UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

…….

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

……

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

RAPPORT DE STAGE

Sujet :

STRESS ET OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DANS LES COUPLES SERODISCORDANTS DE LA CLINIQUE MEDICALE RACINES DE COTONOU

Réalisé par :

Josiane Sandra N'TCHA

Tuteur de stage :
Dr. Ornheilia ZOUNON
Enseignante-Chercheure au DP/FASHS/UAC
Maître de Conférence des CAMES

Maître de stage :

Mahougnan Richard SOSSOU

Psychologue Clinicien à RACINES

Membre du jury :

Président : Dr. (MA) Michel M MEHINTO

Rapporteur : Dr. (MC) Ornheilia ZOUNON

Examinateur : Dr. Joèl P. KPENOHOUN

Mention **: Très bien**

Soutenu, le 17 Octobre 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE 1

IN MEMORIUM 1

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 5

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACCRONYMES 6

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 10

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 26

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSES ET DISCUSSIONS 30

LIMITES DE LA RECHERCHE 51

RECOMMANDATIONS 51

CONCLUSION 53

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 54

ANNEXES 57

TABLE DES MATIERES 63

IN MEMORIUM

En memoir de mon père N’TCHA M’po Hilaire

DEDICACES

A :

- Ma mère Tiéta N’TIA
- Ma sœur Corine N’TCHA

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail de recherche, c'est un devoir agréable d'exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui ont contribués de loin ou de près à sa réalisation. Qu'ils trouvent ici nos vifs respects et notre profonde gratitude. Une mention particulière :

- Au Dr Ornheilia ZOUNON, Enseignante-Chercheure à l'UAC, notre maître de mémoire pour sa disponibilité, sa patience et la rigueur dont elle a fait preuve au cours de la rédaction de ce document malgré son agenda très chargé ;
- A monsieur Mahougnan SOSSOU notre maître-stage et son collègue monsieur Wilfrid DJOGBENOU, psychologues à la clinique RACINES ; pour avoir partagé leurs connaissances dans la conduite du présent travail ;
- Au Dr Michel MEHINTO, Enseignant-chercheur au département de psychologie, pour ses conseils et soutiens dans le démarrage de notre stage et qui nous a permis d'aller confronter nos connaissances théoriques aux réalités pratiques du terrain par ce stage ;
- A tous les enseignants de la FASHS, particulièrement ceux du Département de Psychologie, qui n'ont ménagé aucun effort pour leur conseils et accompagnements ;
- A monsieur Arsène ADIFFON, directeur général de l'ONG RACINES et madame Hortense HOUSSEIN ; la coordonnatrice pour nous avoir permis de suivre notre stage au sein de la clinique médicale RACINES ;
- A tout le personnel soignants et administratifs de RACINES pour l'affection et la contribution dans l'atteinte de nos objectifs ;
- A tous les camarades de la troisième année de Psychologie (promotion 2020-2021) pour leur collaboration et amitié ;
- A tous les membres des familles N'TCHA, YAKONGOU, KOUAGOU, TASSO GUGEL, SERO-KPERA, TCHEGNON, YTOTA et M'PO N'TAGMAGOU pour leurs soutiens de divers ordres ;
- A tous les membres du jury pour leur disponibilité à examiner le présent travail de recherche. A tous, MERCI !

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

- **Titres des tableaux**

Tableau I : Synthèse des enquêtés suivant la catégorie 30

Tableau II : Synthèse des couples suivant le sexe 30

Tableau III : Synthèse des couples enquêtés suivant le type de foyer 31

Tableau IV : Synthèse des couples enquêtés suivant le groupe religieux 31

Tableau V : Synthèse des couples enquêtés suivant le niveau d'instruction 32

Tableau VI : Synthèse du personnels soignants enquêtés 32

Tableau VII : Synthèse des couples enquêtés suivant la profession 32

Tableau VIII : Synthèse des couples enquêtés suivant le groupe sociolinguistique 33

Tableau IX : Répartition selon le soutien du partenaire dans les couples 44

Tableau X : Répartition selon la peur d'aller au sexe des couples enquêtés 45

- **Titres des figures**

Figure n°1 : Répartition de l'état de stress et du type de stress des couples enquêtés 37

Figure n°2 : Répartition des symptômes de stress chez les couples enquêtés ..... 38 Figure **n°3** : L'influence du stress et l'influence du statut sérologique sur les rapports sexuels

……..... 39

Figure n°4 : Fréquence des rapports sexuels au sein des couples enquêtés 40

Figure n°5 : L'influence de l'observance thérapeutique sur les rapports sexuels au sein des couples enquêtés 43

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACCRONYMES

ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida et les hépatites virales

ARV : Anti Retro Viraux

AS : Assistant Social

CCC : Communication pour le Changement de Comportements

CDC : Centers for Disease Control

CMR : Clinique Médicale RACINES

CNP : Consultation Prénatale

CV : Charge Virale

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAART : Highly Active Antiretroviral Therapy

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IO : Infections Opportunistes

LGBTQ : Lesbiennes Gays Bisexuels Transgenres Queer

MST : Maladies Tropicale Négligée

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations-Unies pour le Sida

PA/VIH : Personnes Affectées par le VIH

PEC **:** Prise En Charge

PrEP : Prophylaxie Pre Exposition

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

PV/VIH : Personnes Vivantes avec le VIH

RACINES : Recherches Actions Communautaires pour un Nouvel Espoir

SIDA : Syndrome de l'Immunodéficience Acquise

SS : Service Social

VD : Visites à domicile

VIH : Virus de l'Immunodéficience Acquise

RESUME

La présente recherche intitulée stress et observance thérapeutique chez les couples sérodiscordants de la clinique médicale RACINES adopte une démarche méthodologique mixte qui s'appuie sur une revue de littérature et les données collectées auprès d'un échantillon de 50 personnes. Un questionnaire a été adressé à 28 partenaires infectés au VIH et des entretiens semi-structurés ont été réalisé avec 10 partenaires séronégatifs et 12 professionnels de santé. Les résultats de cette étude montrent que les couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES subissent des répercussions psychosociales liées à leur état sérologique du fait de la stigmatisation dont ils sont l'objet. Par ailleurs, le stress provoqué par leur statut sérologique n'affecte en rien les relations sexuelles au sein du couple. De même, la nature de l'observance thérapeutique ne détermine pas la stabilité de la vie sexuelle des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES. Face à cette situation il est souhaitable d'encourager le soutien social, notamment des membres de la famille, des amis proches et des groupes de soutien professionnels et communautaires, dans le processus de révélation et de gestion de la séropositivité afin de militer en faveur des mesures préventives contre l'infection à VIH au Bénin.

Mots-clés : VIH/sida, Vécu psychologique, Sexualité, couples sérodiscordants, Cotonou.

ABSTRACT

This research intitled stress and therapeutic compliance among serodiscordant couples from the RACINES Medical Clinic in Cotonou adopts a mixed methodological approach based on a literature review and data collected from a sample of 50 peoples. A questionnaire was sent to 28 HIV-infected partners, and semi-structured interviews were conducted with 10 HIV-negative partners and 12 healthcare professionals. The results of this study show that serodiscordant couples followed up at CM-RACINES suffer psychosocial repercussions linked to their serostatus, due to the stigmatization to which they are subjected. On the other hand, the stress caused by their serostatus has no effect on sexual relations within the couple. Similarly, the nature of adherence to treatment does not determine the stability of the sex lives of serodiscordant couples followed up at CM-RACINES. Faced with this situation, it is desirable to encourage social support, particularly from family members, close friends and professional and community support groups, in the process of disclosure and management of seropositivity, in order to militate in favor of preventive measures against HIV infection in Benin.

Key words : HIV/AIDS, Psychological experience, Sexuality, serodiscordant couples, Cotonou.

INTRODUCTION

Après la quarantaine d'années qui nous séparent des débuts de l'épidémie du VIH/Sida, de nombreuses perceptions continuent de circuler sur la maladie partout dans le monde. Ainsi, grâce aux progrès scientifiques menés depuis la découverte du VIH en 1983 et l'arrivée des trithérapies dans les années 1990, les personnes séropositives sous traitement ne transmettent plus le virus à leurs partenaires et peuvent prétendre à une espérance de vie dite « normale ». C'est alors que l'infection à VIH est désormais à considérer comme toute autre maladie chronique.

Pourtant, malgré cet important changement de paradigme, l'accès au traitement, bien qu'indispensable, ne garantit pas le retour à un état de santé parfait au sens ou l'entend l'organisation mondiale de la santé (OMS)**.** Ce surrisque est associé directement ou indirectement au virus, à son traitement, ou à leurs conditions socio-économiques et/ou habitudes de vie selon World Health Organization (2001).

Par ailleurs, les personnes séropositives subissent diverses des stigmatisations discriminations liées au VIH/SIDA. Cette situation amène à aller au-delà du contrôle du virus lui-même, afin de s'assurer que ceux et celles qui vivent et vieillissent avec ce mal gardent une bonne « qualité de vie ». Les stratégies de prévention ont, dans les premières années de l'épidémie, mis l'accent sur la responsabilité de chacun en matière de protection, quel que soit son statut sérologique. En réalité les interventions étaient de ne pas laisser les personnes atteintes porter seul le poids de la prévention, la volonté de lutter contre leur stigmatisation et de ne pas encourager d'éventuelles stratégies individuelles inappropriées de sélection des partenaires. Ainsi, il appartenait aux médecins, dans le cadre de la relation thérapeutique, d'aborder ces questions avec les patients et aux associations, d'aider les personnes atteintes par l'information et/ou le soutien mutuel. En connaissant une amélioration de leur état physique et en reprenant espoir, les personnes atteintes évoluent aussi dans leur vie affective et sexuelle ; elles peuvent, par exemple, projeter d'avoir et d'élever des enfants avec moins de risque de leur transmettre l'infection et/ou de les laisser orphelins.

En dépit de l'efficacité des traitements sur la réplication virale, le risque de transmettre le virus au cours des relations sexuelles demeure malgré la possibilité du recours aux traitements préventifs post-exposition qui s'intègre aujourd'hui aux moyens d'éviter la contamination par le VIH/SIDA. Des conséquences négatives sur la prévention sont donc à craindre, en particulier si la responsabilité individuelle est modifiée au détriment des personnes

séropositives, qui porteraient seules la charge de la protection de leurs partenaires sexuels. C'est donc pour cela nous avons essayé d'orienter notre recherche sur le VIH/Sida et la vie sexuelle au quotidien des couples sérodiscordants dont l'un des partenaires est infecté et l'autre ne l'est pas ; un grand aspect à intégrer véritablement dans les stratégies de prévention compte tenu de leurs contributions dans la diffusion de cette épidémie dans le monde.

Cette recherche s'articule autour de trois (03) chapitres distincts. Le premier chapitre porte sur le cadre théorique et conceptuel de la recherche ; le deuxième chapitre décrit l'approche méthodologique de la recherche adoptée ; et enfin le troisième chapitre quant à lui expose la présentation des résultats, l'analyse des données obtenues et la discussion des résultats.

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE

Le cadre théorique sert principalement à présenter un cadre d'analyse et à généraliser des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes pour tenter de les appliquer au problème A. Laramée et B. Vallée, (1991).

1.1 Clarification conceptuelle

Notre recherche porte sur le vécu psychologique de la sexualité au sein des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES ; il s'avère donc indispensable de clarifier et préciser les termes employés pour mieux cerner l'enjeu de notre investigation. Ces concepts ne figurent pas tous dans le libellé de notre sujet mais sont nécessaire pour une meilleure compréhension de ce dernier.

1.1.1 Vécu psychologique

Au sens large, le substantif ‘‘vécu’’ est le participe passé masculin singulier du verbe ‘‘vivre’’ qui désigne l'expérience de la vie. Ce terme vécu, en effet, signifie l'expérience réellement ressentie au contact d'un fait, d'un évènement de la vie.

Dans le *Grand Dictionnaire de la psychologie*, le vécu psychologique englobe l'ensemble des pensées, des émotions, de sentiments et estime de soi, que l'on éprouve mais qui n'est pas évidemment le même pour tous, c'est alors l'expérience réellement vécue par quelqu'un en générale.

B. Lamia (2019) souligne que le vécu psychologique chez un enfant est différent de celle de l'adulte par rapport à l'âge, le développement, et la dépendance à l'entourage. Son étude s'est basée sur le vécu psychologique de l'enfant orphelin, sur comment il réagit face à des souvenirs intrusifs, de l'angoisse ou de ne ressentir, en général il se manifeste par la reviviscence, l'évitement ou l'hyperactivité.

Particulièrement dans notre recherche, le vécu psychologique de la sexualité ici, se résume à l'expérience sexuelle vécue par le couple sérodiscordant. Ainsi c'est l'ensemble des effets de stress, d'angoisse, de l'estime de soi que chacun des partenaires mettent en place pour réagir face à la maladie au quotidien et leur vie de couple.

1.1.2 Sexualité

Selon l'OMS (2006), la sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction.

Le Grand Dictionnaire de la psychologie définit la sexualité comme : l'ensemble des phénomènes sexuels ou liés au sexe que l'on peut observer dans le monde des vivants. C'est aussi un ensemble des diverses modalités de la satisfaction sexuelle. Ces nombreuses modalités peuvent être déterminées génétiquement, apprises et, dans tous les cas, fortement modulées par les règles sociales.

Dans les Trois essais sur la théorie de la sexualité, Freud donne une nouvelle définition élargie de la sexualité et fait remonter ses sources à la sexualité infantile. Selon lui, l'enfant est un « pervers polymorphe » pour lequel tout est bon, pourvu qu'il puisse en tirer un plaisir. La sexualité normale et la sexualité perverse de l'adulte découlent toutes deux de cette sexualité infantile. La sexualité humaine est ainsi située dans le champ des perversions. Freud développe par ailleurs une perspective « pansexualiste ». Le sexuel est partout est partout : « la vie est organisée de telle sorte qu'elle est par de tous les processus importants de l'organisme ».

Au total, nous retenons que la sexualité est une partie importante d'un mode de vie sain, et ce, à tout âge même si les besoins sexuels et l'intérêt pour le sexe varient largement d'une personne à l'autre et que la plupart des gens éprouvent du désir sexuel tout le long de la vie. Ainsi l'usage de ce terme dans notre travail prend compte des dimensions psychoaffectives (fantasmes et attitudes, comportements et relations) qui recherche le plaisir charnel et l'accomplissement général de l'individu mais également la dimension biologique de la génitalité.

1.1.3 Stress

D'après le physiologiste S. Hans (1936), le stress est un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque. Il se traduit par le syndrome général d'adaptation. L'effet de stress peut se propager dans l'organisme tout entier et même entraîner la mort avec sécrétion maximale de cortisol. D'où il existe 3 phases dans la réaction au stress : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement.

