deux salles de conférences, une pour l'administration et l'autre pour les diverses manifestations.
- Une grande salle d'accueil
- Un laboratoire
- Des tables et chaises qui équipent les bureaux du centre
- Une ambulance
- Des sanitaires

I.4.2- Ressources humaines

Le CIPEC de Natitingou comporte 12 employés, parmi lesquels on a :

- ✓ Un médecin, qui est responsable du centre
- ✓ Un psychologue, qui est coordonateur du projet Expertise France
- ✓ Une sage femme
- ✓ Deux ingénieurs de laboratoire
- ✓ Une secrétaire
- ✓ Un assistant social
- ✓ Un assistant IEC
- ✓ Un ingénieur statisticien, qui est chargé du suivi-évaluation
- ✓ Un conducteur de véhicule
- ✓ Un agent d'entretien
- ✓ Un gardien

I.5- Activités menées au cours du stage

En tant que stagiaire psychologue, nous avons été intégrés dans le bureau du psychologue clinicien.

Notre rôle a été bien défini à travers les diverses activités du centre.

I.5.1- L'accueil

Il s'agit pour nous de mettre à l'aise patients et accompagnateurs ou de donner des renseignements à ceux qui en demandent. Nous faisons aussi le dossier des nouveaux cas. Nous étions aussi chargés de rechercher les dossiers des anciens patients venus pour le contrôle ou pour des cas d'inobservance thérapeutique. Après la consultation, nous classons les dossiers des patients.

Le temps passé à l'accueil, nous a permis d'observer les patients et accompagnateurs, de les écouter et de les aider.

I.5.2-La consultation

Il s'git pour nous de recevoir le patient. L'entretien est dirigé, ce qui nous permet de connaître le motif de la consultation et présenter le tableau clinique du patient. Nous émettons des hypothèses diagnostiques, afin d'aboutir à un projet thérapeutique.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE

II.1- Cadre théorique

Dans ce chapitre, il est question d'un bref rapport des littératures relatives au sujet traité, dont la problématique, la revue de la littérature, les théories, la clarification conceptuelle et le cadre conceptuel.

II.1.1- Problématique

II.1.1.1- Enoncé du problème et question de recherche

Découvert aux Etats-Unis en 1983 le virus de l'immunodéficience Humaine (VIH) est de nos jours l'un des plus grands meurtriers de la planète. Plus de vingt-trois millions de décès dans le monde lui sont directement imputables dont dix-neuf millions pour la seule Afrique subsaharienne ; c'est également dans cette partie du monde que résident plus de deux tiers des 33 millions de personnes vivant avec le virus (ONUSIDA, 2008).

L'Afrique comptait en Décembre 2000 environ 25,3 millions de personnes infectées par le VIH/SIDA (Family, 2001). En plus de ces informations déjà alarmant, les effets de la maladie ne s'arrêtent pas au domaine médical.

L'infection par le VIH est à un stade d'épidémie généralisée au Bénin. 420 nouveaux cas de sida ont été notifiés au PNLS en 2004. Le total cumulé des cas de sida depuis le début de l'épidémie s'élève à 6623 cas (PNLS, 2005).

Ainsi, au Bénin et particulièrement dans le département de l'Atacora où nous avons effectué notre stage de professionnalisation, la pandémie du SIDA continue d'inquiéter beaucoup de personnes. Après avoir questionnées certaines catégories d'individus de la population, nous nous sommes rendu compte que très peu d'entre eux, s'étaient une fois au moins fait dépister au VIH/SIDA et ne sont pas toujours disposés à subir le même test peu de temps après. Parmi les individus qui ne se sont jamais fait dépister au VIH, la majorité d'entre eux, sont réticents au dépistage. Le constat fait est que chez cette population, le dépistage au VIH n'est pas encore une réaction prompte. En raison de la gravité liée à la maladie, certains d'entre eux, pensent que les défenses psychologiques des PVVIH peuvent provoquer le déséquilibre de l'organisation de la personnalité pré morbide, ainsi que l'adaptation aux nouvelles données créées par la maladie. Au CIPEC de Natitingou, sur 185 personnes dépistées en 2013, le coordonnateur du Projet Expertise France n'a enregistré que 4 personnes revenues peu de temps après pour refaire le test afin de connaître son statut sérologique.

Pour expliquer les raisons de ce faible recours au test de dépistage du VIH/SIDA, il est important pour nous, d'évaluer les facteurs psychologiques mis en jeux : Quels sont les

facteurs psychologiques explicatifs de la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH/SIDA ?

II.1.1.2- Objectifs

Ils sont de deux ordres : l'objectif général et les objectifs spécifiques.

II.1.1.2.1- Objectif général

Notre étude vise à analyser les facteurs psychologiques explicatifs de la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH/SIDA.

II.1.1.2.2- Objectifs spécifiques

- Identifier les obstacles au dépistage du VIH/SIDA chez les populations de Natitingou.
- Décrire les facteurs de risque de la transmission du VIH/SIDA chez les populations de Natitingou.

II.1.2- Clarification conceptuelle

- Dépistage **:**

Selon le dictionnaire Larousse, le dépistage est l'ensemble d'examens et de tests effectués au sein d'une population apparemment saine afin de dépister une affection latente à un stade précoce.

Dans le cadre de la lutte contre le SIDA, le dépistage consiste à rechercher la présence dans l'organisme, en général par une prise de sang à la recherche des anticorps du virus.

Pour ZAGARE, et SOME (2001), le dépistage est le point de départ de toute prise en charge du VIH/SIDA.

- Réticence :

Selon le dictionnaire Larousse, la réticence est le témoignage de réserve, dans le discours, le comportement. C'est l'attitude de quelqu'un qui hésite à dire expressément sa pensée, à donner son accord.

Dans le cadre de la lutte contre le SIDA, la réticence au test de dépistage favorise la propagation du VIH et augmente le nombre de cas de personnes séropositives.

Selon l'ONUSIDA (2005), la stigmatisation est à l'origine d'actes discriminatoires qui conduisent les individus à la réticence, mettant les autres en danger ou à leur refuser des services ou des droits.

- Facteur **:**

Selon le dictionnaire Larousse, le facteur est un élément qui influe sur un processus, un résultat.

Dans le cadre de la lutte contre le sida, le facteur psychologique influence la décision des individus à se faire dépister au VIH.

Selon l'ONUSIDA (2005), le facteur psychologique est un facteur qui s'attache à l'étude des sentiments, des caractères, des faits psychiques.

II.1.3- Revue de la littérature

II.1.3.1- Etat de la littérature sur le faible recours au test de dépistage du VIH/SIDA

Une revue de la littérature sur la question du test de dépistage du VIH révèle un climat général de réticence à se faire tester pour des raisons variées dont les plus récurrentes restent la faible perception du risque pour soi, la peur de se savoir infecter et l'absence d'une offre de thérapie.

En France, une étude montre que le recours au test de dépistage est en forte baisse chez les jeunes de 18-24 ans. Il est plus fréquent chez les femmes ces cinq dernières années qui le font lors d'un examen prénatal. La démarche volontaire du test du VIH est davantage le fait de personnes : multipartenaires ou évoquant des rapports homosexuels ou déclarant connaître une personne séropositive au VIH. La très grande majorité des personnes qui n'ont jamais pratiqué de test de dépistage dans la population générale évoque l'absence de risque. En France, les personnes qui présentent plus souvent un retard au dépistage sont des hommes (risque x 1,8 / femmes), des hétérosexuels (risque x 5,2 / aux usagers de drogue) et des personnes d'une nationalité d'Afrique subsaharienne (risque x 2,6 / aux personnes de nationalité française). Ce recours tardif au test s'explique entre autres par l'absence de perception des risques, un réseau relationnel pauvre et encore une méfiance par rapport au monde médical sont autant de facteurs expliquant le recours tardif au test (Semaille, Calvez, 2003).

Cependant, peu de jeunes se soumettent à un test, même dans les pays où l'épidémie de VIH/Sida est la plus grave. Il y a plusieurs obstacles à cette démarche volontaire de test de VIH : outre le fait que beaucoup de pays n'ont pas d'installations susceptibles de réaliser les tests sur l'ensemble du territoire, l'absence ou l'insuffisance d'une offre de thérapie palliative et le stigmate de la séropositivité peuvent décourager nombre de jeunes, et aussi beaucoup d'adultes. Quel que soit leur âge, nombreux sont ceux qui ne se font pas tester avant de présenter des symptômes ou avant qu'une épouse ou un partenaire sexuel ne meure du Sida.

Parmi les jeunes, il y a d'autres obstacles au test volontaire, dont le manque d'information, la perception d'un faible risque, l'absence de confidentialité, le coût, des

problèmes de transport et des lois qui exigent le consentement des parents. Une étude réalisée auprès des femmes enceintes en Côte d'Ivoire révèle que les principales raisons du refus du test et de l'indifférence aux résultats semblent essentiellement la crainte de voir sa mort s'accélérer, la peur du rejet par l'entourage, notamment par le mari, celle de la rupture possible du secret médical et de la révélation du statut sérologique alors que ces femmes, enceintes, se considèrent comme vulnérables (Coulibaly, al, 1998).

Au Cameroun, on a demandé aux enquêtés si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient effectué un test de VIH/sida et s'ils avaient reçu les résultats. On constate que les trois-quarts des femmes (76 %) et une proportion encore plus élevée d'hommes (83 %) n'ont jamais effectué de test. Seulement une femme sur dix (10 %) a effectué un test et a eu connaissance des résultats ; chez les hommes, cette proportion est un peu plus élevée (14 %). Si on se limite aux 12 derniers mois, seulement 5 % des femmes et 7 % des hommes ont effectué un test et ont reçu les résultats (EDS, 2004).

Très peu de jeunes prennent l'initiative de faire la démarche volontaire du test. Parmi les 102 jeunes interrogés, 10 seulement ont déjà eu à faire un test de VIH. Parmi ces 10, 3 déclarent avoir fait une démarche volontaire, 4 l'ont fait pour des raisons liées à leur grossesse, les 3 autres l'ont fait qui pour une intervention chirurgicale, qui pour les fiançailles, qui pour se présenter à un concours. A ce propos, il convient de rappeler que la pratique du test informel est monnaie courante au Cameroun, il n'est pas rare qu'il soit exigé des jeunes pour divers emplois et concours y compris avant l'enrôlement dans les forces armées et de police (Talom, 2001). Les personnes qui déclarent avoir fait la démarche volontaire de test, sans aucune contrainte extérieure prennent cette décision parce qu'elles veulent se rassurer. Elles ont un ou peu de partenaires avec qui elles ont des relations protégées et généralement non protégées quand c'est le partenaire titulaire. Ce sont des personnes en bonne santé qui sont presque sûres de ne pas avoir été infectées par le VIH par voie sexuelle, mais qui n'excluent pas une possible contamination par d'autres voies. Le test est fait pour « se rassurer », « protéger son partenaire et se protéger soit même ». C'est généralement le cas lorsque deux personnes décident de connaître leur statut sérologique avant les fiançailles ou le mariage. Dans un autre cas, certaines personnes qui n'ont pas encore fait un test de dépistage ont souvent justifié leur comportement par le fait qu'elles sont sûres d'elles, qu'elles ne prennent pas de risque, et qu'elles étaient presque certaines de ne pas être séropositives. Toutefois, cette impression n'est pas l'avis des personnes sexuellement actives qui sont conscientes d'avoir déjà pris un risque. C'est même le comportement à éviter en cas de

prise de risque. Autrement dit, la démarche volontaire de test chez ces jeunes sexuellement actifs avec des partenaires multiples dont les relations sont rythmées par l'utilisation épisodique du préservatif est redoutée parce que s'apparentant à une double prise de risque. Le premier risque est celui d'être infecté et le second celui d'avoir la certitude de cette infection avec l'effet boîte de Pandore qui pourrait s'en suivre. Chez les adeptes du full contact, existe un climat général de réticence à faire la démarche volontaire de test du VIH. Cela est présent même chez ceux qui pensent que le sida n'existe pas. Le test est redouté parce qu'il permettrait de révéler la vérité tant redoutée. Les adeptes du full contact disent pour la plupart préférer mourir dans l'ignorance de leur statut sérologique plutôt que de se savoir infecter par le VIH. Lorsque certains de ces adeptes du full contact pratiquent le test, il arrive qu'ils retombent encore dans le full contact après une période d'utilisation du préservatif. A la suite du « Dieu merci » prononcé après un test négatif, s'en suit généralement une période où le full contact est abandonné au profit de l'abstinence et/ou de l'utilisation systématique du préservatif. Le test est perçu comme contraignant.