D'après, le psychologue clinicien A. Mergui (2009) le stress désigne le mécanisme psychologique mis en œuvre par l'organisme pour faire face à une situation particulièrement

éprouvante ou considérée comme telle. C'est un ensemble de réactions de l'organisme lorsque celui-ci est soumis à des contraintes externes. Il peut survenir en réponse à n'importe quel type d'agression, que ce soit une infection. Il peut favoriser des maladies comme la dépression, l'anxiété, des troubles musculosquelettiques, l'insomnie, troubles digestifs, etc. Le stress engendre trois types de symptômes de stress émotionnels, physiques et comportementaux.

Retenons dans le cadre de cette recherche que face au stress, l'individu réagit par la fuite, l'agressivité, ou attend en tension. Le corps réagit contre ce qu'il ressent comme agression ou une pression. Ainsi, la perception que l'on a d'une situation joue un rôle important dans le déclanchement du stress et qu'une situation stressante pour une personne peut ne pas l'être pour une autre, et vice versa ; les causes et l'intensité du stress présentent alors une variabilité individuelle.

1.1.4 L'observance thérapeutique

Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoins pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Quant à E. Sabate (2006), médecin à l'OMS, l'observance thérapeutique permettrait de baisser les dépenses de santé de manière significative, car une meilleure observance diminue le nombre des hospitalisations prolongées, les soins d'urgence ou encore les soins intensifs.

De tout ce qui précède, nous retenons ici dans le cadre de notre étude que, l'observance thérapeutique est l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé variant selon la pathologie, les contraintes du traitement, les facteurs psychosociaux, mais également de la pertinence de la mise en place du suivi, suivant trois composantes à savoirs : l'adhésion au suivi médical.

1.1.5 Couple sérodiscordant :

En général, le terme de sérodiscordance dans le contexte de VIH désigne les relations de nature sexuelles dans lesquelles l'un des partenaires est séropositif et l'autre séronégatif.

Selon la définition du dictionnaire Larousse (2009), se dit des membres d'un couple qui n'ont pas le même état sérologique à l'égard d'un anticorps spécifique ou de la relation entre ces personnes.

1.1 Revue de littérature :

Dans le cadre du présent travail, nous avons eu recours à certains travaux déjà effectués afin de pouvoir faire l'état de la question.

L'étude menée par Nsagha et Elmah en 2015, intitulée *"Evaluating knowledge and attitudes about antiretroviral therapy and adherence of clients on highly active antiretroviral therapy at a regional hospital in Limbe, Cameroon"*, évalue les connaissances et les attitudes concernant la thérapie antirétrovirale et l'observance des clients sous traitement antirétroviral hautement actif (HAART) dans un hôpital régional de Limbe, au Cameroun. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les connaissances des patients sur la thérapie antirétrovirale, leurs attitudes envers le traitement et leur observance au HAART. Les chercheurs ont utilisé des méthodes de recherche quantitatives, en recueillant des données à partir d'un questionnaire structuré rempli par les participants. Les résultats de l'étude ont montré que la connaissance des patients sur la thérapie antirétrovirale était globalement bonne, avec une compréhension adéquate de l'importance de prendre régulièrement les médicaments antirétroviraux. Cependant, certaines lacunes ont été identifiées, notamment en ce qui concerne les effets secondaires des médicaments et les interactions médicamenteuses.

En ce qui concerne les attitudes envers le traitement, la majorité des participants avaient une attitude positive envers le HAART et reconnaissaient son rôle dans la gestion de leur état de santé. Cependant, certains facteurs tels que la stigmatisation, la peur de la divulgation du statut sérologique et les difficultés financières ont été identifiés comme des obstacles potentiels à l'adhésion au traitement. Concernant l'observance au HAART, les résultats ont montré que la majorité des participants se conformaient bien au traitement, en prenant régulièrement leurs médicaments antirétroviraux. Ainsi certains participants ont signalé des difficultés liées à la régularité de la prise des médicaments en raison de facteurs tels que les effets secondaires, les oublis et les contraintes liées au mode de vie.

En conclusion, cette étude met en évidence l'importance de l'évaluation des connaissances, des attitudes et de l'observance des patients mis sous traitement antirétroviral au Cameroun. Les résultats soulignent la nécessité de renforcer l'éducation des patients sur la thérapie antirétrovirale, de prendre en compte les obstacles potentiels à l'adhésion et de mettre en place des interventions de soutien pour améliorer l'observance au HAART. Ces résultats peuvent contribuer à informer les politiques de santé et les programmes visant à améliorer les résultats du traitement antirétroviral au Cameroun.

Ensuite une autre étude est menée par Amole et Uwakwe en 2013, intitulée *"The impact of HIV/AIDS on household vulnerability and the role of social protection : The case of Owerri Municipal, Imo State, Nigeria"*, qui examine l'impact du VIH/SIDA sur la vulnérabilité des ménages et le rôle de la protection sociale dans la ville d'Owerri, État d'Imo, au Nigeria. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer les conséquences socio-économiques du VIH/SIDA sur les ménages et d'explorer le rôle de la protection sociale dans l'atténuation de ces effets. Les chercheurs ont utilisé une méthodologie de recherche qualitative et quantitative, en collectant des données auprès de ménages touchés par le VIH/SIDA à Owerri. Des entretiens en face à face, des questionnaires et des discussions de groupe ont été utilisés pour recueillir des informations sur les impacts du VIH/SIDA sur les revenus, l'éducation, l'accès aux soins de santé et les réseaux de soutien social des ménages.

Les résultats de cette étude ont révélé que le VIH/SIDA avait un impact significatif sur la vulnérabilité des ménages dans la région étudiée. Les ménages touchés par le VIH/SIDA étaient confrontés à des défis tels que la diminution des revenus, l'augmentation des dépenses liées aux soins de santé, la déscolarisation des enfants et la rupture des réseaux de soutien social. L'étude a également montré que la protection sociale jouait un rôle crucial dans l'atténuation de ces effets néfastes du VIH/SIDA. Les programmes de protection sociale, tels que les transferts monétaires, l'accès aux soins de santé et l'éducation, ont été identifiés comme des stratégies efficaces pour réduire la vulnérabilité des ménages touchés par le VIH/SIDA.

En conclusion, cette étude met en évidence l'impact significatif du VIH/SIDA sur la vulnérabilité des ménages à Owerri, au Nigeria, ainsi que le rôle essentiel de la protection sociale dans l'atténuation de ces effets. Les résultats soulignent l'importance de mettre en place des programmes de protection sociale ciblés pour soutenir les ménages touchés par le VIH/SIDA, en fournissant des mesures de soutien économique, d'accès aux soins de santé et d'éducation. Ces résultats peuvent contribuer à l'élaboration de politiques et de programmes visant à réduire les conséquences socio-économiques du VIH/SIDA sur les ménages vulnérables.

Considérant l'étude réalisée par Awiti, Limo et Njuguna en 2014, intitulée *"The influence of social support on utilization of health care services by people living with HIV/AIDS in Nairobi County"*, elle examine l'influence du soutien social sur l'utilisation des services de soins de santé par les personnes vivantes avec le VIH/SIDA dans la communauté de Nairobi, au Kenya.

Les résultats de l'étude ont montré que le soutien social joue un rôle essentiel dans l'utilisation des services de santé par les personnes vivantes avec le VIH/SIDA. Le soutien social a donc été associé à une plus grande probabilité d'utiliser les services de dépistage du VIH, de recevoir des soins médicaux réguliers et de suivre le traitement antirétroviral. Les participants à l'étude ont indiqué que le soutien social, notamment de la famille, des amis, des groupes de soutien et des professionnels de la santé, jouait un rôle crucial pour les encourager à rechercher des soins de santé et à rester engagés dans leur traitement. Le soutien émotionnel, pratique et financier a été identifié comme des formes de soutien social importantes qui ont influencé positivement l'utilisation des services de santé. Cette étude a également mis en évidence certains obstacles qui peuvent entraver l'accès aux soins de santé, tels que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, le manque de ressources financières et les distances géographiques à parcourir pour accéder aux services de santé.

Cette étude souligne l'importance du soutien social dans l'utilisation des services de soins de santé par les personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les résultats mettent en évidence la nécessité de renforcer les réseaux de soutien social, de lutter contre la stigmatisation et la discrimination et d'améliorer l'accessibilité financière et géographique aux services de santé.

De même, explorant l'étude menée par P. M. Gorbach *et al* (2009), intitulée *"Bridging sexual boundaries: Men who have sex with men and women in a street-based sample in Los Angeles".* Nous avons constaté que l'étude examine les comportements sexuels de personnes ayant des relations sexuelles avec des hommes et des femmes dans un échantillon de personnes vivantes dans les rues de Los Angeles. C'étude a été menée dans le but de mieux comprendre les comportements et les dynamiques sexuelles des personnes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires de différents sexes. Les chercheurs ont alors recueilli des données à partir d'entretiens approfondis avec des participants masculins et féminins qui se sont identifiés comme ayant des relations sexuelles avec des hommes et des femmes.

Les résultats de l'étude ont montré que les personnes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et des femmes, souvent appelées "bridgers", et ont des expériences et des motivations sexuelles variées. Certains participants ont décrit leurs relations avec des partenaires de différents sexes comme une forme de diversité et de choix sexuel, tandis que d'autres ont souligné les défis et les pressions sociales associés à ces relations. Il est révélé dans l'étude que les bridgers étaient confrontés à des enjeux particuliers liés à la communication et à la négociation des rapports sexuels, notamment en termes de pratiques de protection et de prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

Certains participants ont signalé des difficultés à discuter de leur statut sérologique ou à négocier l'utilisation du préservatif avec leurs partenaires. Ainsi les résultats de cette étude soulignent l'importance d'une compréhension approfondie des expériences et des comportements sexuels des bridgers, afin de développer des interventions de préventions efficaces pour réduire les risques de transmission du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles.

En résumé, cette étude met en évidence la diversité des expériences et des motivations des personnes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et des femmes. Elle souligne les défis auxquels ces individus sont confrontés en termes de communication et de négociation des pratiques de protections et de préventions des infections sexuellement transmissibles. Les résultats sur cette étude peuvent contribuer à l'élaboration de stratégies de prévention ciblées pour les personnes qui ont des relations sexuelles avec des partenaires de différents sexes.

L'étude de J. M. Serovich (2003) intitulée *"Reasons for HIV Disclosure/non Disclosure in close Relationship : Testing a model of HIV-disclosure decision making"* explore les raisons pour lesquelles les personnes séropositives décident ou non de révéler leur statut sérologique à leur partenaire dans le cadre de relations intimes. En effet, l'objectif de l'étude est de tester un modèle de prise de décision concernant la divulgation du statut VIH. L'auteur a recruté un échantillon de 290 personnes séropositives (hommes et femmes) vivantes aux États-Unis et qui étaient impliquées dans des relations intimes. Les participants ont rempli un questionnaire comprenant des mesures psychologiques et des échelles évaluant les facteurs influençant la décision de divulgation ou de non-divulgation du statut VIH.

Les résultats de l'étude ont montré que plusieurs facteurs influencent la décision de divulgation du statut VIH. Parmi ces facteurs, on retrouve la perception de la gravité de la maladie, la confiance envers le partenaire, la perception de l'importance de la communication dans la relation, la peur du rejet et la croyance en la responsabilité personnelle de divulguer son statut. Cette étude a également révélé que les personnes qui avaient déjà révélé leur statut VIH à un partenaire précédent étaient plus susceptibles de divulguer leur statut à leur partenaire actuel. En revanche, la crainte de la stigmatisation et des conséquences négatives liées à la divulgation du statut VIH a été identifiée comme un obstacle majeur à la divulgation.

Nous pouvons conclure que l'étude de Serovich met en évidence différents facteurs qui influencent la décision de divulgation du statut VIH au sein des relations intimes. Comprendre donc ces facteurs peut aider les professionnels de la santé et les intervenants à élaborer des

interventions appropriées pour soutenir les personnes séropositives dans leur prise de décision concernant la divulgation de leur statut à leur partenaire.

T. L. Weaver et S. Metts (2015) ont également mené une étude intitulée *"Disclosure of HIV status in African American women : Interpersonal and intrapersonal factors associated with decision-making"* dans laquelle ils se focalisent sur les facteurs interpersonnels et intrapersonnels qui influencent la décision de révéler ou non le statut sérologique du VIH chez les femmes afro-américaines vivantes avec le VIH/SIDA à New York City. Cette étude a été réalisée en utilisant une méthodologie qualitative. Les chercheurs ont mené des entretiens approfondis avec 20 femmes afro-américaines vivantes avec le VIH/SIDA, afin de recueillir des données détaillées sur leurs expériences et leurs réflexions concernant la divulgation de leur statut sérologique.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence plusieurs facteurs interpersonnels qui peuvent influencer la décision de révéler ou de ne pas révéler le statut sérologique. Parmi ces facteurs, on retrouve la peur du rejet et de la stigmatisation associées au VIH/SIDA. Les femmes participant à l'étude ont exprimé des inquiétudes quant à l'impact de la divulgation sur leurs relations amoureuses et ont souvent craint d'être jugées ou discriminées en raison de leur statut sérologique. En outre, les pressions exercées par le partenaire ont été identifiées comme une influence importante sur la décision de divulgation. Certaines femmes ont déclaré avoir été encouragées ou forcées par leur partenaire à révéler leur statut sérologique, tandis que d'autres ont été découragées de le faire par crainte de la réaction négative de leur partenaire. De même, il a été révélé des facteurs intrapersonnels qui jouent un rôle dans la décision de divulgation. Les femmes ont exprimé la peur de faire face à la discrimination et à la violation de leur confidentialité en révélant leur statut sérologique. Les croyances culturelles et les normes sociales entourant le VIH/SIDA ont également été identifiées comme des influences importantes.

En analysant les résultats de l'étude, il est apparu que la décision de révéler le statut sérologique est complexe et qu'elle peut varier en fonction du contexte et des relations spécifiques de chaque femme. Les participantes à cette étude ont décrit des stratégies adaptatives de divulgation, telles que la sélection sélective des personnes à qui elles révélaient leur statut sérologique et la prise en compte des réactions potentielles avant de prendre la décision de divulguer. En résumé, cette étude approfondie met en évidence les facteurs interpersonnels et intrapersonnels qui influencent la décision de divulgation du statut sérologique chez les femmes afro-américaines vivantes avec le VIH/SIDA. Ces résultats

contribuent à une meilleure compréhension des défis auxquels ces femmes sont confrontées lorsqu'elles envisagent de divulguer leur statut sérologique, ce qui peut permettre de développer des approches de soutien et d'intervention plus ciblées pour les aider à maintenir des relations saines tout en gérant leur statut sérologique.

Par ailleurs, D. Ciambrone et S. Weitzen (2014) dans leur étude intitulée *"Disclosure of HIV serostatus among African American women living with HIV/AIDS in New York City"* (Révélation du statut sérologique du VIH chez les femmes afro-américaines vivantes avec le VIH/SIDA à New York), examine les facteurs influençant la décision de révéler ou non son statut sérologique du VIH chez les femmes afro-américaines vivantes avec le VIH/SIDA à New York.

L'objectif de cette étude était d'explorer les facteurs intrapersonnels et interpersonnels qui jouent un rôle dans le processus de décision de révélation du statut sérologique du VIH. Les chercheurs ont utilisé une approche qualitative et ont mené des entretiens semi-structurés approfondis avec 20 femmes afro-américaines vivant avec le VIH/SIDA à New York City. Les résultats de l'étude ont montré que la décision de révéler le statut sérologique était complexe et était influencée par plusieurs facteurs. Sur le plan intrapersonnel, les femmes ont exprimé des préoccupations concernant la stigmatisation, la discrimination et la peur de la réaction des autres. La peur de la violence ou de l'abandon par le partenaire était également un facteur important dans la décision de révélation. Sur le plan interpersonnel, les femmes ont abordé les dynamiques de pouvoir au sein des relations, les attentes liées à la confiance et à la communication dans la relation, ainsi que les conséquences potentielles de la révélation sur la relation et la vie quotidienne. Les attentes de soutien émotionnel, de compréhension et d'acceptation de la part du partenaire étaient également des considérations importantes.

Les résultats ont également mis en évidence le rôle crucial du soutien social, notamment des membres de la famille, des amis proches et des groupes de soutien communautaires, dans le processus de révélation et dans la gestion de la séropositivité. En sommes, cette étude souligne l'importance d'une approche holistique dans la compréhension de la décision de révélation du statut sérologique du VIH chez les femmes afro-américaines vivant avec le VIH/SIDA. Les résultats mettent en évidence la nécessité de soutenir ces femmes dans leur prise de décision et de promouvoir des environnements sociaux et relationnels favorables à la révélation et à la gestion de leur séropositivité.

Cependant, l'étude de K. Peltzer et S. Ramlagan (2011) intitulée *"Safer sexual behaviors in agreement with a steady partner and their correlates among MSM in South Africa"*

(Comportements sexuels plus sûrs en accord avec un partenaire stable et leurs corrélats parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes en Afrique du Sud), examine les comportements sexuels plus sûrs et les facteurs associés chez les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) en Afrique du Sud.

L'objectif de l'étude était d'explorer les comportements sexuels plus sûrs adoptés par les HSH en accord avec un partenaire sexuel stable, ainsi que les facteurs sociaux, démographiques et psychosociaux qui influencent ces comportements. Les chercheurs ont recruté 280 HSH âgés de 18 à 60 ans à partir de différentes régions de l'Afrique du Sud. Les participants ont rempli des questionnaires auto-administrés portant sur leurs comportements sexuels, leurs relations entre partenaires et divers facteurs liés à leur vie sexuelle. Les résultats de l'étude ont montré que la majorité des participants (environ 60%) étaient engagés dans une relation stable avec un partenaire sexuel. Parmi ceux-ci, près de la moitié ont déclaré avoir établi un accord mutuel avec leur partenaire pour des comportements sexuels plus sûrs, tels que l'utilisation régulière du préservatif ou la limitation des partenaires sexuels. Les facteurs associés à l'adoption de comportements sexuels plus sûrs en accord avec un partenaire stable comprenaient une plus grande connaissance du VIH/SIDA, des attitudes positives envers l'utilisation du préservatif, des niveaux d'estime de soi plus élevés, un soutien social accru et une perception de contrôle personnel sur les comportements sexuels. En revanche, certains facteurs ont été associés à une diminution de l'adoption de comportements sexuels plus sûrs, tels que des croyances traditionnelles sur la masculinité, des niveaux plus élevés de stigmatisation liée à l'orientation sexuelle et une perception de risque personnel plus faible. Les chercheurs ont conclu que les relations stables et les accords mutuels entre partenaires jouent un rôle important dans la promotion de comportements sexuels plus sûrs parmi les HSH en Afrique du Sud. Ils soulignent alors l'importance de promouvoir l'éducation sur le VIH/SIDA, les compétences en matière de communication et la négociation de comportements sexuels sûrs dans le contexte des relations de couple chez les HSH.

Enfin, l'étude de N.El-Bassel *et al.* (2010) intitulée "*National Institute of Mental Health multisite Eban HIV/STD prevention intervention for African American HIV sérodiscordants couples : A cluster randomized trial"*, s'est intéressée à une intervention de prévention du VIH/IST appelée Eban, qui a été mise en place auprès de couples afro-américains sérodiscordants vivant avec le VIH. Cette étude a été réalisée sous la forme d'un essai randomisé contrôlé, impliquant plusieurs sites de recherche. L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité de l'intervention Eban dans la réduction des comportements sexuels à risque et

dans l'amélioration de l'adhésion aux médicaments antirétroviraux chez les couples sérodiscordants. L'intervention Eban était spécifiquement conçue pour renforcer la communication conjugale, la gestion du stress, la prise de décision partagée et la négociation de rapports sexuels protégés. Elle comprenait des séances individuelles et de groupe, ainsi que des conseils et un soutien pour la communication et la résolution de problèmes au sein du couple.

Les résultats de l'étude ont révélé que les couples qui ont participé à l'intervention Eban ont signalé une réduction significative des comportements sexuels à risque, tels que les rapports sexuels non protégés, par rapport au groupe témoin qui n'a pas reçu l'intervention. En outre, ces couples ont également montré une amélioration de leur adhésion aux médicaments antirétroviraux, ce qui est essentiel pour la gestion du VIH. L'étude a souligné l'importance de l'intervention basée sur la relation et la communication au sein des couples sérodiscordants pour promouvoir des comportements sexuels plus sûrs et une meilleure adhésion aux médicaments antirétroviraux. En se concentrant sur la gestion du stress et la prise de décision partagée, l'intervention Eban a contribué à renforcer les compétences relationnelles et à améliorer la qualité de la communication entre les partenaires. En résumé, cette étude démontre que l'intervention Eban, qui met l'accent sur la communication et la gestion des relations, est efficace pour réduire les comportements sexuels à risque et améliorer l'adhésion aux médicaments antirétroviraux chez les couples afro-américains sérodiscordants vivant avec le VIH. Ces résultats soulignent l'importance des interventions ciblées sur la relation pour prévenir la transmission du VIH et promouvoir la santé des couples sérodiscordants.

1.3 Problématique

L’infection à VIH/Sida a bouleversé la problématique de la santé publique sur plusieurs ordres (psychologique, médical, social, culturel, religieux, économique, etc.) en général et celle de la procréation en particulier depuis son avènement dans le monde ; avec un taux de prévalence de (84,2 millions depuis le pic de 1996). Au-delà des mesures mise en place pour prévenir la transmission du VIH dans la population, de nombreuses stratégies tant mondiales, régionales, que nationales ont été mises en place pour assurer la prise en charge des PV/VIH et malades du sida qui reste encore non maîtrisé (soit 5,9 millions de personnes ne savait pas qu’elles vivaient avec le VIH en 2021) en raison des conditions de vie des populations qui ne parviennent toujours pas à se procurer des soins primaires. Ces insuffisances génèrent multiples conséquences détruisant la vie non seulement de l’individu infecté et de la famille affectée mais celle aussi de la communauté à laquelle appartient cet individu. Cette situation

est davantage chaotique dans les pays du tiers monde, surtout ceux de l'Afrique de l'Ouest et plus précisément dans notre pays le Bénin.

Au Bénin, la politique nationale préconise un test de dépistage volontaire et des sensibilisations périodiques pour toute la population comme moyen pour prévenir la transmission du VIH/SIDA aujourd'hui. Cette politique a permis pour le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH), soit (38,4 millions (33.9 millions – 43.8 millions) d'être misent sous ARV en 2021) ; soit (28.7 millions de personnes ayant accès au traitement selon les statistiques mondiales sur le VIH de l'ONU SIDA en 2022. Ainsi, dans toutes les communes béninoises se trouves des hôpitaux et des centres de santé de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA ; de la transmission Mères-Enfants (PTME) (soit 3335 femmes infectés sur les 468,731 ; soit 95 % ayant bénéficié de dépistage VIH pour leurs suivies en 2018 selon le rapport annuel OMS au BENIN réalisé en 2020). C'est alors qu'avec les progrès thérapeutiques, les taux de mortalité et de morbidité ont considérablement chuté soit 68 % depuis le pic de 2004 et de 52 % depuis 2010.

Cependant beaucoup d'autres besoins naissent au niveau des personnes séropositives à savoir : l'insertion dans le milieu professionnel, la réinsertion dans le milieu social, le besoin de partage et le courage de diffuser l'information à leur partenaires ou famille, le souci de fonder un foyer, le projet de faire des enfants et bien d'autres. Face à cette situation, nous avions remarqué lors des consultations psychologiques et pendant les séances de suivis psycho-thérapeutiques que certains patients qui suivent leur traitement anti-rétro-viraux, formulent le besoin de partager leur statut sérologique à leurs partenaires et puis désirent fonder une famille. Suite à ces constats nous nous demandons de ce qu'il en est pour ceux-là qui ont surpassé leur peur et ont su faire le partage de leur état sérologique avec leurs partenaires respectifs. Mais ces personnes séropositives vivantes en couple rencontrent des difficultés aussi bien thérapeutiques que dans leur vie sentimentale et sexuelle, car très souvent ces personnes fondent en larmes en disant : « *A quoi bon de suivre un traitement pour survivre si l'on a perdu l'amour de sa vie* ? ». Partant de ce fait, nous avions orienté notre sujet de recherche en nous intéressant sur le : vécu psychologique de la sexualité chez les couples sérodiscordants qui suivent leur traitement à la clinique médicale RACINES, un site de prise en charge des personnes vivantes avec le VIH/SIDA. Abondant dans le même sens MILLOGO, A. **(**2019) affirme :

> *« Le VIH ne ferait "**qu'empirer la situation**" ; la culpabilité liée à l'infection par le VIH ; la peur d'être considéré comme "**vagabond sexuelle**" ou coupable de "**son***

infection". *Les personnes infectées par le VIH évitent de communiquer sur la sexualité par ce qu'ils ont le sentiment que leur corps n'attire plus. D'ailleurs, la honte de se savoir infecté par le VIH apparait comme inhibiteur de la sexualité ».*

Nous avions découvert chez les couples sérodiscordants, que la maladie semble plutôt être le ciment du foyer vu qu'ils se battent contre le VIH et les aléas de l'existence humaine au quotidien. Ces derniers composent avec le mal discriminant et stigmatisant ; en faisant face à leurs craintes et angoissent additionnelles. Ainsi compte tenue des efforts que l'Etat béninois, ses partenaires nationaux et internationaux fournissent en matière de santé pour le bien-être des PVVIH et la réduction du taux de nouvelles infections à VIH/Sida dans la population ; il est d'une nécessité pour tous de porter un grand intérêt scientifique à l'endroit des couples sérodiscordants en menant plusieurs études de recherches en sciences sociales afin de limiter la propagation de l'infection dans cette population qui reste très vulnérable vu l'ensemble des risques auxquels elle s'expose.

Pour ce fait, nous sommes évertués à analyser les effets psychologiques du VIH/SIDA sur la sexualité des couples sérodiscordants suivis à la Clinique Médicale RACINES. A travers cette étude, une question de recherche s'impose : comment les partenaires sérodiscordants arrivent-ils à accepter la maladie dans le foyer ? Le problème que pose notre sujet de recherche auquel nous attellerions d'apporter des réponses : quels sont les problèmes psycho-sociaux liés à la sexualité des couples sérodiscordants ?

1.4 Objectifs de recherche :

1.4.1 Objectif général

Analyser les effets psychologiques liés au statut sérologique sur la sexualité des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES.

1.4.2 Objectifs spécifiques :

- Décrire les effets du stress liés à l'état sérologique sur leurs relations sexuelles des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES ;
- Apprécier l'impact de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES ;

1.5 Hypothèses de recherche :

1.5.1 Hypothèse générale

L'état sérologique des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES influence leur vécu psychologique et sexuel.

1.5.2 Hypothèses spécifiques :

- Le stress provoqué par le statut sérologique affecte les relations sexuelles des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES ;
- La nature de l'observance thérapeutique détermine la stabilité de la vie sexuelle des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES ;

1.6 Cadre Théorique :

Les questions se rapportant à la famille, le mariage et la vie en couple ont fait l'objet de plusieurs écrits dans le champ de la « sociologie de la famille ». Elles ont été étudiées par des auteurs classiques et contemporains tels que : E. Durkheim (1888), C. Lévi-Strauss (1949) et A. Girard (1974) dont les travaux portent sur diverses thématiques *: inceste, mariage consanguin, mariage arrangé, mariage d'amour, etc*. Cependant, la sérodiscordance est un concept nouveau, né avec l'épidémie de sida, et n'a pas été d'un grand intérêt pour les sociologues, psychologues, anthropologues et autres spécialistes des sciences humaines et sociales. Nous allons nous appuyer sur les écrits et théories développés dans divers domaines des sciences humaines et sociales qui pourraient nous étayer. Il s'agit notamment de la théorie de la complémentarité et de la similitude ; de la théorie de l'attachement ; et de la théorie objectale. Ces théories sont aussi valables pour les couples discordants d'autant puisqu'ils ne diffèrent pas des couples dits « normaux », en ce qui concerne les critères de sélection matrimoniale.

1.4.1 Théorie de la complémentarité et similitude :

Pour R. Winch (1957), la complémentarité des besoins est essentielle dans la détermination des relations interpersonnelles. En effet, les compléments que les traits personnels de l'autre apportent aux siens sont déterminants dans une relation. Pour les tenants de ce courant, les différences constituent la base de toutes relations interindividuelles. Chacun recherchant chez autrui ce qui lui manque ou attend de l'autre de quoi combler son vide. Le VIH/sida ne peut donc être un obstacle à la formation des unions. Ce qui contredit Schutz, qui pense que les individus recherchent dans une relation ce qui leur ressemble, chacun cherche à tirer

satisfaction de l'autre (théorie de la compatibilité). Dans le même esprit, Festinger (1954) estime qu'il existe chez tout individu une tendance à évaluer ses opinions et attitudes, c'est-à-dire à jauger leur bien-fondé et leur « vertu » afin de se rapprocher des personnes dont les opinions sont plus proches des siennes. Cette recherche de points de repères pour situer ses propres évaluations apparaît comme une recherche de similitude. Festinger cité par Fischer, (1987). T. New Comb (1961) pour sa part observe une réciprocité sur le plan de l'expression des sentiments, des attitudes et des systèmes de valeurs orientés vers l'action. Il en est de même, pour Nuttin (1968) qui estime que dans toute relation interpersonnelle se trouve un jaillissement d'énergie tout naturellement tourné vers l'extérieur Castellan et al., (1977). On comprend aisément que ces théories mettent l'accent sur l'expression des sentiments, attitudes qui sont déterminantes dans la formation du couple que sur la dimension pathologique. Ce qui dans notre étude nous permet d'expliquer ce qui encourage ces couples malgré leur différence sérologique au VIH/SIDA à ne plus avoir peur de se faire infecter dans leur vie de couple.