II.1.3.2- Peur de la vérité et absence de prise en charge adéquate

La vérité c'est la connaissance de son statut sérologique estampillé du sceau biomédical, lequel revêt une légitimité scientifique qui ne doit pas être mis en doute. C'est d'ailleurs cette vérité difficilement réfutable tant il est vérifiable et qu'il fait autorité dont ces jeunes redoutent le caractère positif. L'accès à cette vérité peut tuer parce qu'il procède d'une révolution. Comme l'a déclaré l'un des participants aux groupes de discussions, elle peut faire « que le monde change de sens ». Ces jeunes se posent la question de savoir s'ils ont besoin de connaître cette vérité. La vérité permet à l'organisme de déclencher un processus d'autodestruction. C'est pour cela qu'il vaut mieux pour ces jeunes de ne pas connaître la vérité. Cette vérité signifie pour eux que tôt ou tard, la maladie va se déclencher et tuer le malade. Vérité aussi parce qu'après maintes réflexions qui interviennent généralement suite à la réception de l'information sur le test du VIH, l'on espère qu'on est séronégatif quand bien même on a quelquefois été exposé aux pratiques à risque, on positive en se convainquant qu'on a été épargné. Même en la présence de quelques symptômes caractéristiques de la maladie, seul le test du VIH révèle la fameuse vérité. Le caractère fatal de la vérité résiderait dans sa capacité à

miner le moral de celui qui la détient, fragilisant ainsi son psychique avec toutes les répercussions somatiques que cela induirait.

Parlant des facteurs qui entrent en compte dans la décision de l'individu à adopter, rejeter ou à se réapproprier l'innovation, on distingue deux types de coûts : les coûts objectifs ou de marché et les coûts psychiques. Que leur coûte le test en termes de coût objectif ou d'argent ? Pas grand-chose, surtout dans cette catégorie sociale où les campagnes de dépistage anonyme et gratuit sont très souvent organisées à Douala comme dans la plupart des grandes villes du Cameroun. Tout au plus, le prix parfois à payer pour le test est le même que celui qu'il faut débourser pour une consultation dans un hôpital public. On ne peut toutefois pas en dire autant des coûts psychiques. La peur d'une probable séropositivité les empêche de s'engager activement. La connaissance de sa séropositivité, « pourrit plutôt la vie », « empoisonne la vie », crée une angoisse, de la dépression, entraîne une véritable mort sociale qui précède la mort physique, et cela d'autant plus que les personnes concernées se trouvent dans un environnement social où la stigmatisation des PVVIH renforce leur marginalisation. Dans un contexte où cette maladie est transmise sexuellement dans 90% des cas, la tendance à la stigmatisation est forte et les peurs injustifiées accentuent la marginalisation et le rejet des malades (Laplantine, 1996).Une probable contamination par le sexe n'est pas perçue de la même façon qu'une contamination au salon de coiffure ou par transfusion sanguine. Dans ces deux derniers cas, ils sont en position de victime innocente, ce qui n'est pas le cas dans la contamination par voie sexuelle où leur responsabilité est engagée. Les malades sont perçus ici comme n'ayant pas souscrit au contrat de protection. Le sida est toujours perçu ici comme une maladie honteuse, liée à une vie sexuelle « débridée ». Des personnes qui en souffrent sont donc généralement coupables. On note dans les discours un champ sémantique important sur la faute, la culpabilité, le manque de précaution. C'est toujours le malade ou la personne atteinte qui va « chercher » la maladie, d'où les expressions comme « qui cherche trouve », « qui l'avait envoyé où ? », « c'est lui qui a cherché », « si tu cherches, tu vas trouver ».Comme le relève Sontag. (1993) : « La voie sexuelle de la transmission de cette maladie considérée le plus souvent comme calamité dont on est seul responsable, est l'objet d'une condamnation encore plus vive que les autres voies de transmission. On croit que contacter cette maladie à la suite de rapports sexuels relève davantage d'un choix personnel, moyennant quoi, la culpabilité est d'autant plus grande ».La contamination par voie sexuelle renvoie à une identité de

malade coupable, malade à blâmer dont la « maladie-punition », perçue comme étant une sanction assortie au manque de précaution ou à la négligence, est le prix à payer. D'après Laplantine. (1996), « l'individu est puni d'une négligence ou d'un excès, mais toujours d'un comportement d'inconduite par rapport aux prescriptions religieuses ou médicales. C'est-à-dire d'une faute qui concerne l'ordre social ».Lorsque la stigmatisation et la marginalisation sont légion dans une société où les liens de voisinage et amicaux sont très forts, cela peut créer un sentiment de peur d'avoir à les subir. Dans cette logique le test de VIH qui est l'instrument permettant de divulguer « la vérité » serait selon ces jeunes à éviter.

Si on envisage généralement ou veut envisager le test sous un angle positif, c'est-à-dire celui de sa négativité, on garde à l'esprit que le résultat contraire tant redouté peut causer des retombées dramatiques. Les jeunes qui veulent participer au système hospitalier de réalisation des tests l'envisagent aussi en termes de coût-bénéfice. Dans une certaine mesure, le modèle rationnel général pose que « l'acteur doit être considéré en principe comme ayant des raisons fortes de faire ce qu'il fait et de croire ce qu'il croit […] mais c'est dans certains cas et dans certains cas seulement que ces raisons concernent les conséquences de l'action, que l'acteur considère particulièrement celles qui le concernent dans ses intérêts, ou, plus restrictivement encore, qu'il peut tenter de soumettre ces conséquences à un calcul coût-avantage ≫ (Boudon,2003). Le test de VIH constitue pour la plupart des jeunes qui refusent de s'y soumettre un véritable cheval de Troie. Autrement dit, le test aurait été plus accessible s'il y avait une prise en charge effective des personnes vivant avec le VIH/Sida, or ce n'est pas véritablement le cas au Cameroun comme dans presque tous les pays du sud. Comme le relève Talom (2001): « Les besoins en laboratoire performants, le délabrement avancé de certaines formations sanitaires, l'absence du minimum nécessaire pour des soins de qualité, le dénuement de la population, l'introduction du recouvrement des coûts dans les hôpitaux publics constituent autant de défis à surmonter ».Les jeunes sont confrontés à un problème qui est celui du choix à faire entre l'adoption du test de VIH qui leur permet de connaître leur statut sérologique et les avantages qu'ils en tirent. Si l'utilité espérée du test était supérieure au risque de se savoir séropositif, ils franchiraient plus facilement le pas, et ce d'autant plus que les ARV leur permettraient de moins souffrir dans leur chair**.** Si l'aspect de la prise en charge médicale n'est pas à négliger, il n'en demeure pas moins que le bénéfice médical du dépistage reste inexistant. Le test pour la

plupart de ces jeunes ne leur est d'aucune utilité. Bien au contraire, ne pas s'y soumettre arrange bien les choses. Ils sont conscients qu'ils ne connaissent pas leur statut sérologique, et c'est tant mieux. C'est mieux pour eux de vivre dans l'ignorance de leur statut que de se savoir infecter sans aucune voie de recours. La décision de faire le test dépend largement de la capacité du système hospitalier à assurer aux personnes qui le font, une meilleure prise en charge post test, notamment une prise en charge médicale effective en cas de séropositivité. Si le jeune constate que la prise en charge même pour les maladies les plus banales n'est pas effective, a fortiori pour celle du sida qui exige une attention et un suivi médico-sanitaire particuliers, il ne sera que démotiver. Ce qui fait beaucoup problème chez eux, c'est le fait de savoir qu'un résultat positif n'aurait pour implication que d'enfoncer davantage le sujet concerné dans le labyrinthe du désespoir. « Lorsqu'il s'agit de minimiser une désutilité, d'optimiser ou de maximiser une utilité, on associe à chaque solution possible une sorte de bilan ou de synthèse, souvent représentés par une somme algébrique des différences coûts et avantages (Jamous, 1969).Que risque-t-on si on ne fait pas le test ? On peut contaminer les autres, se contaminer de nouveau avec d'autres germes et d'autres types ou souches de VIH ce qui peut accélérer le développement de la maladie et entraîner des complications. On n'est pas sûr d'être séronégatif, on est hanté par le doute, mais c'est toujours mieux pour ces jeunes que de se savoir infecter. Que gagnent les jeunes à faire le test ? A quoi leur est-ce utile ? Qu'est-ce qu'on leur fait comme promesse intéressante ? Rien en effet. Au contraire, outre l'inaccessibilité de l'offre thérapeutique, il y a selon ces jeunes beaucoup d'aléas qui demeurent : le risque de faux résultat, le risque de contamination par le personnel médical, le risque d'être pris pour un cobaye humain. Cette pluralité de risques auxquels ils s'exposeraient en faisant le test de VIH les conduit à faire rationnellement un choix de refus de se faire dépister. La connaissance du statut séropositif du malade, loin de l'aider, a plutôt un contre-effet dévastateur. La supposée dangerosité du test est aussi renforcée par la rumeur et la sélection des informations qui confortent les jeunes dans leurs opinions. Les populations voient dans ce programme l'utilisation des populations pauvres comme cobaye humain. Elles se demandent toujours pourquoi c'est la chaîne publique française France 2 et non les autorités camerounaises qui ont dénoncé ces pratiques dont les contours étaient quelque peu ténébreux. Ces jeunes ne feraient pas le test de VIH parce qu'ils n'ont pas de garantie que le pire des scénarii envisagé et tant redouté, à savoir un résultat positif au test du VIH, soit pris en charge de façon efficace, notamment au travers d'une offre de thérapie

palliative. L'espoir de bénéficier d'un traitement efficace inhiberait la crainte de désespoir liée à la connaissance de sa séropositivité. Les individus recourraient plus facilement au dépistage s'ils avaient l'assurance que le sida n'est plus synonyme de condamnation ou de mort imminente. L'absence d'une offre effective de thérapie médicale en cas de séropositivité est une pesanteur importante mais pas la seule susceptible d'expliquer le manque d'engouement de ces jeunes qui vivent dans un contexte donné, dont les facteurs structurels et culturels ne peuvent ne pas avoir d'effets sur les comportements et même sur les pratiques médicales. Le coût du dépistage, l'accès aux structures de dépistage, les garanties concernant la confidentialité, l'anonymat, la qualité des résultats, entrent de façon indéniable en ligne de compte dans le cadre de l'acceptabilité du dépistage, notamment dans les pays en développement (Cartoux, 1997).

II.1.4- Théories du complot au sujet du Sida

Les théories du complot au sujet du Sida concernent l'origine et l'ampleur de la maladie. Alors que l'ensemble de la communauté scientifique affirme qu'il n'en est rien et que l'infection a été transmise des singes à l'homme, plusieurs théories du complot vont à l'encontre du consensus scientifique : création du virus dans un but génocidaire, absence de corrélation entre le VIH et la mortalité du Sida qui lui est associé, ou encore accident expérimental.

II.1.4.1- Théorie de la création du virus par les Etats-Unis

Selon le docteur Robert Strecker, un pathologiste américain, le virus du Sida aurait été créé en laboratoire par le gouvernement américain. Selon le docteur Léonard Horowitz, diplômé de santé publique de l'Université Harward, le virus a été propagé via les campagnes de vaccination faites en Amérique du sud et en Afrique et ce par l'entreprise des agents de la santé américaine (Thomas, Minart, 2009). En 1983, les services secrets soviétiques lancent l'opération INFEKTION ayant pour but de propager cette théorie ; l'opération est abandonnée en 1987 sous pression diplomatique des Etats-Unis.

Une version de cette théorie explique que c'est la population homosexuelle qui a été volontairement visée : le docteur Alan Cantwell affirme que l'épidémie du virus a éclaté à Manhattan après une campagne de vaccination contre l'hépatite B, en 1978. En 1979, les premiers cas sont recensés en 1993, 93 % du groupe des premiers vaccinés sont

morts du sida. Cantwell accuse les spécialistes de la maladie de collusion avec le service de la santé des USA, ou avec les institutions médicales du pays. Selon lui, ce sont les laboratoires pharmaceutiques et les suprématistes blancs qui en retireraient le bénéfice (Thomas, Minart, 2009).

II.1.4.2- Théorie de remise en cause de la corrélation entre VIH et Sida

Cette théorie qui se développe elle aussi sur plusieurs axes, part de la remise en doute d'un élément de l'épidémie : l'existence de la maladie, celle du virus, ou le lien de corrélation entre les deux. Certains estiment notamment que le sida serait dû à la conjonction de différentes formes de stress : chimique, nutritionnel, psychologique (Thomas, Minart, 2009).

La maladie serait notamment guérissable, par des pouvoirs mystiques, tels ceux de Yahya Jammeh, président de la Gambie de 1994 à 2017, ou simplement religieux ; pour les tenants de cette guérison, la maladie serait en fait bénigne. L'intervention de Dieu dans la maladie a également été mise en avant par certains milieux conservateurs, justifiant ainsi le fait que des populations particulières soient plus visées que d'autres : ces populations (afro-américains, homosexuels) seraient décadentes et devraient subir un châtiment divin (Thomas, Minart, 2009). La ministre sud-africaine de la santé, Manto Tshabalala-Msimang, proposa durant son ministère un régime à base d'ail, de batterave et de citron pour combattre la maladie ; elle s'opposa aux organismes de luttes contre la pandémie ≪ en ce qu'elle voyait les instruments des intérêts postcoloniaux et de l'industrie pharmaceutique occidentale≫ (Benkimoun, 2009), et nia la responsabilité du VIH (Benkimoun, 2010).

Certains scientifiques (Peter Duesberg, le groupe de Perth) dénoncent l'absence de preuve formelle d'un lien entre VIH et Sida. Ils estiment plus envisageable qu'un consensus scientifique ait conduit à un diagnostic inexact : le VIH ne provoquerait pas le sida. Cette hypothèse exprime également que le consensus scientifique aurait conduit à une prolifération de traitements extrêmement toxiques, qui seraient donc les causes de la destruction du système immunitaire. La communauté scientifique leur oppose l'avènement des traitements tri thérapeutiques, qui retardent spécifiquement les effets du VIH, et réussissent à limiter la destruction du système immunitaire. La majeure partie des dissidents de la communauté scientifique sur ce point précisent qu'aucun

scientifique n'a pour le moment réussi à isoler le VIH en tant que virus exogène et pathogène (Thomas, Minart, 2009).

Le test de séropositivité lui-même est remis en cause, du fait de la différence de résultat en fonction du continent où le test est effectué (Thomas, Minart, 2009).

II.1.4.3- Théorie d'un accident expérimental

Selon cette théorie, le virologue Hilary Koprowski, créateur du premier vaccin antipolio, serait à l'origine du VIH, et aurait été protégé par la communauté scientifique, qui compte de nombreux soutiens à Koprowski. Le journaliste Tom Curtis écrit en 1992 dans Rolling Stone que, lors d'une campagne de vaccination antipolio en Afrique, entre 1955 et 1960, le virologue aurait créé le virus à partir de reins de chimpanzé aux mépris des règles sanitaires, afin de faire face à la concurrence d'un autre chercheur étudiant cette maladie. Le journaliste Edward Hooper reprend cette thèse dans The river, A journey to the source of HIV and AIDS, en comparant les zones de vaccination avec la localisation des premiers cas du sida. Bien que la communauté scientifique ait plusieurs fois réfuté cette hypothèse, Hooper estime que cette contradiction n'est que la preuve du soutien à Koprowski et de son influence dans ce domaine (Thomas, Minart, 2009).

II.1.5- Cadre conceptuel

II.1.5.1- Variables et indications

II.1.5.1.1- variable dépendante et indicateurs

Le désir de se faire dépister au VIH/SIDA.

- Adhésion
- Refus

II.1.5.1.2- Variables indépendantes et indicateurs

Ce sont les variables dont nous voulons mesurer les effets, donc celles pouvant influencer la variable dépendante qui est le désir de se faire dépister.

Pour notre étude, nous avons retenues les variables indépendantes suivantes :

- Les caractéristiques sociodémographiques :
  - ✓ l'âge
  - ✓ le sexe
  - ✓ la situation matrimoniale
  - ✓ la croyance religieuse

- ✓ l'occupation ou la profession

- Les obstacles au dépistage du VIH/SIDA :
  - le manque de risque perçu d'infection par le VIH
  - le gêne de discuter du VIH ou manque de connaissances
  - la peur, la stigmatisation et la discrimination
  - la difficulté d'accéder au test
- Les facteurs de risque de la transmission du VIH/SIDA :
  - ❖ antécédents pouvant favoriser la transmission du VIH par voie sanguine
  - ❖ antécédents pouvant favoriser la transmission du VIH de la mère à l'enfant
  - ❖ antécédents pouvant favoriser la transmission du VIH par voie sexuelle

II.1.5.2- Explication du cadre conceptuel

La réticence des populations de Natitingou en lien avec le VIH/SIDA est déterminée par trois composantes : les caractéristiques sociodémographiques, les obstacles au dépistage du VIH et les facteurs de risque de la transmission du VIH. En effet, les caractéristiques sociodémographiques agissent sur chacune des deux autres composantes et influencent la décision des populations de Natitingou à se faire dépister au VIH/SIDA. D'une manière individuelle, les facteurs de risque de la transmission du VIH et les obstacles au dépistage du VIH, agissent eux-aussi sur la décision des populations de Natitingou à se faire dépister au VIH/SIDA.

II.1.5.3- Présentation du cadre conceptuel

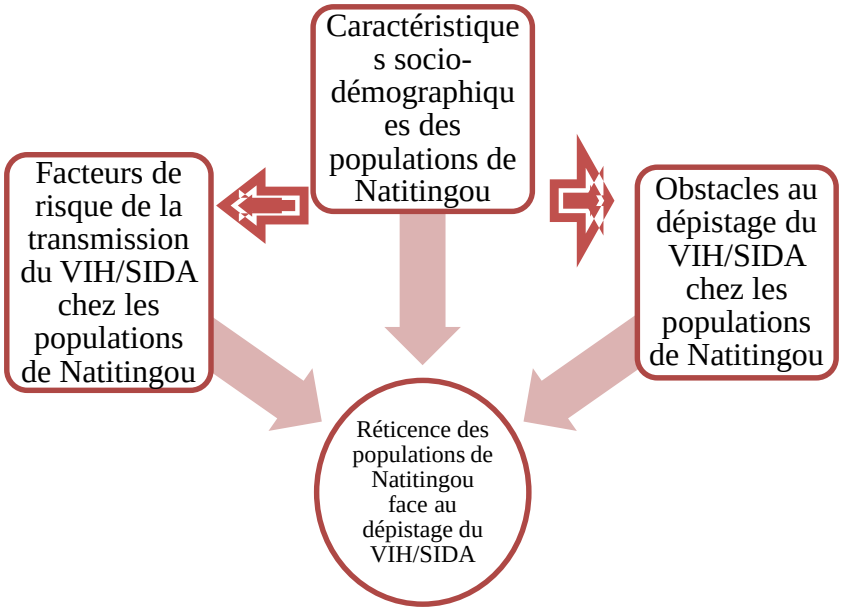

Figure : Schéma explicatif du cadre conceptuel

II.1.6-Hypothèses

Elles sont de deux ordres : l'hypothèse générale et les hypothèses spécifiques.

II.1.6.1-Hypothèse générale

Les représentations sociales influencent la décision des populations de Natitingou à se faire dépister au VIH/SIDA

II.1.6.2- Hypothèses spécifiques

- Les obstacles au dépistage du VIH/SIDA influencent la décision des populations de Natitingou à se faire dépister au VIH.
- La présence des facteurs de risque de la transmission du VIH/SIDA favorise la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH.

II.2- Cadre méthodologique

II.2.1- Nature de l'étude

Notre étude est constituée d'une enquête de type quantitatif, où chaque enquêté répond de façon solitaire aux questions pouvant nous permettre d'analyser les facteurs psychologiques de la réticence des populations face au dépistage du VIH/SIDA. L'étude a consisté en une collecte de données pendant trente (30) jours en vue d'identifier et de décrire les facteurs explicatifs de la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH/SIDA.

II.2.2- Population cible

La population-cible de notre étude était constituée de personnes adultes des deux sexes, âgées de 18 à 52 ans et résidant dans la commune de Natitingou. Nous avons considéré trois catégories de personnes à savoir : les commerçants, les enseignants et les personnes qui exercent autre occupation (coiffeuses, conducteurs de taxi moto, élèves). Ces personnes ont déjà subi une fois au moins ou non un test de dépistage du VIH/SIDA.

Nous avons opté pour le choix de ces trois catégories de personnes afin de recueillir le plus simplement possible les données pouvant nous aider à mieux analyser les facteurs psychologiques explicatifs de la réticence des populations enquêtées.

II.2.3- Echantillonnage

II.2.3.1. Techniques de collecte des données

II.2.3.1.1- Phase de sensibilisation

Notre enquête a été précédée d'une phase de sensibilisation. Nous avons d'abord contacté les populations, afin de leur expliquer les objectifs de notre travail.

Les séances de sensibilisation se sont déroulées une semaine avant l'enquête

II.2.3.1.2- Pré-test

Au préalable, le questionnaire a été testé sur 10 personnes adultes, qui n'ont pas été prise en compte dans notre étude. Cette importante phase nous a permis de bien adapter notre questionnaire à la réalité, de découvrir et de formuler de nouveaux thèmes adaptés à notre objet d'étude. Au cours de notre enquête nous avons eu des entretiens individuels avec les individus afin d'éviter que les réponses de l'un n'influencent celles de l'autre. Nous leur avons laissé le temps de bien remplir le questionnaire qui a été ensuite scellé sous pli fermé marqué ''Confidentiel''. Nous avons reçu en moyenne quatre à cinq personnes par jour.