1.4.2 Théorie de l'attachement :

Ce concept est développé par les précurseurs de la psychologie pour désigner une relation affective qui unit deux individus, à travers la valorisation et l'importance qu'ils ont l'un pour l'autre Maccoby et Masters cité par Fischer, (1987). Pour Bowlby (1985),

> *« L'attachement est une relation sociale instinctuelle qui se réfère, chez l'enfant, à des dispositions innées, lesquelles se mettent en action en réponse à des sollicitudes de la mère à son égard. Ce sont les soins physiques et la sécurité affective qui forment le sous-bassement de la vie sociale. De la qualité des attachements pendant la prime enfance dépendront l'avenir des relations à l'âge adulte, qui pourront être soit introverties soit extraverties. Les relations qui se construisent, se développent et se défont au cours de l'expérience humaine sont fortement marquées par la période de l'enfance ».*

On ne peut douter qu'un individu qui a connu une enfance difficile ou conflictuelle ait une vie relationnelle instable. Pour Fischer, l'attachement est le noyau des relations ultérieures que les individus pourront nouer. En évoquant ici l'attachement, nous voulons mettre en lumière le fait que toute relation intime soit-elle à un sous-bassement psychique. Par conséquent, l'attitude des individus face au VIH et à la sérodiscordance est liée au vécu du sujet, son histoire et ses motivations. D'après cette théorie nous relevons qu'en dépit de la réalité sur les différentes perceptions et du regard négatif qui a été pendant longtemps porté sur les personnes séropositives, on constate encore qu'il existe de la stigmatisation et discrimination à l'endroits de cette population qui aussi est vulnérable mais certaines personnes se basent de

l'affection qu'ils ont et portent aux infectés du VIH/SIDA et surpasse ces idées préconçues depuis son avènement dans le monde et donc se mettent en couple avec les autres par amour.

1.4.3 Théorie objectale :

Elle s'inscrit dans une approche psychanalytique et s'appuie sur les travaux de Freud (1915) et de M. Klein (1920). À partir de la théorie de l'objet, Freud crée une liaison entre la vie amoureuse de l'être adulte et son histoire. À ce concept, Freud ajoute celui de l'étayage et affirme que les pulsions sexuelles sont étayées par les pulsions d'autoconservation. Cette construction théorique explique le fait que les hommes recherchent la femme qui nourrit, et les femmes, le mari qui protège. Un autre aspect évoqué est celui lié à l'objet narcissique. En effet, dans une relation amoureuse, l'énergie pulsionnelle sort du besoin de s'aimer soi-même (narcissisme) pour être transférée sur autrui. En réalité, on aime ce que l'on est soi-même, soit ce que l'on a été ou ce que l'on voudrait être. Cette dimension fantasmatique est très importante dans l'organisation du choix amoureux. Toutefois, S. Freud pense que pour qu'il ait relation entre deux individus, il faut que chacun trouve sur le plan psychologique quelques avantages.

> *« Il ne suffit donc pas que l'un d'eux trouve chez l'autre la représentation de son idéal du moi, il faut encore que cet autre trouve ou bien lui-même chez le premier la représentation de son idéal du moi ou bien alors quelques satisfactions à se faire aimer par un partenaire dont il rechercherait la faiblesse ou la défaillance. »* (S. Freud, 1915).

M. Klein (1920) pour sa part soutient que les relations amoureuses ont leurs fondements dans les situations affectives anciennes. Elle estime que le couple est un lieu favori d'introjection et projection mutuelle par lequel chacun, confronté à ses pulsions de mort, utilise l'autre comme support externe à la fois du bon et du mauvais objet. Néanmoins, pour terminer sur ce volet psychanalytique, rappelons que plusieurs auteurs reconnaissent la vie conjugale comme une forme de défense contre la dépression, la peur de l'anéantissement, la source d'intense plaisir pour certains, nécessaire à la survie pour d'autres.

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

Ce chapitre détaille les méthodes adoptées pour l'échantillonnage, la collecte et le traitement des données de terrain.

2.1 Nature de la recherche

Dans le cadre de notre recherche, nous optons pour une recherche mixte. La démarche qualitative permettra de collecter des données sur les perceptions sociales du VIH/SIDA ; les effets de stress sur les rapports sexuels ; la perception de l'observance et les effets de l'observance sur les rapports sexuels chez les couples sérodiscordants. Quant à la démarche quantitative, elle offrira la possibilité de recueillir des données chiffrées sur le sexe, l'âge, la religion, l'ethnie, le niveau d'instruction et professions, le type de foyer, les typologies du stress lié au VIH Sida et les effets du stress sur les rapports sexuels et les effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles.

2.2 Population cible

Il s'agit d'une étude qui s'est déroulée sur une période de six (06) mois. La population d'étude de cette recherche est constituée des couples sérodiscordants dont l'un des partenaires est infecté mais l'autre ne l'est pas et qui se savent sérodifférents. Les individus de la population cible qui ont acceptés participer à cette recherche sont au nombre de 50 personnes. Parmi eux, des partenaires infectés et non infectés au VIH/SIDA dans les puis des professionnels de la santé.

2.3 Technique d'échantillonnage

La recherche prend en compte les couples sérodiscordants suivis à la clinique médicale RACINES. Ils ont été choisis par les méthodes d'échantillonnage probabiliste (échantillonnage aléatoire simple pour les données quantitatives) et non probabiliste (de commodité et à choix raisonné pour les données qualitatives). Notre étude s'est portée sur 38 couples sérodiscordants dont 28 partenaire infectés et 10 non infectés puis 12 personnels soignants compte tenu de ceux qui sont disponibles pour la collecte des données. Ce choix repose sur des critères d'inclusion et d'exclusion suivant :

2.3.1 Critères d'inclusion

- Être âgé de 20 ans et plus et être en couple ;

- Être dans un couple sérodiscordant et avoir partager son statut sérologique avec son partenaire ;
- Appartenir à la file active (des patients sous ARV) de la clinique médicale RACINES ;
- Être pris en charge par la clinique médicale RACINES depuis une période d'au moins deux ans pour des raisons de fiabilité ;
- Être d'accord de participer à cette étude ;
- Être prestataire et en contact directe et permanente avec les PV/VIH dans l'exercice de sa fonction à la clinique puis une grande expérience dans la prise en charge des PV/VIH d'au moins deux années complètes.

2.3.2 Critères d'exclusion

La présente recherche ne prendra pas en compte les couples séroconcordants (couple dont les deux partenaires sont infectés du virus VIH/SIDA) ; ni même les couples sérodiscordants n'ayant pas encore partagé leur statut sérologique avec leurs partenaires et n'ayant pas l'âge requis, qui ne sont pas suivis dans la clinique médicale RACINES. Dans cette étude, les professionnels n'ayant pas rempli les critères recommandés sont exclus.

2.4 Techniques de collectes des données :

2.4.1 Recherche documentaire

Elle a été primordiale dans la réalisation de ce travail de recherche et a permis d'une part, de formuler la problématique et, d'autre part, de compléter les données collectées au cours de l'enquête en allant à la bibliothèque de l'UAC et celle du département de psychologie. Dans ce cadre, nous avons consulté certains ouvrages et articles scientifiques sur le vécu psychologique et sexuel des couples sérodiscordants de même leurs observances thérapeutiques. Par ailleurs, nous avons exploré des portails web, des articles spécialisés, des rapports de stage et divers mémoires relatifs à notre sujet.

2.5 Outils de collectes des données

2.5.1 Questionnaire

C'est un outil de collecte de données chiffrées ayant la forme d'une série de questions rédigées et préétablies. Il est alors utilisé un questionnaire permettant de collecter plusieurs informations sur le vécu psychologique de la sexualité chez les couples sérodiscordants particulièrement aux partenaires infectés du VIH/SIDA. Il est structuré en partie sur

l'identification des enquêtés et autour des points suivants : des perceptions sociales du VIH Sida, ensuite des effets du stress sur la sexualité puis enfin des effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein de ces couples sérodiscordants.

2.5.2 Entretien semi-structuré

L'entretien semi-structuré a permis de collecter des données qualitatives que nous avions adressé aux partenaires séronégatifs sur leur vécu psychologique de la sexualité au sein des couples sérodiscordants. Les entretiens se sont déroulés autour de l'identification des enquêtés ; des perceptions sociales du VIH Sida, des effets du stress sur la sexualité et des effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein de ces couples sérodiscordants.

Un autre entretien semi-structuré a également été adressé aux professionnels soignants de la clinique qui sont en fonction permanente dans la clinique

2.6. Traitement et analyse des données

Les données de terrain recueillies sont de deux formes. Ces données ont été traité respectivement par le logiciel Excel et par l'analyse de contenu (Word).

2.7 Ethique

Dans le cadre du respect de l'éthique, des dispositions ont été prises afin de veiller au bon déroulement de la recherche suivant plusieurs étapes importantes pour atteindre nos objectifs de manière rigoureuse et systématique. Tout d'abord une lettre de recommandation d'attestation provenant de notre maître mémoire, a été adressée à la Coordonnatrice de l'ONG RACINES afin de justifier notre présence sur le terrain et d'attester de notre crédibilité. Ensuite, une lettre de demande d'autorisation est adressée à l'endroit du Directeur Exécutif de l'ONG RACINES compte tenu de la sensibilité que notre sujet de recherche requiert afin d'obtenir son consentement pour l'enquête de terrain. Enfin, les participants ont été informé des objectifs et méthodes de l'étude nous permettant d'obtenir leurs consentements conformément à l'ensemble des entretiens qui ont été fait dans la plus grande discrétion, avec tout le sérieux et l'anonymat que requiert une recherche scientifique de cette envergure.

2.8 Difficultés éprouvées

Durant cette recherche, il serait bien trop prétentieux de dire que nous n'avions pas rencontré de difficultés durant l'enquête. La première est liée aux ouvrages spécifiques sur le sujet vu

qu'au Bénin des travaux n'ont quasiment pas été réalisé par rapport aux couples sérodiscordants. La difficulté la plus prévisible, s'est avéré être le comportement réservé de quelques personnes enquêtées (partenaires infectés) par rapport aux sollicitations d'interviews qui leur ont été adressées et ce, malgré les dispositions de mise en confiance prise afin de leur administrer le questionnaire, l'outil qui a permis de recueillir des données quantitatives. L'autre a été la stratégie adoptée à l'aide du psychologue de la clinique pour inviter les partenaires séronégatifs à des séances de groupe de parole sur la responsabilisation des hommes dans le traitement et la prise en charge de la famille animé par le psychologue et ses collaborateurs.

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSES ET DISCUSSIONS

3.1. Typologie des acteurs enquêtés

Pour l'atteinte des objectifs de cette étude 3 catégories de personnes ont été interviewées. Le tableau ci-dessous présente le nombre et la catégorie des participants à cette étude.

Catégorie des enquêtés	***Effectifs***	***Pourcentage (en %)***
Partenaires infectés	28	56 %
Partenaires non infectés	10	20 %
Professionnels de santé	12	24 %
Total	**50**	**100** %

Tableau I : Synthèse des enquêtés suivant la catégorie

Source : Données de terrain, 2023

- ***Répartition des couples enquêtés selon le sexe***

Sexe

Catégorie des enquêtés	**Effectifs**	**Pourcentage**
Partenaires infectés		
• *Féminin*	24	85,71 %
• *Masculin*	04	14,29 %
Total	28	100 %
Partenaires non infectés		
• *Féminin*	00	00 %
• *Masculin*	10	100 %
Total	**38**	**100%**

Tableau II : Synthèse des couples enquêtés suivant le sexe

Source : Données de terrain, 2023

L'échantillon de cette étude comprend 38 personnes des deux (02) catégories de couples et répartit suivant le sexe dans le tableau n°2 ci-dessus : Le nombre de partenaires infectés est 28 dont 24 femmes et 04 hommes contrairement aux partenaires non infectés qui sont 10 hommes uniquement. Notons qu'à la clinique RACINES, il y a plus de femmes que d'hommes parmi les partenaires infectés suivis et pris en charge contrairement aux partenaires non infectés parmi les couples sérodiscordants enquêtés.

- ***Répartition par catégories des enquêtés selon l'âge et le milieu de résidence :***

L'âge des couples sérodiscordants enquêtés varient de 28 à 60 ans, l'âge moyen étant de 44ans.

Parmi les partenaires infectés et ceux séronégatifs enquêtés, il y a 30,3 % des couples résidant à la capitale contre 23,9 % vivant en province incluses dans l'étude. Les professionnels soignant résident tous dans la capitale.

- ***Répartition des couples sérodiscordants selon la situation matrimoniale :***

Types de foyers	***Effectifs***	***Pourcentage***
Polygamique	09	23,68 %
Monogamique	29	76,32 %
Total	**38**	**100 %**

Tableau III : Synthèse des couples enquêtés suivant le type de foyer

Source : Données de terrain, 2023

De cette étude sur le vécu psychologique de la sexualité des partenaires infectés et non infectés ; nous notons d'après le tableau n°3 qu'il y a 23,68% issus d'un foyer polygamique et 76,32% d'un foyer monogamique. Il ressort donc que plus de la moitié des couples sérodiscordants suivis à RACINES sortent des foyers monogamiques.

- ***Répartition des couples sérodiscordants selon la religion :***

Religion	***Effectifs***	***Pourcentage***
Musulman	04	10,53 %
Catholique	16	42,10 %
Céleste	01	2,63 %
Vodoun	04	10,53 %
Evangéliques	13	34,21 %
Total	**38**	**100 %**

Tableau IV : Synthèse des couples enquêtés suivant le groupe religieux

Source : Données de terrain, 2023

De la lecture du tableau n°4, les résultats de cette étude montrent un taux élevé (42,10%) des chrétiens catholiques ; (34,21%) des chrétiens évangéliques. Par contre un moyen taux chez les fidèles musulmans (10,53%), et les adeptes du vodoun (10,53%) mais un taux (2,63%) très faible des croyants célestes. Il ressort de cette analyse que dans les couples sérodiscordants pris en charge à la CM-RACINES la religion catholique et évangélique prédominent que les autres dans l'étude.

- ***Répartition des couples sérodiscordants selon le niveau d'instruction***

Niveau d'instruction	*Effectifs*	*Pourcentage*
Primaire	10	26,31 %
Secondaire	18	47,37 %
Supérieur	05	13,16 %
Aucun	05	13,16 %
Total	**38**	**100 %**

Tableau V : Synthèse des couples enquêtés suivant le niveau d'instruction

Source : Données de terrain, 2023

D'après le tableau V portant sur le niveau d'étude des couples sérodiscordants, nous constatons que 26,31% ont un niveau d'instruction primaire, 47,37% ont le niveau secondaire ;13,16% ont un niveau d'étude supérieure et 13,16% non instruits. Il ressort que la majeure partie des couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES sont instruits avec un niveau d'étude secondaire.