II.2.3.1.3- Enquête

La collecte des données de notre étude a consisté en une interview directe de chaque sujet enquêté de notre population. Toutes les informations recueillies ont été enregistrées sur des formulations individuelles.

II.2.3.2- Taille d'échantillon

La taille de l'échantillon de notre étude menée auprès des populations de Natitingou est un facteur déterminant pour obtenir des données fiables à propos d'une proportion dans notre population.

Ainsi, pour déterminer la proportion P de notre population, nous avons supposé qu'une (01) personne sur cinq (05) désire se faire dépister au VIH/SIDA. Cette supposition nous conduit au résultat suivant : $P = \frac{1}{5} = 0,2$.

La fiabilité des données n'est jamais absolue, mais se situe plutôt dans un intervalle de confiance. Pour un niveau de confiance de 95%, on note : Z = 1,96

Plus cet intervalle de confiance est petit, plus la marge d'erreur d est petite, plus la taille N de notre échantillon est grande.

Pour donc déterminer la taille N de notre échantillon, nous avons utilisé la formule :

$N = (Z)^2 P (1-P) / d^2$

Avec une marge d'erreur d estimée à 7% , soit d = 0,07, on obtient :

$N = (1,96)^2 \times (0,2) \times (1-0,2) / (0,07)^2 = 125,44 \approx 125$

D'où, la taille de l'échantillon de notre enquête s'élève à 125 personnes.

II.2.3.3- Outils de collecte des données

Pour notre enquête, nous avons élaboré un questionnaire individuel contenant des questions ouvertes et des questions fermées. Cette enquête par questionnaire nous a permis d'avoir des informations relatives à la situation des populations enquêtées, à

savoir leurs opinions, leurs attitudes et leurs attentes à l'égard des enjeux sociaux. Notre questionnaire d'enquête a été réalisé à partir des variables contenues dans nos hypothèses, sans oublier les indicateurs de ces variables. Le temps moyen pour remplir un questionnaire est en moyenne 25 minutes.

II.2.3.4-Traitement des données

Pour le traitement des données recueillies, nous avons d'abord procédé à un dépouillement manuel du questionnaire, ce qui nous a permis de dégager les différentes modalités de réponses enregistrées pour les questions ouvertes. Puis à l'aide d'un guide de codage, nous avons codifié les données collectées. Nous avons ensuite vérifié fiche par fiche toutes les données recueillies ; ce qui a permis la correction des erreurs éventuelles et la saisie grâce au logiciel Word 2016.

II.2.4- Difficultés

Nous avons documenté notre étude à partir des cours effectués à l'Université d'Abomey-Calavi. Ces cours nous ont permis de relever des perceptions d'auteurs ainsi que certaines retombées des mesures mises en place. Elles ont aussi permis de relever les difficultés vécues en stage, qui se sont révélées comme suit :

- ✓ la formulation du pré-test de notre questionnaire d'enquête
- ✓ la sensibilisation des populations sur le bien fondé de l'enquête
- ✓ la réticence des populations à se confier

Malgré la sensibilisation préalable des populations de Natitingou, nous avons encore rencontré d'autres difficultés durant notre enquête. Ces difficultés se présentent comme suit :

- 15 personnes sur un total de 140 contactées ont refusé de participer à notre enquête, soit un taux de refus 10,71%.
- Parfois, il arrive qu'un sujet enquêté interrompe l'entretien pendant au moins 20 minutes pour s'occuper de son téléphone portable.
- Nous étions confrontés de temps à autre à la mauvaise humeur des sujets enquêtés.

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS

III.1-Catégorisation des enquêtés suivant la connaissance ou non du statut sérologique

Tableau I : Répartition des enquêtés en fonction de la connaissance du statut sérologique

ENQUÊTÉ	EFFECTIF	FREQUENCE
Ayant connu une fois au moins son statut sérologique	20	16%
N'ayant jamais connu son statut sérologique	105	84%
TOTAL	125	100%

Source : Notre enquête

Parmi les 125 enquêtés, 20 personnes ont connu une fois au moins leurs statuts sérologiques; soit 16% de la population enquêtée. Par contre 105 personnes n'ont jamais connu leurs statuts sérologiques; soit 84% de la population enquêtée.

La majorité de la population de Natitingou n'a jamais pris connaissance de son statut sérologique (Voir Tableau I).

III.2-Catégorisation des enquêtés suivant l'adhésion ou non au test de dépistage

Tableau II : Répartition des enquêtés en fonction de l'adhésion au test de dépistage

ENQUÊTÉ	EFFECTIF	FREQUENCE
Qui a donné son adhésion à la réalisation du test	28	22,4%
Qui n'adhère pas à la réalisation du test	97	77,6%
TOTAL	125	100%

Source : Notre enquête

Parmi les 125 enquêtés, 28 personnes donnent leurs adhésions à la réalisation du test ; soit 22,4% de la population enquêtée. Par contre 97 personnes n'adhèrent pas à la réalisation du test ; soit 77,6% de la population enquêtée.

La majorité de la population de Natitingou est réticente au dépistage du VIH/SIDA (Voir Tableau II).

III.3- Caractéristiques sociodémographiques

III.3.1- Age

Tableau III : Répartition des enquêtés en fonction de l'âge

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	FREQUENCE (en%)
18-24 ans	68	54,40
25-31 ans	23	18,40
32-38 ans	25	20
39-45 ans	6	4,80
46-52 ans	3	2,40
TOTAL	125	100

Source : Notre enquête

Pour la détermination de la moyenne par l'âge, on a exploité la formule :

$\bar{Z} = \frac{\sum ni.xi}{N} = \frac{(21 \times 68 + 28 \times 23 + 35 \times 25 + 42 \times 6 + 49 \times 3)}{125} = \frac{3346}{125} = 26{,}768 \approx 27$

L'âge de nos enquêtés varie de 18 ans à 52 ans. L'âge moyen de notre population d'étude est 27 ans. L'âge minimal est 18 ans et l'âge maximal est 52 ans.

54,40 % des sujets de notre étude ont un âge compris entre 18 et 24 ans. 18,40 % des enquêtés ont un âge compris entre 25 et 31 ans. 20 % des sujets de notre étude ont un âge compris entre 32 et 38 ans. 4,80 % des sujets de notre étude ont un âge compris entre 39 et 45 ans. 2,40 % des sujets de notre étude ont un âge compris entre 46 et 52 ans.

Les jeunes âgés de 18 à 24 ans sont les plus représentés dans la population enquêtée (Voir Tableau III).

III.3.2-Sexe

Tableau IV: Répartition des enquêtés en fonction du sexe

SEXE	EFFECTIF	FREQUENCE
HOMME	77	61 ,60%
FEMME	48	38,40 %
TOTAL	125	100%

Source : Notre enquête

Le sexe ratio de cette population est estimé à 2.

Parmi les 125 sujets enquêtés, 77 personnes sont de sexe masculin et représentent 61 ,60 % de notre population. Par contre, 48 personnes sont de sexe féminin et représentent 38,40 % de la population.

Le sexe masculin est plus représenté au sein de cet échantillon que le sexe féminin (voir Tableau IV).

III.3.3- Situation matrimoniale

Tableau V : Répartition des enquêtés en fonction de la situation matrimoniale

SITUATION MATRIMONIALE	EFFECTIF	FREQUENCE (en%)
Marié (e)	37	29,60
Célibataire	49	39,20
Abandonné (e)	4	3,20
Séparé (e)	7	5,60
Concubinage	24	19,20
Divorcé (e)	3	2,40
Veuve	1	0,80
TOTAL	125	100

Source : Notre enquête

La majorité des enquêtés est constituée de célibataires (39,20%) et de mariés (29,60%). Ensemble ces deux catégories représentent 68,80 % de la population enquêtée. Dans cette population, ceux qui vivent en concubinage représentent (19,20%). Les séparés représentent 5,60%, les abandonnés 3,20 % , les divorcés 2,40% et enfin une (1) seule personne des enquêtés est veuve et représente 0,80% de cet échantillon (voir Tableau V).

III.3.4-Croyance religieuse

Tableau VI : Répartition des enquêtés en fonction de la croyance religieuse

RELIGION	EFFECTIF	FREQUENCE (en%)
Chrétienne	93	74,40
Musulmane	15	12
Endogène	4	3,20
Autre	13	10,40
TOTAL	125	100

Source : Notre enquête

Parmi les 125 enquêtés de notre échantillon, les chrétiens sont les plus nombreux (74,40%). Ils sont suivis des musulmans (12%), puis les enquêtés des autres religions (10,40%). Les adeptes des religions endogènes sont faiblement représentés (3,20%).

Dans notre échantillon, la majorité des enquêtés pratique le christianisme (voir Tableau VI).

III.3.5- Profession

Tableau VII : Répartition des enquêtés en fonction de la profession

PROFESSION	EFFECTIF	FREQUENCE (en%)
Commerçant	72	57,6
Enseignant	45	36
Autre	8	6,4
TOTAL	125	100

Source : Notre enquête

Parmi les 125 enquêtés nous constatons que la majorité des personnes enquêtées sont des commerçants (soit 57,60%) puis les enseignants (soit 36%) et enfin les personnes des autres professions (soit 6,40%).

Le plus grand nombre des enquêtés de notre échantillon sont des commerçants. Au cours de la phase de sensibilisation des populations de Natitingou, nous nous sommes rapprochés des commerçants, qui n'ont pas caché leurs opinions. Ils affirment avoir mené une vie sexuelle débridée, ce qui rend réticents au dépistage. (Voir Tableau VII).

III.4- Catégorisation des enquêtés suivant les obstacles au dépistage du VIH

Tableau VIII : Répartition des enquêtés en fonction des obstacles au dépistage du VIH.

Obstacles	Détails sur les obstacles	Effectif	Fréquence (en%)
Manque de risque perçu d'infection par le VIH	L'enquêté ne croit pas qu'il risque de contracter le VIH et il croit que ses comportements lui permettent de prévenir les risques.	88	70,40
Gêne de discuter du VIH ou manque de connaissances	L'enquêté ne se sent pas à l'aise de discuter du VIH ou d'autres questions en matière de sexualité et il peut avoir un manque de connaissances générales sur le VIH ou ne pas savoir où et comment subir un test de dépistage	69	55,20
Peur, stigmatisation et discrimination	L'enquêté craint d'obtenir un résultat positif, de subir des répercussions sociales s'il demande un dépistage ou s'il est infecté (discrimination, rejet), de ne pas être capable de faire face au résultat ou de voir une personne qu'il connait au centre de dépistage.	97	77,60
Difficulté d'accéder au test	Une incapacité d'accéder au test (zone rurale ou zone éloignée)	65	52

Source : Notre enquête

Dans notre étude, parmi les 125 enquêtés, 70,4% sont répondants au manque de risque perçu d'infection par le VIH. Ils estiment qu'il y a une relation entre le dépistage et le manque de risque perçu d'infection par le VIH.

Parmi les125 enquêtés, 55,2% pensent qu'il y a un lien entre le dépistage et le gêne de discuter du VIH ou manque de connaissances.