- ***Répartition des professionnels de la santé selon le sexe et la fonction :***

Fonction	Aides Soignantes	Gestionnaires de pharmacie	Prescripteurs d'ARV	Nutritionnistes	Consultants d'ETP	Consultants Psychologues	Gestion de données	Médiateurs	**Total**
Sexe									
M	0	0	1	0	0	1	1	0	03
F	2	1	2	1	1	0	0	1	09
Total	2	1	3	1	1	1	1	1	**12**

Tableau VI : Synthèse du personnels soignants enquêtés de la CM-RACINES

Source : Données de terrain,2023

Le tableau n°6 présente 02 aides-soignantes ; 01 pharmacienne ; 03 prescripteurs des ARV ; 01 nutritionniste ; 01 psychologue ; 01 éducatrice thérapeutique ; 01 gestionnaire des données de toute la file active des patients sur le site et 01 médiateur de la cohorte de toute la population générale. Il ressort qu'au total 12 professionnels de la santé dont 09 femmes soit 75% et 03 hommes soit 25% ont été interrogé sur le vécu psychologique de la sexualité des couples sérodiscordants suivis dans la CM-RACINES.

- ***Répartition des couples sérodiscordants selon les professions***

Professions	***Effectifs***	***Pourcentage***
Ménagers	02	5,26 %
Fonctionnaires	06	15,79 %
Revendeurs	15	39,48 %
Artisanats	09	23,68 %
Autres	05	13,16 %
Total	**38**	**100 %**

Tableau VII : Synthèse des couples enquêtés suivant la profession

Source : Données de terrain,2023

Les résultats du tableau n°7 montrent que les partenaires enquêtés au sein des couple sérodiscordants, 39,48% sont des revendeurs ; 23,68% sont des artisans ; 15,79% sont des fonctionnaires d'Etat, 5,26% sont des employés de ménage et 13,16% exercent autre métier en dehors de ceux proposés. Nous constatons donc que la plupart de ces couples sont des revendeurs et artisans.

- ***Répartition des couples sérodiscordants selon le groupe sociolinguistique***

Ethnies	***Effectifs***	***Pourcentage***
Fon	15	39,47 %
Mina	08	21,06 %
Yoruba	04	10,52 %
Adja	03	7,89 %
Goun	02	5,27 %
Autres	06	15,79 %
Total	**38**	**100 %**

Tableau VIII : Synthèse des couples enquêtés suivant le groupe sociolinguistique

Source : Données de terrain, 2023

Les résultats dans le tableau n°8 en rapport aux groupes sociolinguistique des 38 partenaires infectés ou non témoignent que 39,47 % sont Fon ; 21,06 % sont des Mina ; 10,52 % sont des Yorubas ; 7,89 % sont des Adja ; 5,27 % sont des Goun et 15,79 % sont d'autres ethnies. Nous retenons ici que les partenaires des couples sérodiscordants suivis à la clinique médicale RACINES sont en majeure des Fon.

3.1.1 Perceptions sociales du VIH Sida chez les couples sérodiscordants

Des résultats de l'étude nous constatons d'une part que 42,10 % des couples sérodiscordants pensent que le VIH/SIDA est une maladie comme toutes les autres et n'est surtout pas à craindre de nos jours avec les ARV dont les malades bénéficient gratuitement qu'au paravent.

Contrairement à 28,95 % de ces couples qui disent le VIH Sida est une maladie de peur, de honte et de tristesse car stigmatiser, discriminer et rejeter par la société lorsque l'information est divulguée dans son entourage parce que ces derniers n'ont souvent pas la bonne information sur la maladie. Notons qu'il en est de même pour 28,95 % des coules sérodifférents soutenant que c'est un virus sexuellement transmissible d'une personne à une autre mais que grâce à la médecine, il est offert un traitement très efficace pour éviter le stade Sida même de la maladie. Pour eux, il n'y a donc pas de crainte. Car plusieurs personnes vivent avec cette maladie et sont toujours en bonne santé sans aucuns soupçons. Il ressort de cette analyse que les couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES perçoivent différemment le VIH Sida. D'autre part les professionnels de la santé soutiennent que le VIH Sida est une infection chronique qui se transmet par voie sexuelle, par des objets coupants et à la naissance par la voie mère-enfants. Ils pensent que le regard porté est négatif, méprisant, stigmatisant, très frustrant et souvent répressif envers les personnes séropositives. C'est dû à la fausse information que donne la société sur ces personnes mais qu'aujourd'hui ces pressions ont considérablement diminué et que ceux qui ont compris finissent par mieux traiter les porteurs de ce virus. Tenant compte de ces différentes perceptions, des professionnels de la santé soutiennent que les personnes porteuses du VIH Sida sont à considérer comme des êtres à part entière et non comme des êtres à part ; car elles contribuent eux aussi au développement de la société comme tout le monde.

Ainsi, voici quelques propos recueillis des enquêtés pendant les interviews qui témoignent les diverses perceptions sociales du VIH Sida. Un conjoint non infecté, âgé de 35 ans, conducteur administratif, affirme que :

> *« Pour moi cette maladie est comme toute autre car elle ne ravage ni ne sévit plus dans le monde comme avant. De plus un traitement ARV avec observance garantit une longue vie pour le malade. Mais celui qui est mal informé peut considérer une personne séropositive comme un mourant ambulant pire comme des personnes sales, très dangereuses, des démons et même des sous-hommes à bannir de la société. Lorsqu'il y a bonne connaissance, ils sont bien traités, accompagnés et suivis par les médecins, les amis et la famille ».*

Une conjointe infectée de 39 ans témoigne en ces termes :

> *« C'est une maladie qui faisait assez peur il y a longtemps mais aujourd'hui ça va mieux. Malheureusement l'image que les gens ont gardé cette maladie et le regard de la population envers les séropositifs décourage certains à poursuivre le traitement ARV ».*

D'un autre point de vue, la conjointe infectée et âgée de 42 ans et revendeuse confit que :

« Le VIH est une maladie de peur et stressante et beaucoup de gens nous voient comme des personnes sans aucune valeur et utilité, indésirables et coupables d'être souffrant de ce mal. La société nous traite avec assez de mépris et méfiance en nous rejetant parce que plusieurs craignent d'être infecter en nous approchant ou à vouloir partager du plaisir et des loisirs en notre compagnie ».

Lorsque nous prenons l'opinion d'un professionnel de la santé, un homme de 47 ans avec une expérience de 8 ans dans la PEC des personnes vivantes avec le VIH/SIDA ; il affirme que selon lui :

« Le VIH est une infection transmissible à travers divers moyens : la voie sexuelle, la voie sanguine et de la mère à l'enfant. Lorsque rien n'est fait on parvient au stade de la maladie du Sida et cela peut aboutir à la mort. Mais le regard qu'a la société sur les personnes séropositives est en perpétuel changement de par le passé il y a 20 ans de cela où ces derniers n'étaient considéré que comme des vagabonds ou des infidèles avérés. Grâce aux soins ARV et à l'accompagnement fait désormais cela a permis de mettre en confiance ces personnes ».

Allant dans le même sens les propos tirés d'une autre professionnelle de la santé, femme âgée de 52 ans, avec 15 ans d'expériences dans le domaine témoigne que :

« Je pense que c'est une maladie infectieuse et transmissible mais qui tue petitement lorsque rien n'est fait à la découverte. Les PV/VIH sont des personnes valides avec les mêmes potentielles que nous, par contre le manque d'information et de connaissance sur la maladie font que les mots ***''VIH''*** *et* ***''SIDA''*** *sont systématiquement objet de rejet, de discrimination et stigmatisation faisant ainsi isoler ces dernières de la population ».*

3.1.2 Circonstances d'annonce de la séropositivité et durée de l'infection

Parlant de la durée de l'infection chez les couples sérodiscordants, des connaissances sur les voies de transmissions de cette maladie puis de la source de l'annonce d'être des porteurs du VIH/SIDA et parfois de l'origine de leur infection. Nous remarquons que sur la totalité des partenaires infectés et non infectés, 89,29 % connaissent les moyens par lesquelles le VIH se transmet et 10,71 % ne les connaissent pas. De même plus de la moitié soit 71,44 % des partenaires infectés ne savent aucunement la source de leur infection et 28,56 % disent savoir la source de leur infection. La majeure partie atteste que c'est lors d'une consultation prénatale qu'il leur a été annoncé leur état sérologique soit un taux de (57,14%) ; pour d'autre (17,87%) lors d'un bilan de santé ; (10,71 %) sont nés avec la maladie ; (7,14 %) après l'accouchement chez certaines femmes infectés ; (3,57 %) après un don de sang et (3,57 %) pour un dépistage volontaire. Notons également que tous ces couples ont signalé être des porteurs du VIH Sida d'une durée qui varie de 3 à 20 ans au plus. C'est particulièrement le cas d'une conjointe infectée de 49 ans (coiffeuse de profession) qui affirme :

« Je suis porteuse du VIH Sida, il y a 20 ans aujourd'hui, je n'ai aucune idée de comment je l'ai eu, mais c'est à ma première consultation prénatale que la sage-

femme m'a annoncé mon état sérologique. Je connais les moyens de transmission de la maladie à savoirs : les rapports sexuels, à travers les objets coupants et à l'accouchement ».

Le second répondant, homme infecté et âgée de 38 ans, styliste en haute-couture soutien en ces termes :

« J'étais tombé malade il y a 8 ans déjà et à la clinique, il m'a été demandé des analyses médicales pour mon bilan de santé. Les résultats ont révélé que j'étais positif au test du VIH Sida et depuis ce jour je me demande comment je l'ai eu. Je sais très bien qu'il se transmet par les rapports sexuels mais aussi les objets coupants déjà infectés ».

Dernier répondant, homme non infecté et âgé de 38 ans, technicien audio-visuel affirme en ces propos que :

« C'est depuis la naissance que mon épouse est infectée de ce virus et donc suivi et pris en charge à RACINES jusqu'à ce qu'on ne fasse connaissance en 2016, elle se porte très bien grâce à l'accompagnement. Mais il lui arrive de se demander ***''pourquoi elle''*** *car ce n'est du tout facile pour elle. Nous connaissons l'essentiel sur la maladie et ses moyens de contamination ».*

3.1.3 Découverte de la séropositivité et réaction du couple face à la nouvelle lors du partage de statut dans les couples sérodiscordants

A la découverte de l'état sérologique, lors de l'annonce par les professionnels de la santé et du partage de statut entre conjoints, 65,79 % des couples sérodiscordants ont déclaré avoir reçu de choc émotionnel en restant pendant des semaines tristes. Par contre 34,21 % disent qu'après l'annonce de l'information qu'ils refusent ou font le déni des résultats positifs du test de VIH/SIDA mais finissent au bout d'un temps par adhérer en Acceptant la mise sous ARV. Néanmoins ces partenaires rencontrent d'énormes difficultés dans le processus de partage de statut au sein du couple. La plupart d'entre eux attestent avoir souvent très peur de la réaction de l'autre qui n'est pas infecté. Plusieurs ont souvent sollicité l'aide du psychologue, alors que d'autres le font d'eux-mêmes avec assez de courage et courent le risque d'être rejeter, séparer et mal traiter par leurs partenaires dans le couple. Les propos d'une femme infectée âgée de 38 ans confirment ce point de vue *:*

« Quand on m'a annoncé que j'ai le VIH Sida, j'ai été surprise et cela m'a beaucoup bouleversé. Je ne m'attendais pas à une telle nouvelle car j'étais allé pour ma consultation prénatale. Donc vu que j'étais accompagné de mon mari, il a été dépister négatif, en ce moment j'ai demandé qu'on lui informe de mon état car nous n'avons pas de secret entre nous. Il a été très récepteur et compréhensif et depuis lors il me soutient toujours et veille à ma bonne santé ».

Une autre, femme de 42 ans, infecté renchérit :

« J'avais reçu un choc ce jour-là, c'était pas du tout facile. Je me suis senti coupable et me demandais comment le dire à mon mari et quelle sera sa réaction. Heureusement la sage-femme et le psychologue m'ont rassuré qu'ils vont m'accompagner dans le processus de partage de statut. Donc c'était un peu gênant au début de suivre le traitement en cachette. Ensuite après annonce, mon mari a compris et m'a prise dans ses bras puis m'a dit ce jour, chérie je suis là pour toi n'est pas peur ensemble nous resterons plus fort que la maladie ».

Un homme non infecté de 47 ans atteste que :

« Il y a 12 ans de cela que ma femme est infectée de ce virus. Concernant son état je pense qu'au début ça été difficile pour moi de l'accepter. Mais les entretiens avec les psychologues, j'ai fini par comprendre que cela ne dépendait pas d'elle puisque c'est quelqu'un d'autre qui lui a contaminé ».

Partant des points de vue des professionnels de santé de la clinique médicale RACINES ; plusieurs ont confirmé que le partage de statut dans les couples sérodiscordants est une stratégie mise en place pour permettre l'observance thérapeutique car l'idéal est de retrouver les perdus de vu (PDV) ; c'est-à-dire les patients qui ont abandonné leur suivis et traitements médicaux. C'est en générale pour l'épanouissement et soutient mutuel afin de dédramatiser l'infection à VIH Sida au sein du couple. Cependant ils affirment que ce processus de partage de statut n'est souvent pas facile à vivre, parce que pour certains se confier à son partenaire qu'on a le VIH, c'est avouer son infidélité et donc sa trahison envers lui. Par contre d'autres parviennent à le faire malgré la peur de la réaction de l'autre et des diverses violences ou séparations qui pourraient suivre après partage d'information.

3.2. Stress et sexualité chez les couples sérodiscordants suivis à la CM Racines

3.2.1 Typologie et symptômes du stress lié au VIH Sida chez les couples sérodiscordants

Durant l'enquête avec les couples sérodiscordants, nous avions cherché à savoir si ces derniers avaient du stress suite à l'état sérologique des partenaires infectés et surtout à quelle fréquence et quels types de stress ceux-ci vivent dans le couple. Les résultats sont présentés dans la figure.