77,6% de nos enquêtés sur les 125, estiment que le dépistage du VIH et le sentiment de la peur, de la stigmatisation et de la discrimination sont liés.

Sur les 125 enquêtés, 52% pensent qu'il existe une relation entre la difficulté d'accéder au test de dépistage et la réticence.

Les obstacles au dépistage du VIH peuvent influencer la décision de se faire dépister (voir tableau VIII).

III.5-Catégorisation des enquêtés suivant les facteurs de risque de la transmission du VIH

Tableau IX : Répartition des enquêtés en fonction des facteurs de risque de la transmission du VIH

Facteurs de risque de la transmission du VIH	**EFFECTIF**	**FREQUENCE (en%)**
Antécédents pouvant favoriser la transmission par voie sexuelle	95	76
Antécédents pouvant favoriser la transmission par voie sanguine	40	32
Antécédents pouvant favoriser la transmission de la mère à l'enfant	5	4

Source : Notre enquête

Parmi les 125 enquêtés, 76% de sujets estiment avoir eu des antécédents susceptibles de favoriser la transmission du VIH/SIDA par voie sexuelle. Les hommes estiment avoir eu des rapports sexuels extraconjugaux non protégés ce qui les rend réticents au dépistage ; les femmes estiment qu'elles auraient pu se faire contaminer par leurs époux qui, pour la plupart du temps sont infidèles ; ce qui explique aussi leur réticence.

32% des enquêtés estiment qu'ils auraient pu se contaminer par voie sanguine suite aux contacts avec du matériel infecté ou en manipulant un objet tranchant

Une très faible représentation se fait noter ici par les enquêtés qui estiment avoir eu des antécédents pouvant favoriser une transmission du VIH de la mère à l'enfant (soit 4% de notre échantillon).

(Voir Tableau IX).

Dans notre échantillon, une proportion de 76% évoque la voie sexuelle comme voie de contamination par le virus du SIDA.

III.6- Etudes de cas

III.6.1- Illustration n°1

Patiente X, âgée de 26 ans, de sexe féminin, est une coiffeuse. Elle est célibataire sans enfant, chrétienne fervente.

Amenée par sa camarade à l'hôpital de Zone de Natitingou pour manifestation d'un syndrome des céphalées avec la diarrhée, nous l'avions reçu au centre.

Le début de la symptomatologie remontait à deux semaines environs avant l'admission marquée par des céphalées, la diarrhée, une insomnie totale et des propos incohérents : « Laissez-moi, je veux mourir » dans un contexte d'inobservance thérapeutique. Aucun traitement antérieur n'a été engagé.

Parlant d'antécédents, la patiente aurait eu des relations sexuelles avec deux partenaires, sans aucune protection. Selon les informations, l'un des partenaires sexuels de notre patiente est nigérian. Il est décédé du sida, il y a seulement une semaine.

Notre patiente appartient à une famille, dont le père est décédé, il y a trois ans, suite à un accident vasculaire. Sa mère encore vivante, âgée de 50 ans, est séparée du père depuis que la patiente avait 6 ans. Notre patiente est l'unique fille d'une fratrie de 2.

Au cours de l'entretien psychologique, notre patiente a présenté les caractéristiques suivantes : la crainte des attitudes familiales et croyances sociales. Elle affirme : « Si quelqu'un fait le test de dépistage du VIH et que le résultat est positif, il n'y a rien de concret qu'on puisse faire pour lui. La seule chose, c'est de lui administrer des calmants. Pire, on le faire mourir d'inquiétude, en lui faisant croire qu'il peut encore vivre longtemps. »

Suite à ces affirmations, elle déclare: « Je ne ferais jamais le dépistage en tant que chrétienne. Si le résultat était positif, cela pouvait bloquer mon avenir. Je ne veux pas servir d'objet de moquerie pour les fidèles de mon église. Je ne suis pas prête à porter l'étiquète d'une femme prostituée. »

Dans notre hypothèse diagnostique, nous nous demandons bien si notre patiente X a pu manifester un syndrome des céphalées, la diarrhée avec l'insomnie totale, est-ce qu'elle n'est pas infectée par le VIH.

Nous lui avions expliqué la procédure du test de dépistage du VIH/SIDA qui est précédé de conseil pré-test et suivi après du conseil post-test et d'une prise en charge gratuite des PVVIH, de même que les avantages qu'il y a de se faire dépister et que le dépistage également est gratuit. Elle a accepté de faire le test mais, à notre passage dans cette unité, rien n'attestait qu'elle avait été de passage.

III.6.2- Illustration n°2

Patient K, âgé de 34ans, de sexe masculin, est enseignant. Vivant maritalement et père de deux enfants, il est chrétien.

Amenée l'hôpital de Zone de Natitingou pour manifestation de la fièvre avec une perte de poids, il a été admis au centre pour un examen psychologique.

Le début de la symptomatologie remontait à 6 jours environs avant l'admission marquée par une manifestation fiévreuse et l'agitation psychomotrice avec des questions comme :≪ Pourquoi ferais-je encore un test de dépistage au VIH/SIDA ? ≫. Aucun traitement antérieur n'a été enclenché.

Chez notre patient, nous notons l'absence d'antécédents.

Son père, un handicapé visuel, réside dans un petit village de la région. Sa mère, encore vivante, a souffert une fois des troubles de la personnalité. Le patient est le 2è enfant d'une fratrie de 5. Deux de ses frères sont décédés le mois passé et pire à la même date suite à une affection non précisée.

Au cours de l'entretien psychologique, notre patient a présenté les caractéristiques suivantes : torture psychologique, stigmatisation et discrimination. Il déclare : « Le sida n'existe pas ». Il affirme ensuite : « Je ne suis pas infecté ou affecté par le VIH, car je suis donneur de sang. Si j'étais séropositif, on me l'aurait déjà notifié dès mon dernier don de sang, il y a seulement 10 mois. En dehors de cela, je viens d'avoir un nouveau né, qui est en bonne santé. Pour plus vous rassurer, mon épouse a fait son test de dépistage et le résultat est même négatif. Il n'y a donc pas à s'inquiéter pour moi. Je ne vais pas aller chercher un problème là où il n'en existe pas. ».

Dans notre hypothèse diagnostique, nous nous demandons bien si notre patient K a eu des manifestations de la fièvre avec une perte de poids et une agitation psychomotrice, est-ce qu'il n'est pas infecté par le VIH.

Nous lui avions parlé des autres voies de transmission sanguine du VIH. Nous lui avions montré aussi la nécessité de refaire le test de dépistage. Notre patient a fait le test, mais il n'est pas revenu chercher le résultat. En consultant le dossier du patient, nous avions remarqué que son résultat est positif.

III.6.3- Illustration n°3

Patient **U**, âgé de 39 ans, de sexe masculin est un commerçant .Marié et père de trois enfants, notre patient est musulman.

Admis au service d'urgence du CHD de Natitingou, il a été reçu dans notre centre, accompagné de sa femme pour manifestation du syndrome grippal avec de la fièvre.

Le début de la symptomatologie remontait à quatre jours environs avant l'admission marquée par la manifestation du syndrome grippal avec de la fièvre, le vomissement, la fatigue intense et l'insomnie aigue. Aucun traitement antérieur n'a été fait.

Notre patient aurait eu de nombreuses relations sentimentales et sexuelles avec une jeune femme veuve qu'il a rencontrée cinq mois environ. Il a perdu sa copine veuve, il y a seulement un mois, des suites d'une maladie non élucidée. Ses deux parents sont décédés, il y a deux ans, des suites d'un litige lié aux affaires domaniales au village. Il est le 5è enfant d'une fratrie de 7.

Au cours de l'entretien psychologique, nous retrouvons les caractéristiques suivantes chez notre patient : Perturbation de la dynamique familiale et sociale, la dépréciation qui en résulterait d'un état séropositif, les antécédents liés à une transmission du VIH par voie sexuelle, les sentiments d'inquiétude et de culpabilité et la peur. Il tient les propos suivants : « Il ne faut jamais chercher à connaître son statut sérologique quand on n'est pas sûr de soi-même, car l'annonce d'un résultat positif suffirait pour briser toute paix et harmonie familiale ou sociale. Il faut être vraiment fort pour apprendre que l'on est séropositif, encore que le mal du SIDA est incurable ».

Il va plus loin en disant : « Etre malade du SIDA, c'est jeter de l'opprobre sur sa famille et être sûr que vous ne bénéficierez plus de la noblesse dont vous faisiez l'objet. Quand bien même les gens luttent pour combattre la dépréciation, et les sentiments d'inquiétude et de culpabilité dont fait l'objet les PVVIH, ils demeurent toujours et font même légion dans les centres de santé ou de traitement des PVVIH. Les multiples dépenses qu'occasionnent la maladie pour les soins et la diététique montrent bien les méfaits de la maladie. Je préfère ne pas trop en parler ».

Dans notre hypothèse diagnostique, nous nous demandons bien si notre patient **U,** a fait preuve de syndrome grippal avec de la fièvre, du vomissement, de la fatigue intense et de l'insomnie aigue, est-ce qu'il n'est pas infecté par le VIH.

Nous lui avions parlé un peu de la voie de transmission sexuelle du VIH. Nous lui avions montré d'autre part, combien il est nécessaire pour lui de faire le test de dépistage du VIH pour connaître son statut sérologique. Il a donné son accord favorable

pour la réalisation du test, mais était très anxieux lors du prélèvement sanguin. Le rendez-vous était pris pour le soir, où il devrait venir chercher son résultat, mais à notre grande surprise, notre patient n'était plus revenu au centre, alors que son résultat était négatif.

CHAPITREIV : DISCUSSION DES RESULTATS

IV.1- Discussion des résultats sociodémographiques

IV.1.1- Discussion des résultats suivant l'âge

Dans notre enquête, l'âge des populations varie de 18 ans à 52 ans. La moyenne d'âge retenue à cet effet se situe à 27 ans. Les enquêtés dont la tranche d'âge est 46-52 ans sont les moins représentés (2,4%). 4,8% des enquêtés sont dans la tranche d'âge 39-45 ans. 20% des enquêtés sont dans la tranche d'âge 32-38 ans. 18,4% des enquêtés sont dans la tranche d'âge 25-31 ans. 54,4% des enquêtés sont dans la tranche d'âge 18-24 ans.

Les personnes de la tranche d'âge de 18 à 24 ans sont pour la plupart celles qui après l'obtention d'un diplôme (scolaire, académique, ou d'apprentissage) selon le cas, ont décidé de se lancer dans la vie active pour subvenir à leurs besoins, décharger les parents dont les moyens s'amenuisent de jour en jour.

Notre échantillon d'étude est constitué majoritairement de personnes âgées de 18 à 24 ans (54,4%).Ils sont les plus vulnérables. A cause de la fleur de l'âge, ils se livrent très souvent à une vie de débauche en adoptant des comportements sexuels inappropriés. Leur plus grande joie, c'est la découverte de plusieurs partenaires sexuels. Ainsi, ils sont parfois considérés comme des prostitués, ce qui les rend réticents au dépistage du VIH.

Il existe donc un lien entre l'âge et la décision de se faire dépister au VIH.

Selon LAKH, (1991), plus de la moitié des prostituées a moins de 30 ans.

Environ le tiers des contaminés du VIH ont entre 15-24 ans (UNESCO, 1991).

Les études faites par LAKH et l'UNESCO, confirment nos résultats dans le sens où l'âge peut influencer la décision de se faire dépister au VIH.

IV.1.2- Discussion des résultats suivant le sexe

Dans notre échantillon, les hommes sont plus représentés (61,6%). Les femmes ne représentent que (38,4%). Les hommes (61,6%6) avouent qu'ils sont réticents au test de dépistage à cause de leurs comportements sexuels.

Il ressort de notre étude que le sexe et la décision de se faire dépister au VIH sont liés.

Selon (OMS, 1998), globalement au Bénin, les hommes sont plus atteints du VIH que les femmes. Soit 391 hommes pour 175 femmes.

Ce résultat de l'OMS vient confirmer nos résultats dans le sens où le sexe peut influencer la décision de se faire dépister au VIH.

IV.1.3- Discussion des résultats suivant la situation matrimoniale

Dans notre échantillon, les célibataires sont les plus nombreux (39,20%). Ceci s'explique par le fait que les gens obtiennent souvent un emploi stable avant de s'engager (surtout les hommes) dans le mariage. Cependant il y a les mariés qui représentent 29,60%. Les dernières catégories sont constituées respectivement de ceux qui vivent en concubinage (19,20%), des séparés (5,60%), des abandonnés (3,20%), des divorcés (2,40%), des veufs (0,80%).

Les célibataires (n'ont pas de partenaire sexuel fixe) et les mariés (ont plusieurs partenaires sexuelles, en dehors de leur femme) représentent ensemble 68,8% de la population enquêtée. Ils avouent qu'ils sont réticents au test de dépistage du VIH.

Il ressort donc de notre étude, que la situation matrimoniale et la décision de se faire dépister au VIH sont liées.

IV.1.4- Discussion des résultats suivant la croyance religieuse

Dans notre échantillon, les chrétiens représentent (74,40%) de l'effectif. L'implantation de plusieurs églises dans la ville de même que le petit Séminaire Saint Pierre en est une illustration. Les musulmans représentent (12%) et sont constitués pour la plupart de population immigrée (Yoruba, Germa).

Les personnes pratiquant autre religion représentent 10,40% de la population. Les religions endogènes sont moins représentées (3,20%).

Les chrétiens sont les plus représentés (74,4%) etsont pour la plupart réticents au dépistage, peur d'être déclarés séropositifs. Ils disent que, le VIH/SIDA était une maladie sexuellement transmissible et il est très courant d'entendre dire au sein de la communauté, que toute personne qui en souffre, ne peut être qu'une délinquante sexuelle. Le SIDA est devenu une maladie de la honte et de l'adultère. Cette condamnation entraine le refus de se faire dépister afin de préserver la dignité.

L'analyse des propos sur le VIH et les personnes atteintes montre cependant que certaines institutions développent des discours d'exclusion qui font l'objet d'usages sociaux divers. En déclarant que les PVVIH ont été contaminées parce qu'elles ne respectaient pas les normes sociales et morales édictées par leurs textes de référence. Des autorités religieuses affirment la valeur des règles qu'elles édictent, en arguant du fait que le non-respect de ces règles a pour conséquence la sanction par la maladie (Desclaux, 2003).

Avec les expériences de cet auteur, il est donc inconcevable de souffrir du VIH/SIDA dans une communauté sans être en faute.

Ces études rejoignent nos résultats dans le sens où la religion peut valablement influencer la décision de se faire dépister au VIH.

IV.1.5- Discussion des résultats suivant la profession

Dans notre échantillon de recherche, nous notons une forte représentation des commerçants (57,6%). Ils sont suivis des enseignants (36%) et enfin des personnes exerçant autre profession, autre que le commerce et l'enseignement. Cette catégorie de personnes ne représente que 1,60% de la population de notre échantillon.

Au cours de la phase de sensibilisation auprès des populations de Natitingou, nous avons visité les commerçants dans leurs boutiques. Nous avons dirigé des entretiens avec ces derniers, qui avouent avoir plusieurs partenaires sexuelles à cause de leur mobilité. Ils reconnaissent qu'ils sont la plupart du temps infidèles à leurs épouses. Ils déclarent qu'ils sont très fréquents dans les chambres de passage et avant d'y accéder, il va falloir passer d'abord des minutes au dehors avec leurs partenaires occasionnelles ; tout ceci à cause de l'affluence. La vie sexuelle débridée (multiples partenaires et non utilisation du préservatif) qu'ils mènent ne leur permet donc pas de faire recours au test de dépistage à cause de la crainte d'un résultat positif.

Il ressort de notre étude que la profession et la décision de se faire dépister au VIH sont liées.

IV.2-Discussion des résultats suivant les obstacles au dépistage du VIH

- Notre étude montre que 70,40% de nos enquêtés présentent un manque de risque perçu d'infection par le VIH, ce qui les rend réticents à la réalisation du test de dépistage.

Sur 1460 participants éligibles, 629 (43%) ont été inclus. Quarante et un pour cent ont été diagnostiqués tardivement et 55% n'avaient jamais subi de test de dépistage du VIH antérieur, le faible risque perçu étant la principale raison de ne pas avoir été testé plus tôt (Deblonde, 2014).

L'étude de Deblonde, Hamers, Callens, Lucas, Barros, Ruutel, et al (2014), vient confirmer nos résultats de recherche dans le sens où un obstacle important au dépistage du VIH est le manque de risque perçu qui découle de l'incapacité d'évaluer les niveaux de risque avec exactitude.

- 55,2% de nos enquêtés sur les 125, pensent que le gêne de discuter du VIH ou le manque de connaissances sur le VIH peuvent les rendre réticents à la réalisation du test de dépistage.

Ainsi, dans leur article, Lorenc, Marrero, Liewellyn, Anggleton, Cooper, Lehmann, et al (2011), ont montré que le manque de connaissances peut également être un facteur en ce qui a trait à l'endroit où se rendre pour un dépistage, ce qui a été décrit comme un obstacle.

En plus, le fait que le patient refuse de subir un test ou n'est pas à l'aise d'en discuter a été cité comme un obstacle dans une étude américaine (Hallmark, Skillicorn, Giordano, Davila, Mcnesse, Rocha, et al, 2014).

Les études menées par ces auteurs rejoignent nos résultats d'étude dans le sens où le gêne de discuter du VIH ou le manque de connaissances sur le VIH peuvent influencer la décision de se faire dépister.

- Dans notre échantillon, sur 125 enquêtés 77,6% pensent que la peur, la stigmatisation et la discrimination peuvent influencer leur désir de se faire dépister au VIH.

Quand les patients craignent que leurs résultats soient positifs, il se peut qu'ils soient moins enclins à demander un test de dépistage du VIH (Prestage, Brown, Keen, 2012).

Les études récentes ont montrée que la peur de la discrimination ou de la stigmatisation par la collectivité a émergé comme constituant un obstacle au test de dépistage du VIH et peut dissuader un patient de faire une demande de dépistage (Iqbal, De Souza, Yudin, 2014).

Les études de ces auteurs, confirment nos résultats de recherche dans le sens où la peur, la stigmatisation et la discrimination amènent les gens à refuser le test de dépistage.

- 52% de nos enquêtés sur les 125, pensent que le fait de résider dans une zone rurale ou une zone éloignée peut être une difficulté à l'accès au test de dépistage, d'où le refus du test.

Il n'est pas aussi facile pour les gens qui vivent dans des zones rurales ou isolées d'accéder à divers tests de dépistage du VIH que pour les habitants de métropoles plus densément peuplées. Des fournisseurs de soins de santé du Mississipi soulignent ainsi que le fait de devoir faire de nombreux kilomètres pour accéder à des services de dépistage est un obstacle pour les patients de leur territoire (Sison, Yolken, Poceta, Mena, Chan, Barnes, et al, 2013).

L'étude de ces auteurs, viennent à point nommé appuyer nos résultats de recherche dans le sens où la difficulté d'accès au test peut influencer aussi le désir de se faire dépister.

- Notre aperçu de la littérature récente confirme l'importance des obstacles relevés dans notre étude pour la réticence au dépistage du VIH : risque pas bien évalué,

gène et manque de connaissances, peur, stigmatisation et discrimination, la difficulté d'accès.

IV.3- Discussion des résultats suivant les facteurs de risque de la transmission du VIH

Bien que la plupart d'entre eux soit célibataires, les enquêtés se montrent réticents au dépistage du VIH/SIDA dans une proportion de (76%). Ils avouent qu'ils ont eu des antécédents personnels dans un passé lointain ou récent qui, pourraient leur avoir occasionné une transmission du VIH par voie sexuelle. Les hommes avouent avoir eu avec d'autres femmes autres que leur (s) épouse (s) des rapports sexuels non protégés. Ils affirment que, parfois même où, les préservatifs étaient utilisés, ils s'éclataient par moment. Ils justifient la non utilisation fréquente par eux-mêmes des préservatifs lors des rapports sexuels par le fait qu'ils n'arrivaient pas à contrôler leur instinct sexuel ou parce qu'ils oubliaient de l'utiliser. Le comportement sexuel du partenaire masculin est le facteur de risque le plus important en ce qui concerne le VIH.

Parmi les 125 enquêtés, 40 sujets (soit 32%) avouent qu'ils ont des antécédents personnels susceptibles de leur causer la transmission du VIH par voie sanguine à travers les contacts fréquents qu'ils ont eu avec du matériel tranchant infecté, ou du sang infecté ceci de façon consciente ou non. Ces personnes affirment que certaines situations les obligent à s'exposer au SIDA parce qu'elles veulent toujours se rajeunir et se faire belles. Pour ce faire elles acceptent parfois, surtout quand elles sont pressées, les services des coiffeurs qui utilisent la même tondeuse pour plusieurs personnes sans la désinfecter, les coiffeuses qui ne prennent pas toujours soin de leurs matériels après utilisation, les tailleurs et vernisseurs d'ongles qui passent de maison en maison pour vous offrir leurs services. Elles acceptent également des scarifications pour se protéger contre les sorciers.

Cinq personnes enquêtées sur les 125 soit (4%) pensent qu'elles sont réticentes au test de dépistage parce qu'elles auraient pu se contaminer lors de l'accouchement ou de l'allaitement de leurs mères infectées.

Par conséquent, les enquêtés qui perçoivent leur risque d'infection par le VIH, comme étant faibles, sont moins susceptibles de subir un test de dépistage du VIH.

Selon Sarah, (2003), VIH est un virus qui se propage silencieusement avant d'apporter la dévastation et, parce qu'il se transmet largement au cours des rapports sexuels, il cible des plus jeunes adultes au moment même où ils entrent dans leurs années les plus productrices ONUSIDA, 2003).

L'apport de Sarah, rejoint nos résultats dans le sens où les facteurs de risque d'infection perçu par le VIH ont une influence sur la décision de se faire dépister au VIH/SIDA.

IV.4- Discussion des résultats des études de cas

IV.4.1- Discussion des résultats de l'illustration n°1

Devant la reconnaissance des céphalées avec diarrhée, l'insomnie totale et l'absence des symptômes franchement sidéens, nous avons du mal à retenir l'hypothèse d'une infection virale.

Devant la crainte des attitudes et croyances de la famille et de la société vis-à vis des PVVIH, nous avons retenu comme diagnostic chez notre patiente, le refus de se faire dépister au VIH.