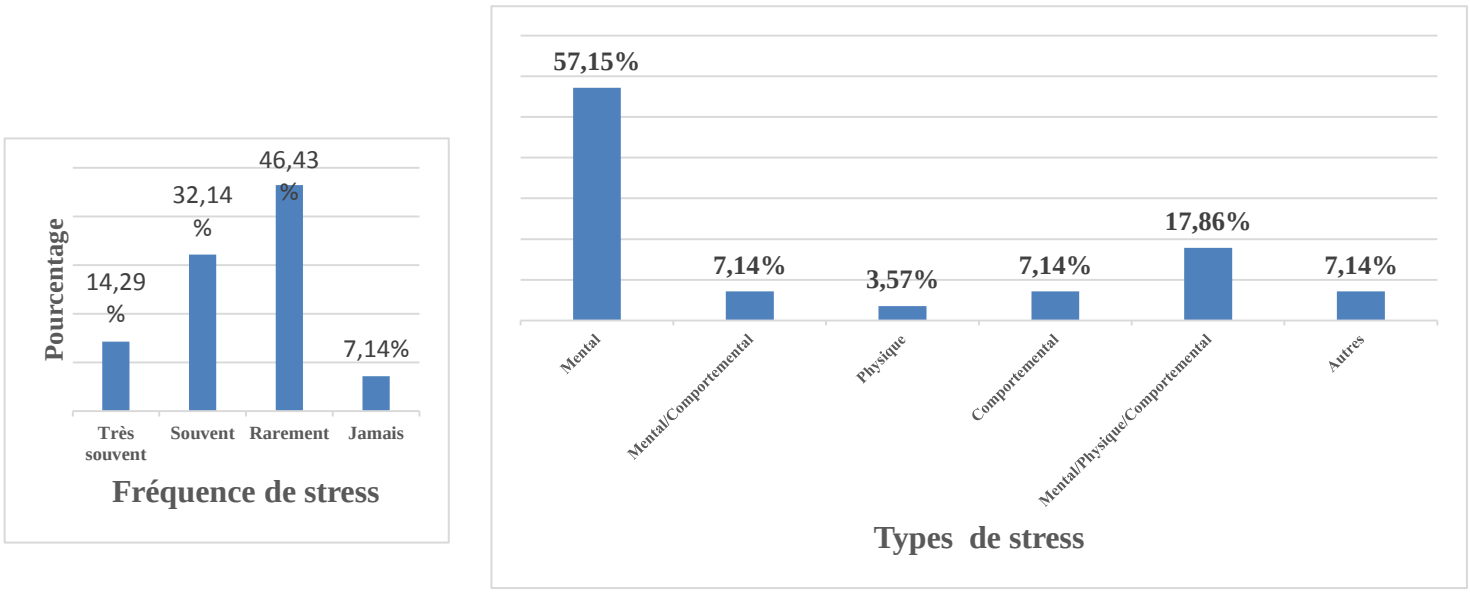

Figure 1 : Répartition de l'état et du type de stress des enquêtés
Source : Données de terrain, 2023

D'après la figure n°1 présentant la fréquence de stress et les types de stress vécu par les partenaires séropositifs, nous constatons d'une part que 46,43% sont rarement stressés, 32,14% sont souvent stressés et 7,14% ne sont jamais stressés. D'autre part, nous voyons que 57,15% disent avoir un stress de type mental 17,86% ont un stress de type mental ; physique ; comportemental et 7,14% ont uniquement de stress mental et comportemental par rapport à 3,57% qui n'ont que le stress physique et 7,14% ayant d'autres types de stress.

Il ressort de cette analyse qu'en comparant les deux, nous pouvons déduit que les partenaires séropositifs ont des facteurs de stress qu'ils ne déclarent pas ouvertement et clairement.

Ainsi, nous avons voulu analyser les symptômes de stress vécu par les couples sérodiscordants, principalement chez les partenaires infectés au VIH/SIDA. La figure ci-dessous montre les résultats obtenus.

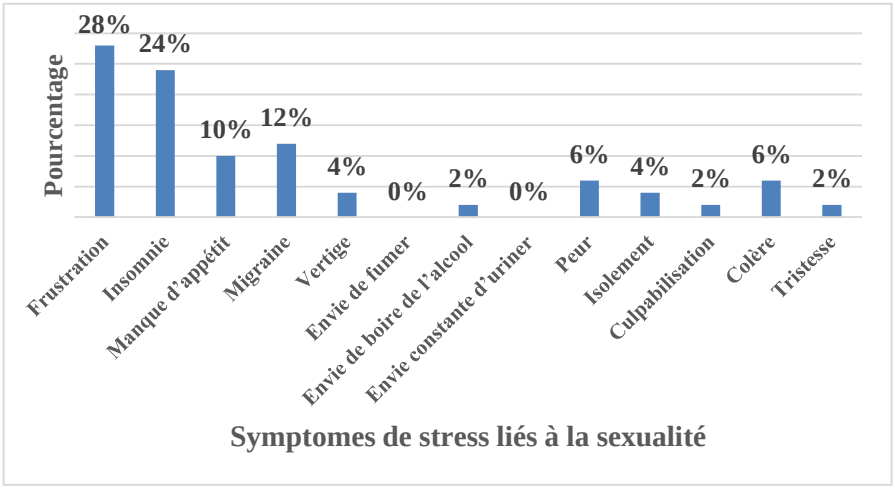

Figure 2 : Répartition des symptômes de stress observé chez les couples enquêtés
Source : Données de terrain, 2023-

D’après la figure n°2 ci-dessus, nous avons un taux élevé de frustration chez les partenaires séropositifs (soit un taux de 28 %) et d’insomnie (soit un taux de 24 %) ; ce qui n’est pas le cas en ce qui concerne la migraine (soit un taux de 12 %) ; le manque d’appétit (soit un taux de 10 %) ; la peur et la colère (soit un taux de 6 %) ; l’isolement et le vertige (soit un taux de 4 %) ; la tristesse, culpabilisation et l’envie de boire de l’alcool (soit un taux de 2 %) ; et enfin l’envie constante de fumer et d’uriner qui n’existent pas chez ces derniers. Des symptômes du stress, il ressort que la frustration, l’insomnie et la migraine restent les raisons les plus pertinents sur le vécu psychologique en lien avec le stress chez les couples sérodiscordants suivis à la clinique médicale RACINES.

Selon les professionnels de la santé, la majorité des couples sérodiscordants traversent fréquemment des épisodes de types et symptômes de stress. IL y en a parmi ces couples ; ceux qui font le déni de la maladie et se disent ne pas être infecter par conséquent refusent de faire le partage à temps. Mais qui finissent plus tard par le faire pour certains, car pour certains croyants fervents ne pas révéler son statut sérologique à son partenaire au foyer revient à lui mentir et tromper. Voici que cela entre en contradiction avec les normes religieuses. D’où la peur constante qui s’installe avec la frustration permanente d’infecter leurs partenaires séronégatifs.

3.2.2 Effets du stress sur les rapports sexuels des couples

Ici, il est question de vérifier les effets des différents états de stress sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants. Ensuite nous voulons comprendre si la différence sérologique de ces derniers à d’impacts sur leurs rapports sexuels au sein du couple.

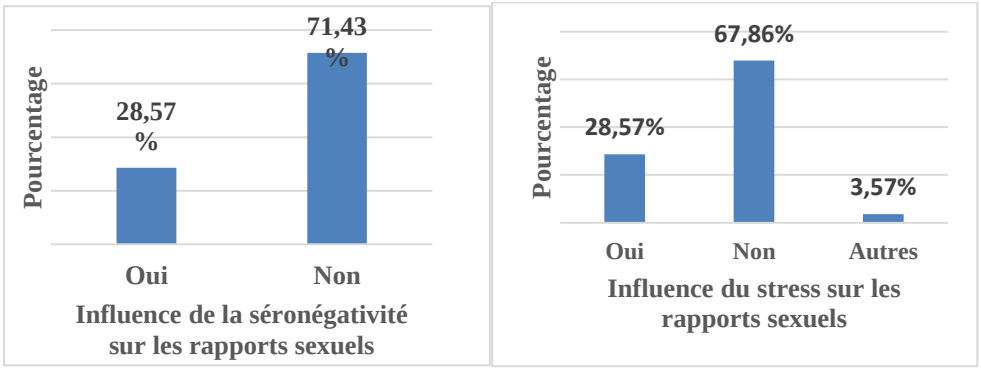

Figure 3 : L’influence du stress sur les rapports sexuels et l’influence du statut du partenaire négatif sur les rapports sexuels

Source : Données de terrain, 2023

D'après la figure n°3 ci-dessus, 71,43 % des partenaires infectés ont répondu que la séro négativité de leur partenaire n'a aucune influence sur les rapports sexuelles ; de même pour 67,86% le stress qu'ils ont d'être porteurs du VIH n'a pas d'influence sur les rapports sexuels dans le couple. On peut conclure que le stress des partenaires infectés et la sérologie négative de leurs partenaires non infectés n'influence en rien leurs rapports sexuels au sein du couple.

La plupart des conjoints infectés au VIH/SIDA ayant déclaré que leur état de stress n'affecte pas leurs rapports sexuels ont avancé plusieurs arguments. A cet effet, une conjointe infectée âgée de 33 ans affirme : « *Non, c'était au début de mon traitement que j'avais souvent peur d'infecter mon mari mais aujourd'hui plus de panique, car j'ai mon traitement ARV qui nous protèges* ». Dans cette même perspective, une autre conjointe infectée de 41 ans renchérit : *« Pas du tout car je suis très observante à mon traitement avec une charge virale (CV) supprimée, par conséquent il y a peu de risque de contamination ».*

Cependant, nous avons recueillis quelques propos des partenaires non infectés des couples sérodiscordants et 100% d'entre eux affirment ne pas avoir de stress. Ils soutiennent que le statut de leurs partenaires infectés n'a aucune influence sur leurs rapports sexuels au sein du couple. En témoignent les propos d'un partenaire séronégatif âgé de 40 ans : « *J'aime beaucoup mon épouse. Je tiens énormément à elle et tant qu'elle restera observante avec une charge virale (CV) indétectable cela me protège sans crainte* ». Il y en est de même d'un autre conjoint non infecté de 48 ans qui explique :

> « *Je ne suis pas trop stressé car j'ai rencontré le psychologue qui m'a éduqué sur la maladie. Je n'ai donc pas de problème avec notre différence sérologique. Cela ne m'embête surtout pas tant qu'elle prend correctement ses médicaments ARV ».*

Les personnels soignants expliquent à ce niveau qu'au sein des couples sérodiscordants suivis à RACINES, la difficulté majeure qu'ils rencontre est psychologique et ce vécu conduit pour une minorité de ces couples au divorce, car estimant la problématique d'abandon des relations sexuels dans le foyer. Par contre pour la plupart il n'y a aucun changement de comportement après partage de statut.

3.2.3 Fréquence des rapports sexuels depuis le partage de statut

Au-delà de l'influence du statut sérologique et du stress des couples sérodiscordants sur les rapports sexuels, nous avons vérifié si cette influence a un impact sur la fréquence des relations sexuelles au sein de ces couples. Ainsi, pour les professionnels de santé avant le partage de statut il y a désirs et attirance réciproque des deux partenaires pour la majorité des couples sérodiscordants mais une fois que le partage est fait ce n'est plus le cas pour

quelques-uns d'entre eux. Ces réactions viennent soit chez les partenaires infectés ; soit chez les partenaires séronégatifs.

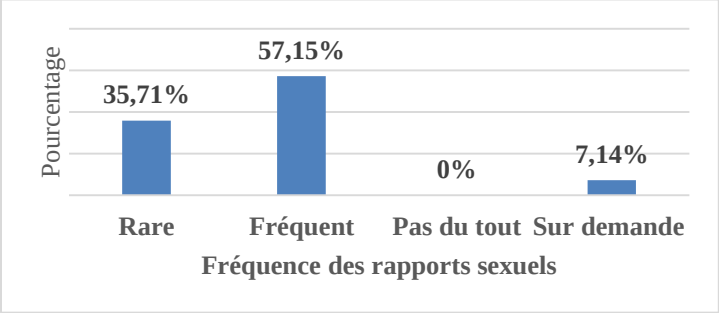

Figure 4 : Fréquence des rapports sexuels au sein des couples enquêtés

Source : Données de terrain, 2023

Il ressort de la lecture de la figure ci-dessus que plus de la moitié des couples enquêtés (57,15%), ont une sexualité normale donc fréquente, tandis que 35,71% ont rarement des rapports sexuels et 7,14% entretiennent des rapports sexuels sur demande. Ainsi, le statut sérologique discordant chez les couples enquêtés n'a pas d'influence sur la fréquence de leurs rapports sexuels. Pendant nos interviews avec les partenaires infectés ou non des couples sérodiscordants, nous avons quelques propos en rapport à la fréquence des rapports sexuels dans le couple à savoirs :

Une conjointe infecté âgé de 33 ans, revendeuse témoigne que :

> *« Depuis que j'ai fait le partage de statut avec mon mari, je suis soulagé de ma frustration. Car avant ça j'étais un peu souvent gêné de lui faire l'amour mais actuellement plus de panique. Nous faisons presque tout le temps les rapports sexuels sans encourir de risque de contamination car je prends correctement mon traitement ARV ».*

Un conjoint non infecté de 40 ans, polygame affirme que :

> *« Depuis 2017 lors de la consultation prénatale de mon épouse, on m'a annoncé qu'elle était infectée du VIH mais cela ne m'a pas stressé. Ma vie sexuelle avec elle n'a pas du tout changé, je la désire comme je le fais avec ses coépouses ».*

3.2.4 Usage du préservatif au cours des rapports sexuels dans les couples sérodiscordants

Nous avons interrogé aussi les couples sérodiscordants sur leurs différentes pratiques ou habitudes sexuelles en rapport à la fréquence de l'utilisation de préservatifs avant et après le partage de statut avec leurs partenaires dans le couple. La majorité affirme soit (67,86 %) ne pas adopter le port de préservatifs avant et après le partage de l'information sur leur état

sérologique. D'autres disent qu'ils utilisent très rarement le préservatif une fois qu'ils partagent leur statut soit (25 %) mais certains exigent le port du préservatif lors des rapports sexuels (7,14 %), car ils ont peur d'infecter leurs partenaires ou de se faire surinfecter des autres infections opportunistes (IO). De même, le personnel soignant atteste que certains couples n'adoptent pas le préservatif souvent car ils font confiance aux traitements de leurs partenaires mais pour d'autres l'utilisation du préservatif est très régulière sauf en cas de désir d'enfanter aussi le choc psychologique vécu fait source de démotivation de la libido chez ces derniers.