La réticence de la patiente **X** au test de dépistage du VIH/Sida est la conséquence de l'inexistante jusqu'à nos jours d'un remède pour la maladie. Mieux notre patiente craint les attitudes et croyances de la famille et de la société vis-à-vis du VIH/SIDA. Si après l'entretien que nous avons eu avec elle, elle a accepté de faire le test, mais ne l'a pas fait, cela est certainement dû aux influences socio- culturelles relatives à la probabilité d'un résultat positif.

Selon Ouédraogo, et al (2001), si le recours au test de dépistage du VIH reste faible, c'est bien parce que les gens ont peur des réactions négatives de leur entourage.

Cette étude, vient en renfort à nos résultats..

IV.4.2- Discussion des résultats de l'illustration n°2

Devant la reconnaissance de la manifestation fiévreuse suivie d'une perte de poids et de l'agitation psychomotrice et l'absence des symptômes franchement sidéens, nous avons du mal à retenir l'hypothèse d'une infection virale.

Devant la torture psychologique, la stigmatisation et la discrimination, nous avons retenu comme diagnostic chez notre patient, le refus de se faire dépister au VIH.

Notre patient **K** croît qu'il ne risque pas de contracter le VIH. Il méconnaît aussi la séroconversion et pense que lorsqu'un des conjoints et les descendants sont sains, c'est qu'on est également sain. La torture psychologique et l'instabilité que provoquerait un résultat positif de même que la stigmatisation et la discrimination des PVVIH, l'amène à la réticence au dépistage.

Si après l'entretien, notre patient K a pu refaire le test de dépistage, mais n'est pas revenu chercher son résultat, c'est à cause de la torture psychologique et l'instabilité liée à la mort de ses deux frères suite à une affection non précisée.

Selon l'ONUSIDA (2003), la stigmatisation liée au VIH correspond à ≪… un processus de dévalorisation≫ des PVVIH et le sida, ou associées à cette maladie.

De même, la discrimination renvoie à des actes dont le point de départ est la stigmatisation. La discrimination liée au VIH suit la stigmatisation. La stigmatisation correspond au traitement injuste infligé à une personne du fait d'une séropositivité VIH réelle ou supposée (ONUSIDA, 2003).

Selon l'ONUSIDA (2005), chez les personnes vivant avec le VIH, ce phénomène de stigmatisation peut se manifester par un sentiment de honte, de culpabilité et dévalorisation qui, associé au sentiment d'être en retrait de la société, peut conduire à la dépression, au repli, voire au désir de suicide.

IV.4.3- Discussion des résultats de l'illustration n°3

Devant la reconnaissance des troubles tels que le syndrome grippal avec de la fièvre, le vomissement, la fatigue intense, l'insomnie aigue et l'absence des symptômes franchement sidéens, nous avons du mal à retenir l'hypothèse d'une infection virale.

Devant la perturbation de la dynamique familiale et sociale, les antécédents liés à une transmission du VIH par voie sexuelle, la dépréciation qui résulterait d'un état séropositif, les sentiments d'inquiétude et de culpabilité, la peur, nous avons retenu comme diagnostic chez notre patient, le refus de se faire dépister au VIH.

La réticence de notre patient **U** au test de dépistage est la conséquence des effets d'un résultat positif par rapport à une perturbation de la dynamique familiale et sociale, de même que la dépréciation qui résulterait d'un état séropositif. Plus, notre patient est réticent à la réalisation du test parce qu'il avait des antécédents liés à une transmission par voie sexuelle. Comme sa partenaire sexuelle (la jeune femme veuve) est décédée des suites d'une maladie non élucidée, cela a suscité en lui des sentiments d'inquiétude et de culpabilité. Il pense que tout cela l'amènerait vite à la détresse et à la dépression, voire même la mort prématurée.

Selon Ouédraogo, et al (2001), l'événement le plus vécu par les personnes interrogées est le rejet par la famille de la PVVIH.

Cette étude, confirme nos résultats dans le sens où la simple perturbation de la dynamique familiale peut empêcher la décision à se faire dépister au VIH.

IV.5-Suggestions

Au cours des deux décennies qui se sont écoulées depuis qu'a été diagnostiqué le premier cas de sida, plus de 20 millions de personnes sont mortes de cette maladie et près de 40 millions vivent aujourd'hui avec le VIH. Les femmes, en particulier les

jeunes femmes, sont parmi les plus touchées. Le pourcentage de femmes parmi les personnes séropositives a progressé de façon alarmante. De 41% en 1997, il est passé à près de 50% en 2002. L'aggravation de la misère et des disparités sociales et structurelles sont au nombre des principales causes de vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH (UNESCO, 2004).

Ainsi, au terme de notre étude qui nous a permis d'analyser les facteurs psychologiques de la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH/SIDA, nous nous permettons de suggérer aux autorités de la santé, ce qui suit :

- Multiplier les centres de traitement et de surveillance des PVVIH. Ces centres seront chargés de la surveillance journalière et permanente des patients, munis de leur carnet de santé. Ces centres devraient avoir en plus de leurs personnels de soins, des psychologues cliniciens.
- Œuvrer pour que les services de santé accordent une place prioritaire à la prévention du Sida.
- Faire un programme éducatif à l'endroit des PVVIH. Ce programme sera axé sur les objectifs suivants :
    - Former un certain nombre de PVVIH sur la prévention de l'infection VIH. Ces PVVIH seront recrutées dans différents milieux et auront un grand rôle à jouer dans l'information des populations.
    - Faire la promotion du dépistage volontaire du VIH.
    - Sensibiliser d'avantage les populations.

Compte tenu de la grande paupérisation dans le rang des malades, créer une unité de soutien et d'appui nutritionnel pour diminuer chez ceux-ci la crainte permanente de perdre leur emploi ou de se voir invalide.

Renforcer la capacité des praticiens en psychologie clinique et médicale pour un meilleur suivi psychologique des malades.

Formuler des politiques destinées à améliorer la santé mentale des populations.

Veiller à ce que chacun puisse accéder à des services appropriés et d'un bon rapport coût/efficacité y compris des services de promotion et de prévention en santé mentale.

La prise en charge aurait un impact positif sur le mode de vie des PVVIH.

Il est donc souhaitable que les résultats de ce travail, puissent aider les autorités sanitaires et communales à améliorer la qualité de la prise en charge psychologique, médicale et surtout alimentaire. Les besoins des PVVIH ne se limitent pas à l'accès aux

médicaments et aux soins médicaux. Ils ont besoin entre autres d'un soutien psychologique, social et spirituel. Ce soutien peut atténuer la perception de la relation de causalité inéluctable entre l'infection par le VIH et le décès. Il peut favoriser également une meilleure intégration dans la société. Il faut donc répertorier les facteurs d'épanouissement et de blocage des PVVIH dans la communauté.

Proposer des solutions pour le respect des droits des PVVIH.

Sensibiliser la famille, la communauté sur la mise en pratique des droits des veuves et des orphelins.

Renforcer et soutenir la capacité des relais communautaires, les ONG à caractère socio-éducatif, les unités pédagogiques et des volontaires dans le cadre de la lutte contre le SIDA.

CONCLUSION

Le SIDA demeure un véritable problème de santé publique dans le monde. Malgré les efforts déployés pour vaincre ce fléau, de nouvelles personnes sont infectées par le VIH chaque jour. Les PVVIH présentent des complications psychiatriques, des troubles d'adaptation et affectif, de même que des comportements suicidaires, conséquence du neurotropisme du VIH sur le système nerveux central et du stress psychosocial sévère associé à l'infection (Jose, 1992). Ainsi, les conséquences sanitaires de cette infection au sein de la population en général et en particulier au sein des populations de 18 à 52 ans, nous orientent vers les mesures de lutte appropriée.

A cet effet, nous avons effectué notre stage de fin de formation de licence professionnelle en psychologie au CIPEC de Natitingou, dans le but d'analyser les facteurs psychologiques de la réticence des populations de Natitingou face au dépistage du VIH/SIDA.

Notre étude a pour finalité de contribuer à la réduction de la propagation du VIH/SIDA par le dépistage.

La collecte des données et leur analyse, nous ont permis d'identifier les déterminants de la réticence au dépistage du VIH, des populations de Natitingou, âgées 18 à 52 ans et de décrire les facteurs de risque de la transmission du VIH au sein de ces populations.

Ces résultats nous permettent de confirmer nos hypothèses émises au début de notre étude.

Malgré les insuffisances constatées, notre étude révèle que beaucoup de nos enquêtés sont prêts à faire le dépistage du VIH/SIDA à condition que la prise en charge des PVVIH soit globale.

Nous gardons un excellent souvenir de ce stage, car il constitue désormais une expérience professionnelle valorisante et encourageante pour notre avenir.

Enfin, nous tenons à exprimer notre satisfaction d'avoir travailler dans de bonnes conditions et un environnement agréable.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1-Benkimoun, P. (2009, 22 Décembre). Manto Tsibalala-Msimang, ex-ministre de la santé d'Afrique du Sud. Le Monde. Consulté le 22 Décembre 2009.

2-Benkimoun, P. (2010, 27 Avril). L'Afrique du sud lance un plan ambitieux contre le sida. Le Monde. Consulté le 23 Mai 2010.

3-Bonvalet, P.(2007).Apports et limites des ONG dans la lutte contre le SIDA au Bénin. Dans l'Economie Politique. 4 (36). 21-32.

4-Boudon, R. (2003). Philosopher en sciences sociales. Raison : Bonnes raisons. Paris. Coll. 183p. PUF.

5-Cartoux, M. (1997). Pré-test et acceptabilité du dépistage en consultation prénatale. Dans le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara : aspects médicaux et sociaux. Paris, Karthala. (pp125-126).

6-Coulibaly, D., et al. (1998). Santé : Cahiers d'études et de recherches francophones. (pp234-238).

7-Deblonde, J., Hamers, F., Callens, S., Lucas, R., Barros, H., Ruutel, K., et al. (2014). HIV testing practices as reported by HIV-infected patients four European countries . AIDS Care. 26 (4). 487-496.

8-Desclaux, A. (2003). Introduction : stigmatisation, discrimination, que peut-on attendre d'une approche culturelle ?.Dans UNESCO et ONUSIDA(EDS) VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique. Paris. (pp1-10).

9-EDS (2004). Demographic and Health survev. ORC, Macro, Calverton, Maryland. 323p.

10- Family, H. (2001). Conseil dépistage du VIH en Afrique : cadre stratégique.15p.

11-Hallmark, C., Skillicorn, J., Giordano, T., Davila, J., Mcnesse, M., Rocha, N., et al. (2014). HIV testing implementation in two urban cities : Practice, policy, and perceived barriers. PLOS ONE. 9(10). e 110010.

12-Jamous H. (1969). Sociologie de la décision. Editions CNRS. Paris. 257p. DOI : 10.3917/cnrs jamou.

13- Jose, L. (1992). Représentations psychiatriques de l'infection VIH. Santé mentale au Québec. 17(1). 235-248.

14- INSAE (2016). Effectifs de la population des villages et quartiers de ville du Bénin. (RGPH-4, 2013). 11p.

15- Iqdal, S., De Souza, L., Yudin, M. (2014). Acceptability, predictors and attitudes of canadian women in labour toward point-of-care HIV testing at a single labour and delivery unit. Can J Infect Dis Med Microbiol. 25(4). 401-406.

16-LAKH, N. (1991). Infection HIV dans le groupe des prostituées de cotonou republique du Bénin. (Mémoire de maitrise en santé publique, Université du Bénin). IRSP /24 /91.