Voici des propos qui viennent en appuis. Il s'agit d'une conjointe infectée de 30 ans qui soutien *: « mon époux n'aime pas le préservatif même avant le partage de statut et quand il l'a su il refuse toujours tant que je prends correctement mes médicament ARV ».*

Une conjointe infectée de 43 ans affirme *:*

> *« Avant que je lui informe de mon état j'exigeais souvent qu'on se protège et ce n'était pas facile de lui expliquer les raisons. Mais par la suite tout va bien, nous n'avions plus peur car je suis très observante avec ma charge virale supprimée grâce à son soutien au quotidien ».*

Une autre femme séropositive de 30 ans souligne que :

> *« Malgré que j'aie ma charge virale indétectable et que mon mari m'aime tel que je suis, j'ai tout le temps la peur qu'il soit infecter par ma faute donc je lui exige le préservatif pendant nos rapports sexuels ».*

Un conjoint non infecté âgé de 52 ans déclare que :

> *« J'ai toujours eu envie de faire l'amour à femme même depuis que je sais qu'elle est infectée à ce jour. Et nous n'avions pas l'habitude d'utiliser le préservatif car nous l'aimons pas et je m'assure qu'elle reste bien observante au traitement ARV. Même s'il arrivait qu'elle ne le respecte pas, il existe aujourd'hui de la PrEP pour les partenaires séronégatifs ».*

3.3 Observance et sexualité chez les couples sérodiscordants suivis à la CM Racines

3.3.1 Connaissances sur l'observance thérapeutique des couples sérodiscordants.

La recherche révèle que plusieurs couples sont bien éduqués sur le traitement ARV. Ils connaissent bien ce qu'est observance à travers les séances d'éducation thérapeutique et de consultations psychologiques qu'ils bénéficient tous régulièrement compte tenu de leur prise en charge dans la clinique médicale RACINES. Les agents de santé soulignent que l'observance améliore la pleine santé de la personne séropositive, contrairement à l'inobservance qui détruit l'immunité et conduit à la phase de la maladie du Sida par conséquent au risque de contamination de son partenaire non infecté au VIH/SIDA et peut-

être à la mort. Car il n'existe pas de risques zéro d'infection mais ces risques sont minimes, c'est pour cette raison que les couples sérodiscordants suivent régulièrement les différentes consultations à savoirs médicales, sociales, nutrition, d'éducations thérapeutiques et psychologiques.

3.3.2 Prise rigoureuse et régulière des ARV

Les résultats de cette étude montrent que 96,43 % des couples sérodiscordants suivent bien leur traitement ARV avec une grande facilité de la prise régulière de leur médicaments ARV et sont toujours présent à leur différent rendez-vous en respectant les consignes et consignes des professionnels de santé. Par contre, 3,87 % ne respectent pas cela car estiment ne pas être habitué aux ARV vu la grosseur du médicament et que c'est difficile pour eux de gérer une prise rigoureuse et régulière de comprimés sur une même heure. Mais lorsqu'ils oublient leurs partenaires le leur rappel souvent.

3.3.3 Effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants.

100 % des partenaires dans ces couples ont une bonne notion sur l'importance de la bonne observance au soins thérapeutiques. Cette observance aurait-elle un impact sur la tenue des relations sexuelles au sein de ceux-ci. La figure ci-dessous nous le montre.

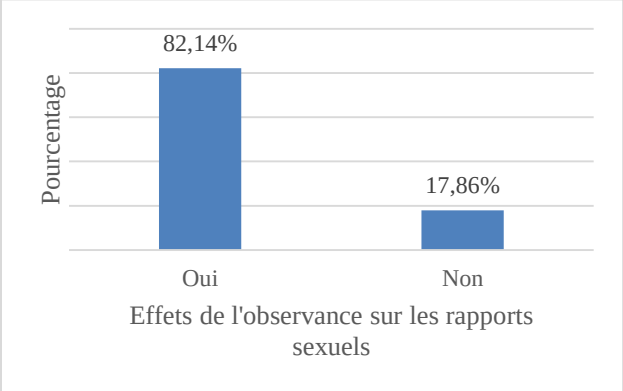

Figure 5 : Effets de l'observance thérapeutique sur les rapports sexuels

Source : Données de terrain, 2023

Il ressort de la figure n°5 que la plupart des partenaires infectés soit 23 trouve que leur observance au traitement ARV influence favorablement la tenue des rapports sexuels au sein du couple tandis que 5 pensent le contraire. Il en est de même pour les conjoints séronégatifs. On peut donc déduire que l'observance thérapeutique a d'influence sur les rapports sexuels dans les couples sérodiscordants.

Une conjointe de 34 ans infectée répond sur la question de savoir votre observance thérapeutique détermine-t-elle vos rapports sexuels avec votre partenaire ? que : *« je suis restée très observante pendant des années, et avec ça mon mari ne court aucun danger de se faire infecter. Donc oui cela nous encourage à faire l'amour fréquemment sans crainte ».*

Un conjoint de 50 ans séronégatif soutien à la même question que : *« Je n'ai pas de soucis avec l'observance de mon épouse car je m'assure qu'elle respecte les consignes des médecins. Elle a fini par supprimée sa charge virale et aujourd'hui je ne cours aucun risque de contamination ».*

C'est dans le même sens les professionnels de la santé affirment que l'observance thérapeutique des couples sérodiscordants est très capitale et important dans leur prise en charge. Cela les évitera des risques d'infections et de surinfections pour contribuer à améliorer leurs relations sexuelles au sein du couple. Surtout lorsque les partenaires infectés au VIH/Sida restent véritablement observant à leur traitement aux ARV.

3.3.4 Soutien des partenaires séronégatifs sur l'observance au sein des couples sérodiscordants

Nous avons vérifié si les partenaires infectés dans les couples sérodiscordants obtiennent de soutien de toute sorte venant de leurs conjoints et conjointes. Le tableau ci-dessous présente les résultats.

Soutien du conjoint dans la prise régulière des ARV	*Effectifs*	*Pourcentage*
Oui	22	78,57
Non	06	21,43%
Total	**28**	**100%**

Tableau IX : Répartition des données selon le soutient du conjoint dans la prise régulière des ARV

Source : Données de terrain, 2023

A partir du tableau ci-dessus, nous nous rendons compte que grand nombre des conjoints infectés 22 soit 78,57 % ont répondus affirmatif à la question « Avez-vous du soutien de votre conjoint par rapport à la prise de vos ARV ? » tandis que seulement 6 soit 21,43 % ont répondus « non ». Les résultats montrent que la plupart des conjoints infectés dans les couples sérodiscordants suivis à la CM RACINES bénéficient d'un soutient venant de leurs

partenaires sains en ce qui concerne la prise de leurs traitements ARV. Ainsi, le soutien dont ils bénéficient auprès de leurs partenaires favorise du part la bonne observance.

Cependant, les agents de santé affirment également que dans la majeure partie des couples dont la discordance est bien connue entre eux, les partenaires infectés obtiennent le soutien de tout genre (RDV, prise des ARV, accompagnement aux consultations) de la part de leurs partenaires non infectés. Lorsque le processus de partage de statut est réussi, c'est la stabilité dans le cas contraire, il peut y avoir des malentendus et tensions tous les jours au sein du couple surtout pour des cas de mauvaise observance chez ces derniers.

3.3.5 Peur d'entretenir des rapports sexuels au sein des couples sérodiscordants

Il s'agit à ce niveau de vérifier si au sein des couples sérodiscordants la nature de l'observance thérapeutique favorise ou empêche d'entretenir des relations sexuelles avec leur partenaire du couple. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Peur d'aller au sexe	*Effectifs*	*Pourcentage*
Oui	16	57,15%
Non	12	42,85%
Total	**28**	**100%**

Tableau X : Répartition selon la peur d'aller au sexe des couples enquêtés

Source : Données de terrain, 2023

Le tableau X ci-dessus montre que sur les 28 partenaires infectés enquêtés 16 d'entres eux soit un taux de 57,15 % déclarent qu'ils ont peur d'entretenir des rapports sexuels dans leur couple tandis que les 12 autres soit un taux de 42,85 % ont répondu qu'ils n'ont pas peur d'aller au sexe au sein de leur couple. D'après les informations recuellies du tableau ci-dessus, on peut convclure qu'un peu plus de la moitié des partenaires infectés suivis à la clinique médicale RACINES ont affirmé qu'il leur arrive souvent d'avoir peur d'aller au sexe au risque d'infecter leurs compagnons au sein de leur couple. Il ressort donc que malgré la bonne observance thérapeutique des partenaires infectés, certains paniques toujours d'entretenir des relations intimes et sexuelles avec leurs partenaires dans le couple pour éviter tous risques de les infecter.

Un homme non infecté de 41 ans souligne que *:*

« La bonne observance de mon épouse nous garantisse une sexualité saine et donc sans aucune peur d'infection, si ce n'est qu'elle qui continue d'avoir peur de faire l'amour avec moi au risque de m'infecter malgré tout ».

Un conjoint infecté de 36 ans soutien en ces termes *:*

« Si je suis observant à mon traitement ARV, c'est en partie grâce à ma femme qui me rappel toujours lorsqu'il sonne l'heure de boire mes médicaments. Malgré cela il m'arrive quelques fois d'avoir peur d'aller au sexe au risque d'infecter ma femme. Du coup je me réserve d'entretenir des relations intimes régulièrement avec elle ; quand bien-même elle, m'a rassuré de la confiance à porter aux soins médicaux ».

Une conjointe infectée de 30 ans témoigne que : *« Depuis que je suis malade j'ai toujours peur d'aller au sexe avec mon homme et lui-même il lui arrive d'avoir peur que je l'infecte malgré que savons pertinemment que je suis correctement mon traitement ».*

3.4. DISCUSSIONS

3.4.1 Perceptions sociales du VIH Sida chez les couples sérodiscordants

L'analyse des données révèle que les couples sérodiscordants ayant partagé leur statut sérologique et suivis régulièrement à la clinique RACINES ont une bonne compréhension de la notion du VIH/SIDA. Nous remarquons que le VIH/Sida est de plus en plus considéré comme une maladie chronique pas différente d'autres qui requiert un traitement continu. Très peu de personnes la dramatise de nos jours et ont un regard condamnatif sur les porteurs de ce virus. C'est le cas chez les couples sérodiscordants enquêtés qui malgré leur différence sérologique intègrent des dimensions plus complexes qui vont au-delà de la maladie par des mécanismes de défense. Ces derniers développent des comportements et attitudes actionnant sur la diffusion et la prévention du VIH/SIDA. Pour eux, le regard négatif porté sur les séropositifs est dû à la fausse information et la diffusion de leur statut sérologique qui n'est toujours pas chose facile à faire surtout lorsque la personne en face n'a aucune connaissance de cette maladie. Selon les données recueillies pendant l'enquête de terrain, notons que sur un échantillon de trente-huit (38) couples sérodiscordants, 42,10 % perçoivent le VIH Sida comme une maladie sans crainte avec l'avènement des trithérapies antirétrovirales (ARV) dont les malades bénéficient régulièrement. Contrairement à 28,95 % qui estiment que les porteurs de cette maladie restent vulnérables car stigmatisés et parfois victimes de violences et rejets dans la société. Ainsi que pour 28,95 % restant qui pensent que c'est un virus transmissible par divers moyens autres que la voie sexuelle comme le croient les ignorants mais qui pourrait réduire plus rapidement une durée d'espérance de vie si rien n'est fait lorsqu'il est découvert chez une personne. Ce point de vue est soutenu par L. Kanati (2011) en ces termes :

« *Le virus du VIH peut se transmettre par trois types de voies : par relations sexuelles, de la mère à l'enfant (au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement), ou par la voie sanguine (transfusions, acte invasif avec un objet ayant été en contact avec du sang infecté)* ».

Cependant, le partage du statut sérologique par les patients (VIH/SIDA) avec leurs proches provoque une dégradation sociale dans deux dimensions différentes. La première concerne le préjugé que le sida engendre et les situations de discrimination voire d'exclusion, que les malades affrontent dans leur vie quotidienne. Pendant la découverte de la séropositivité 65,79 % des couples ont déclaré avoir reçu de choc émotionnel en restant pendant des semaines tristes. Par contre 34,21 % disent qu'après l'annonce qu'ils refusent ou font le déni des résultats positifs du test de VIH/SIDA mais finissent au bout d'un temps par adhérer en Acceptant la mise sous ARV. Le même pourcentage est noté durant le processus de partage de statut, dont 65,79 % attestent avoirs trop de peur d'annoncer leur séropositivité à leurs partenaires au sein du couple. Souvent ces derniers sollicitent l'aide du psychologue et 34,21 % le fond d'eux-mêmes avec assez de courage et courent le risque d'être rejeter, séparer et mal traiter par leurs partenaires dans le couple. De cette situation est soulevée la question du stigmate comme facteur de dégradation sociale et personnelle. Selon E. Goffman (1975), le terme stigmate sert à désigner un attribut qui afflige la personne, mais c'est en termes de relations qu'il convient de parler quand il est question de stigmate (crainte, méfiance). C'est un fait que le secret, comme l'affirme G. Simmel (1991), est nécessaire pour la vie en société et pour la vie privée de la personne. Certains malades gardent le secret de leur séropositivité et de leur mise sous traitement ARV car ils estiment que la reconnaissance et l'image que les autres avaient d'eux ne correspondent plus à leur état présent. Une étude réalisée en 2015 par le Kenya AIDS Vaccine Initiative (KAV) sur les facteurs qui influencent la divulgation du statut séropositif au Kenya a révélé que les facteurs les plus importants influençant sont la confiance en soi, le soutien social et la connaissance du VIH. Une autre étude réalisée en 2017 par l'Université de Nairobi a révélé que la divulgation du statut séropositif au Kenya peut avoir des conséquences positives, telles qu'une amélioration de la santé mentale, une meilleure qualité de vie et une plus grande résilience. Cependant, la divulgation du statut séropositif peut également avoir des conséquences négatives, telles que la stigmatisation, la discrimination et la violence.

3.4.2 Typologie du stress lié au VIH Sida chez les couples sérodiscordants

Les partenaires séropositifs ont des facteurs de stress qu'ils ne déclarent pas ouvertement et clairement suite aux résultats obtenu en rapport avec la fréquence de stress et les types de

stress observés chez les couples sérodiscordants de la cliniques médicale RACINES. Ainsi, il est constaté que 57,15% disent avoir un stress de type mental, 17,86% ont un stress de type mental ; physique ; comportemental et 7,14% ont un stress physique et mental. Nous avons analysé alors les symptômes de stress vécu par ces couples, principalement chez les partenaires infectés au VIH/SIDA, il ressort que la frustration (28%), l'insomnie (24%) et la migraine (12%) restent les symptômes de stress les plus pertinents chez les couples sérodiscordants suivis à la clinique médicale RACINES. Cependant l'attitude de discrimination et de stigmatisation des proches parents et des amis dans cette période de la vie est vécue de façon difficile par les personnes infectées du VIH/sida. L'image de « soi » est souvent perçue comme dangereuse parce que contaminé et contaminant ; la peur liée au danger que représente son propre corps augmente au fur et à mesure que l'état de santé et l'état physique se dégradent. L'association du VIH/sida à la mort est encore bien présente dans les représentations de certains partenaires séropositifs même sous traitement, cet état d'esprit affecte beaucoup plus les patients en attente du traitement. C'est la période à laquelle les personnes infectées par le VIH/sida sont confrontées à des crises anxio-dépressives. Par ailleurs V. D. Meer et al (2016) ont trouvé que les couples sérodiscordants sont plus susceptibles de vivre du stress que les couples séroconcordants. Le stress peut être causer par un certain nombre de facteurs, tels que la peur de la transmission du VIH, la peur de la discrimination, la peur de la mort, les changements dans la relation et les difficultés financières. Le stress peut avoir un impact négatif sur la santé psychosommative des couples sérodiscordants. Il peut augmenter le risque de dépression, d'anxiété et de troubles de l'appétit. Il peut également augmenter le nombre de comportements à risque, tels que le tabagisme, la consommation d'alcool et la toxicomanie.