17-Laplantine, F. (1996). Anthropologie de la maladie.Paris, Payot. 411p.

18-Lorenc, T., Marrero, I., Liewellyn, A., Anggleton, P., Cooper, C., Lehmann, A., et al. (2011). HIV testing among men who have sex with men (MSM) : Systematic review of qualitative evidence. Health Educ Res. 26(5). 834-846.

19- MANN, J.(1988). SIDA, un problème mondial : Stratégies de lutte : Actioncontre le SIDA. Mémoire n° IRSP-

20- OMS (1992). Rapport d'activité du programme mondial de lutte contre le sida.

21- OMS (1992). Séminaire- Atelier MST/SIDA . Revue des programmes nationnaux de lutte contre le SIDA- Yaoundé.

22- OMS (1998). Rapport de surveillance du SIDA : Bénin-programme national de lutte contre le SIDA. Ctonou.

23- OMS (2011). Le VIH/SIDA en Afrique subsaharienne : le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers l'accès universel.

24-ONUSIDA (2003). Accélérer l'action contre le SIDA en Afrique. Genève-Suisse.

25-ONUSIDA (2005). Stigmatisation, discrimination et violation des droits de l'homme associés au VIH. Genève- Suisse.

26-ONUSIDA (2008). Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne. Revue d'Economie du développement. 1-2 (17). 73-106.

27-Ouédraogo, T., et al. (2011). Infection à VIH et modification des relations sociales. Etude auprès de 188 personnes infectées par le VIH à Ouagadougou. Cahier de santé n°4. Ouagadougou. 4p. www. john libbely-eurotext.fr.

28-PNLS (2005). Revue du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA au Bénin. Version provisoire. 6p.

29- Prestage, G., Brown, G., Keen, P.(2012). Barriers to HIV testing among Australian gay men. Sex Health. 9 (5)- 453-458.

30-Semaille, C., Calvez, M. (2003). Retard aux soins et au dépistage : aspects épidémiologiques et sociologiques. Université Renne II. Acte de la journée mondiale du dépistage.

31- Sison, N., Yolken, A., Poceta, J., Mena, L., Chan, P., Barnes, A., et al. (2013). Health care provider attitudes, pratices, and recommendations for enhancing routine HIV testing and linkage to care in the Mississiopi Delta region. AIDS Patient Care STDS. 27(9). 511-517.

32- Sontag, S. (1993). La maladie comme métaphore : Le sida et ses métaphores. Paris. Christian, Bourgeois Editeur coll. Choix essais. 253p.

33- Talom, J. (2001). Cameroun : Encore un effort. Dans Transverl n°1 des personnes atteintes du VIH au Québec. (pp17-19).

34-Thomas, M., Minart, A. (2009, 23 Juillet). Le sida : Création ? , Invention ? , Accident ?. L'Obs. Consulté le 23 Juillet 2009.

35-UNESCO (1991). Education pour la prévention du VIH.

36-UNESCO (2004). L'Education de qualité pour les filles et les femmes et le VIH/SIDA à l'intention des responsables des politiques d'éducation.

37- Zagare, A., et SOME, J. (2001). Problématique du dépistage volontaire et anonyme du VIH au Burkina-Faso. 56p.

ANNEXE

Questionnaire d'enquête

NB **:** Les informations collectées dans cette enquête sont individuelles et couvertes par le secret professionnel.

I- Identification

1- Age : ----------

2- Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

3- Situation matrimoniale :

Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Abandonné(e) ☐

Séparé(e) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐

Veuf (ve) ☐

4-Religion : Chrétienne ☐ Musulmane ☐

Endogène ☐ Autre ☐

5-Profession ou occupation : ----------

II- Informations Générales

NB **:** Répondez au verso si la place est insuffisante en conservant le numéro d'ordre de la question.

6- Combien de partenaires sexuels avez-vous ?

Un seul ☐ deux ☐ plusieurs ☐

Pourquoi ? ……

7- Connaissez-vous un endroit où se fait le test de dépistage du VIH/SIDA ?

Oui ☐ Non ☐

Si non, pourquoi ? …….

8- Avez-vous déjà fait une fois au moins le test de dépistage du VIH/SIDA ?

Oui ☐ Non ☐

Si non, Pourquoi ? …….

Si oui, quel était votre résultat ?.....

Positif ☐ négatif ☐

9- Serez-vous prêt à faire le test, si vous ne l'avez jamais fait, ou le referiez-vous si vous l'aviez déjà fait une fois ?

Oui ☐ Non ☐

Si non, Pourquoi ? ……..

10- Y a-t-il un intérêt à faire le test de dépistage du VIH/SIDA ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, pourquoi ? .....

Si non, pourquoi ? ……..

11- Avez-vous une fois ressenti le manque de risque perçu d'infection par le VIH ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, comment ? ……

12- Avez-vous le manque de connaissances sur le test de dépistage au VIH, ses avantages ou avez-vous une fois ressenti le gêne de discuter du VIH ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, Pourquoi ? ……

13- Savez-vous qu'il y a une prise en charge psychologique des PVVIH ?

Oui ☐ Non ☐

Si non, pourquoi ? …….

14- La réalisation du test vous rend-elle anxieux ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, Pourquoi ? ……..

III- <u>Vécu psychologique lié à la séropositivité ou à la maladie</u>

15- Pensez-vous qu'un résultat positif au VIH vous torturait et créerait chez vous une instabilité psychologique ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, Pourquoi ? ……

16- Auriez-vous le sentiment d'être déprécié en cas de séropositivité ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, Pourquoi ? …….

17- Eprouverez-vous de la culpabilité en cas de séropositivité ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui, Pourquoi ? …….

Si oui, expliquez la manifestation ……..

18- Eprouverez-vous un sentiment d'angoisse de la mort en cas de la maladie ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui sous quelle (s) forme (s) ?

Obsession funeste ☐ sentiment d'insécurité ☐ peur de mourir ☐

Pourquoi ? ……....

Expliquez la (les) manifestation (s) …….

19- Eprouverez-vous une angoisse liée à la dégradation physique et morale ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui sous quelle (s) forme (s) ? ……..

Perte de la beauté physique ☐

Démotivation et perte des projets d'avenir ☐

Détresse et dépression ☐

Pourquoi ? …….

Expliquez la (les) manifestation (s) …….

IV- <u>Influences socioculturelles et sanitaires liées à la probabilité d'un résultat positif</u>

20- Craignez-vous les attitudes et les croyances religieuses en cas de séropositivité ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui sous quelle (s) forme (s) ?

Discrimination ☐ Stigmatisation ☐ Peur ☐

Perturbation de la dynamique familiale et sociale ☐ Erreurs médicales ☐

Pourquoi ? ……

Expliquez-la (les) manifestation (s) ……

21- Craignez-vous des antécédents liés à un mode de transmission du VIH/SIDA. ?

Oui ☐ Non ☐

Si oui sous quelle (s) forme (s) ?

Voie sexuelle ☐ Voie sanguine ☐

Voie materno-fœtale ☐

Si oui, Pourquoi ?……

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE……..2
DEDICACE…… 3
REMERCIEMENTS……. 4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 5
LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX 6
RESUME…… 7
ABSTRACT……..7
INTRODUCTION…….8
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE 10
I.1-Historique du CIPEC de Natitingou……. 10
I.2- Situation géographique du CIPEC de Natitingou…….11
I.3- Activités descriptives du CIPEC de Natitingou 12
I.4- Ressources du CIPEC de Natitingou……. 12
I.4.1-Ressources matérielles……..12
I.4.2-Ressources humaines……..12
I.5-Activités menées au cours du stage…….13
I.5.1-L'accueil……..13
I.5.2-La consultation……13
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE 14
II.1- Cadre théorique…….. 14
II.1.1- Problématique…….. 14
II.1.1.1- Enoncé du problème et question de recherche 14
II.1.1.2- Objectifs…….. 15
II.1.1.2.1- Objectif général…… 15
II.1.1.2.2- Objectifs spécifiques……. 15
II.1.2- Clarification conceptuelle……15
II.1.3- Revue de la littérature…….. 16

II.1.3.1- Etat de la littérature sur le faible recours au test de dépistage du VIH/SIDA……...16
II.1.3.2- Peur de la vérité et absence de prise en charge adéquate……..18
II.1.4- Théories du complot au sujet du Sida……...22
II.1.4.1- Théorie de la création du virus par les Etats-Unis……22
II.1.4.2- Théorie de remise en cause de la corrélation entre VIH et Sida……23
II.1.4.3- Théorie d'un accident expérimental……...24
II.1.5- Cadre conceptuel ……24
II.1.5.1- Variables et indicateurs……24
II.1.5.1.1- Variable dépendante et indicateurs……24
II.1.5.1.2- Variables indépendantes et indicateurs……..24
II.1.5.2- Explication du cadre conceptuel……25
II.1.5.3- Présentation du cadre conceptuel ……25
II.1.6- Hypothèses……...26
II.1.6.1- Hypothèse générale……26
II.1.6.2- Hypothèses spécifiques……..26
II.2- Cadre méthodologique……. 26
II.2.1- Nature de l'étude……. 26
II.2.2- Population cible…… 26
II.2.3- Echantillonnage……26
II.2.3.1. Techniques de collecte des données……..26
II.2.3.1.1- Phase de sensibilisation……..26
II.2.3.1.2- Pré-test……. 27
II.2.3.1.3- Enquête…….. 27
II.2.3.2- Taille d'échantillon……27
II.2.3.3- Outils de collecte des données…… 26
II.2.3.4-Traitement des données…….. 28
II.2.4- Difficultés……. 28
CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS..... 29
III.1-Catégorisation des enquêtés suivant la connaissance ou non du statut sérologique……...29

III.2-Catégorisation des enquêtés suivant l'adhésion ou non au test de dépistage……..29
III.3- Caractéristiques sociodémographiques 30
III.3.1- Age…….. 30
1II.3.2-Sexe…….. 30
III.3.3- Situation matrimoniale…… 31
III.3.4-Croyance religieuse……. 31
III.3.5- Profession…….. 32
III.4- Catégorisation des enquêtés suivant les obstacles au dépistage du VIH..... 32
III.5-Catégorisation des enquêtés suivant les facteurs de risque de la transmission du VIH……. 33
III.6- Etudes de cas……. 34
III.6.1- Illustration n°1……. 34
III.6.2- Illustration n°2…….. 35
III.6.3- Illustration n°3…….. 36
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS..... 38
IV.1- Discussion des résultats sociodémographiques..... 38
IV.1.1- Discussion des résultats suivant l'âge 38
IV.1.2- Discussion des résultats suivant le sexe 38
IV.1.3- Discussion des résultats suivant la situation matrimoniale 39
IV.1.4- Discussion des résultats suivant la croyance religieuse 39
IV.1.5- Discussion des résultats suivant la profession 40
IV.2-Discussion des résultats suivant les obstacles au dépistage du VIH 40
IV.3- Discussion des résultats suivant les facteurs de risque de la transmission du VIH……. 42
IV.4- Discussion des résultats des études de cas……43
IV.4.1- Discussion des résultats de l'illustration n°1 43
IV.4.2- Discussion des résultats de l'illustration n°2 43
IV.4.3- Discussion des résultats de l'illustration n°3 44

IV.5.-Suggestions…… 44

CONCLUSION……..... 47

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES…….. 48

ANNEXE…… 51