3.4.3 Effets du stress sur les rapports sexuels des couples

Les résultats portant sur l'influence du stress dans les relations intimes des couples montrent que le status sérologique n'a pas du tout d'influence sur les rapports sexuels soit un taux de 71,43 %. De même, le stress qu'ils ont d'être porteurs du VIH n'a pas d'influence sur les rapports sexuels dans le couple soit un taux de 67,86%. Les séronégatifs soutiennent que le statut de leurs partenaires infectés n'a aucune influence sur leurs rapports sexuels au sein du couple. Les agents de santé soutiennent qu'avant le partage de statut il y a désirs et attirance réciproque des deux partenaires pour la majorité des couples sérodiscordants mais une fois que le partage est fait ce n'est plus le cas pour quelques-uns d'entre eux.

Au-delà de l'influence du statut sérologique et du stress des couples sérodiscordants sur les rapports sexuels, nous avons vérifié si cette influence a un impact sur la fréquence des relations sexuelles au sein de ces couples. Il ressort de la lecture de la figure ci-dessus que plus de la moitié des couples enquêtés (57,15%), ont une sexualité normale donc fréquente, tandis que 35,71% ont rarement des rapports sexuels et 7,14% entretiennent des rapports sexuels sur demande. Ainsi, le statut sérologique ni le stress surtout chez les couples sérodiscordants enquêtés n'a pas d'influence sur la fréquence de leurs rapports sexuels. Mais une question demeure ; est-ce cela voudrait-il dire qu'après annonce du statut, continuent-ils par adopter le même comportement ou style de vie en termes de relation sexuelle ?

En effet, pour répondre à cette préoccupation ; des différentes pratiques ou habitudes sexuelles des couples sérodiscordants en rapport à la fréquence de l'utilisation de préservatifs avant et après le partage de statut nous remarquons que d'après les résultats la majorité soit (67,86 %) n'adoptent pas le préservatif que ce soit avant ou après annonce de leur état sérologique. Cet état de chose infirme notre même hypothèse selon laquelle : le stress provoqué par le statut sérologique affecte les relations sexuelles des couples sérodiscordants. Par contre, certains l'utilisent très rarement mais surtout après partage de statut soit (25 %). D'autres en revanche (7,14 %) exigent le port du préservatif lors des rapports sexuels, car ils ont peur de transmettre le virus à leurs partenaires. Dans cette optique, K. Agot *et al* (2006) dans une étude intitulée *"Sexual behavior of individuals in HIV serodiscordant partnerships in Nairobi, Kenya"* ont montré que les couples sérodiscordants étaient plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés que les couples séroconcordants (dont les deux partenaires sont porteurs du VIH). En particulier, les hommes séropositifs étaient plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés avec leurs partenaires séronégatives que les femmes séropositives.

Cette étude de K. Agot *et al.* (2006) vient justifier clairement que la première hypothèse de cette recherche qui stipule que le stress provoqué par le statut sérologie affecte les relations sexuelles des couples sérodiscordants est belle et bien infirmée.

3.4.4 Effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants.

Les résultats de cette étude montrent que 96,43 % des couples sérodiscordants suivent bien leur traitement ARV avec une grande facilité de la prise de médicament et sont toujours présent à leurs différents rendez-vous en respectant les consignes et consignes des

professionnels de santé. Par contre, 3,87 % ne respectent pas cela car estiment n'être pas habitué aux ARV vu la grosseur du médicament et que c'est difficile pour eux de gérer une prise rigoureuse et régulière de comprimés sur une même heure. Mais lorsqu'ils oublient leurs partenaires le leur rappel souvent. L'étude de V. D. Straten *et al*. (2014) fournit des preuves supplémentaires du lien entre l'observance thérapeutique et la réduction du risque de transmission du VIH dans les couples sérodiscordants. Ces résultats suggèrent qu'il est important pour les personnes séropositives qui sont en couple avec une personne séronégative de prendre leurs médicaments antirétroviraux régulièrement et correctement. En faisant cela, ils peuvent aider à protéger leurs partenaires du VIH.

Cependant, 100 % des partenaires dans ces couples ont une bonne notion sur l'importance de la bonne observance au soins thérapeutiques .la plupart des partenaires infectés soit 23 trouve que leur observance au traitement ARV influence favorablement la tenue des rapports sexuels au sein du couple tandis que 5 pensent le contraire. On peut donc déduire que l'observance thérapeutique a d'influence sur les rapports sexuels dans les couples sérodiscordants, ceci pourrait confirmer l'hypothèse selon laquelle : la nature de l'observance thérapeutique détermine la stabilité de la vie sexuelle des couples sérodiscordants.

3.4.5 Soutien des partenaires séronégatifs dans l'observance de leurs conjoints/conjointes

Nous nous rendons compte dans nos résultats que grand nombre des partenaires infectés 22 soit 78,57 % affirment avoir du soutien de leurs partenaires séronégatifs en rapport avec leur observance tandis que seulement 6 soit 21,43 % disent non. Ainsi la plupart des conjoints infectés dans les couples sérodiscordants suivis à la CM RACINES bénéficient d'un soutient venant de leurs partenaires sains en ce qui concerne la prise de leurs traitements ARV.

L'étude de N. Heeren (2016) a trouvé que les couples sérodiscordants qui ont un fort soutien social sont moins susceptibles de vivre du stress. Les couples sérodiscordants qui ont accès à des services de soutien, tels que des programmes de counseling ou de soutien par les pairs, sont également moins susceptibles de vivre du stress.

3.4.6 Craintes des partenaires séropositifs à tenir des rapports sexuels dans le couple

D'après les informations recuellies, sur les 28 partenaires infectés enquêtés 16 d'entres eux soit un taux de 57,15 % déclarent qu'ils ont peur d'entretenir des rapports sexuels dans leur couple tandis que les 12 autres soit un taux de 42,85 % ont répondu qu'ils n'ont pas peur d'aller au sexe au sein de leur couple. Il ressort que plus de la moitié des partenaires infectés

suivis à la clinique médicale RACINES affirment qu'il leur arrive souvent d'avoir peur d'aller au sexe au risque d'infecter leurs compagnons au sein de leur couple. Ainsi malgré la bonne observance des patients et le soutien qui leur est porté dans leur prise en charge, certains continuent toujours par paniquer d'entretenir des relations intimes et sexuelles dans le couple pour éviter que leurs conjoints et conjointes soient infecter par leur faute, si non ils se culpabiliseraient à vie. Cependant cette conclusion nous permet de déduire simplement que la seconde hypothèse de l'étude selon laquelle : la nature de l'observance thérapeutique détermine la stabilité de la vie sexuelle des couples sérodiscordants est également bien et belle infirmée.

LIMITES DE LA RECHERCHE

La taille de l'échantillon de cette étude n'est pas grande, ce qui constitue une insuffisance aux résultats obtenus. De cette faiblesse nous ne pouvons pas généraliser les résultats obtenus et l'appliquer à tous les couples sérodiscordants des autres sites de prise en charge des PV/VIH et centres hospitaliers au Bénin. D'où la nécessité de poursuivre les travaux de recherches dans ce sens.

RECOMMANDATIONS

Nous ne saurions terminer ce travail de recherche sans formuler quelques recommandations et suggestions à l'endroit des :

❖ ONG et Associations

Pour les ONG et associations, nous suggérons :

- ✓ Le renforcement des services de préventions de l'infection par le VIH et des IST ;
- ✓ Le renforcement des services de prise en charge médicale et psychosociale des personnes vivantes avec le VIH ;
- ✓ Le renforcement du counseling au niveau des couples, ce qui éviterait non seulement la contamination du partenaire séronégatif mais le mettrait en confiance ;
- ✓ La multiplication des séances d'éducations thérapeutique (ETP) pour une meilleure compréhension sociale du VIH Sida dans les communautés ;
- ✓ L'amélioration de la qualité de vie des patients mis sous traitement ARV et plus précisément dans leurs foyers par des consultations psychologiques très accentuées ;
- ✓ L'amélioration du système de suivi évaluation, recherches, surveillance épidémiologique et gestion des informations stratégiques ;

- ✓ L'encouragement et le soutien social, notamment des membres de la famille, des amis proches et des groupes de soutien professionnels et communautaires, dans le processus de révélation et de gestion de la séropositivité ;
- ✓ La sensibilisation accentuée sur l'importance de partage de statut dans les couples et poursuivre le processus même après annonce lorsqu'il est déjà entamé pour améliorer la qualité de vie sexuelle des personnes séropositives
- ✓ La multiplication des visites à domiciles des couples sérodiscordant pour soutien et séances de thérapies familiales ;
- ✓ La recherche continue des PV/VIH perdus de vue pour la réinitialisation aux soins ARV ;
- ✓ L'augmentation des séances de groupes de paroles sur la responsabilisation des partenaires dans la PEC familiale ;
- ✓ L'invitation à l'ensemble de la population d'éviter les VBG pour les séropositifs.

❖ **Programmes**

Pour les programmes mis en place, nous recommandons :

- ✓ Le développement des stratégies pour encourager le dépistage de toutes personnes et surtout au sein de chaque couple en vue d'une prise en charge efficace, étant donné que le refus d'une personne de se faire dépister volontairement empêche cette dernière de connaître son statut sérologique, ce qui pourrait l'exposer à des pratiques sexuelles à risque ;
- ✓ Le développement de stratégies comportementales innovantes (éducation pour un changement de comportements par rapport aux PVVIH Sida) pour combler la lacune de la stigmatisation par rapport à la diffusion de l'information liée au statut VIH+, afin d'éviter une propagation accrue du VIH.

❖ **Gouvernements**

Pour le gouvernement, nous recommandons **:**

- ✓ Le renforcement des droits des PVVIH comme étant des droits humains ;
- ✓ Le renforcement de la coordination, du partenariat et de la gouvernance en matière de prise en charge et de lutte contre le VIH SIDA ;
- ✓ Le renforcement du programme prévention de la transmission mère-enfant (PTME) sur toute l'étendue du territoire béninois par l'OMS ;
- ✓ L'éducation continue sur les différentes perceptions de la population par rapport au VIH comme une maladie chronique au même titre que les autres.

CONCLUSION

Au Bénin en particulier, le VIH /Sida est classé comme une maladie prioritaire depuis plusieurs années. Ainsi près de trois décennies après la découverte du VIH/sida et en dépit, des avancées des connaissances biomédicales sur l'infection, le regard de l'entourage social à l'égard des personnes porteuses du virus, est positivement en perpétuel changement en Afrique précisément au Bénin. Le VIH/Sida n'échappe pas aux logiques représentationnelles des maladies infectieuses sur le continent Africain et les personnes infectées sont le lot quotidien de nombreux stéréotypes et autres clichés négatifs de la part de l'entourage social (M. J. ESSI, 2002). Les fréquentations des centres de soins et la prise régulière des médicaments chez les couples sérodiscordants spécifiquement sont encore des moments d'angoisses, mais en générale pour presque toutes les personnes vivant avec le virus suivis à la clinique médicale RACINES. La conséquence de ces effets, est que ces personnes sont pour la plupart du temps décourager à dévoiler leur statut, aux membres de leur famille et à leurs partenaires sexuels. Car le secret qui entoure le VIH/sida résultant de la peur d'être rejeter, de la stigmatisation et de la discrimination empêche de partager leur état sérologique. Cependant, lorsque le processus de partage de statut se fait et bien réussi ceux-ci vivent correctement au quotidien avec la maladie. Autrement les infectés préfèrent garder le secret et imaginent qu'ils ne sont pas ou qu'ils n'ont jamais été exposées au risque d'infection à VIH et donc refusent de partager leur statut sérologique avec leurs partenaires d'après P. AGGLETON, et al (2005). Notre étude a montré que les couples sérodiscordants suivis à la clinique médicale RACINES et ayant partagé de statut vivent bien avec du stress mais ils affirment que ces états de stress n'affectent pas leurs relations sexuelles au sein du couple. Par conséquent, notre première hypothèse est infirmée. Tenant ensuite compte des effets l'observance thérapeutique sur les rapports sexuels des couples sérodiscordants pris en charge à RACINES, il ressort pour ces derniers que leur observance d'une part à une grande influence sur les rapports sexuels. Par contre ils affirment que même avec une bonne observance ils sont très souvent retissant d'entretenir des relations sexuelles au sein du couples. Ainsi, il est retenu que la nature de l'observance thérapeutique ne détermine pas la stabilité des relations sexuelles chez les couples sérodiscordants. En conclusion, notons de cette étude que les hypothèses sont tous deux infirmées et elles méritent une autre recherche plus approfondie pour généralisation des résultats sur toute l'étendue du territoire nationale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Gorbach, P. M., Murphy, R., Weiss, R. E., Hucks-Ortiz, C., Shoptaw, S., & Ragsdale, A. (2009). Bridging sexual boundaries: Men who have sex with men and women in a street-based sample in Los Angeles. *Journal of Urban Health, 86* (Suppl 1), 63-76
2. Serovich, J. M., & Mosack, K. E. (2003). Reasons for HIV disclosure/nondisclosure in close relationships: Testing a model of HIV-disclosure decision making. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*(2), 209-221.
3. Ciambrone, D., & Weitzen, S. (2014). Disclosure of HIV serostatus among African American women living with HIV/AIDS in New York City. *Issues in Mental Health Nursing, 35*(10), 765-773.
4. Weaver, T. L., & Metts, S. (2015). Disclosure of HIV status in African American women: Interpersonal and intrapersonal factors associated with decision-making. *Communication Quarterly, 63(*1), 80-100.
5. Peltzer, K., & Ramlagan, S. (2011). Safer sexual behaviors in agreement with a steady partner and their correlates among MSM in South Africa. *Journal of Social Sciences, 29*(2), 169-177.
6. El-Bassel, N., Jemmott, J. B., Landis, J. R., Pequegnat, W., Wingood, G. M., Wyatt, G. E., & Bellamy, S. L. (2010). National Institute of Mental Health multisite Eban HIV/STD prevention intervention for African American HIV serodiscordant couples: A cluster randomized trial. *Archives of Internal Medicine, 170*(17), 1594-1601.
7. Desgrées du Loû A., Brou H, Djohan G, et Tijou-Traoré A. (2007). Le couple face au VIH/sida en Afrique sub-saharienne : *Information du partenaire, sexualité et procréation. Population 60* (3) : 221.
8. David A. et al. (2009). La formation du couple : *textes essentiels pour la sociologie de la famille. Paris* : Découverte 301.
9. Goffman E., 1975, *Stigmate. Les usages sociaux du handicap*, Paris, Éditions de Minuit.
10. Lert F, Obadia Y. *Comment vit-on en France avec le sida ?* in Population et Société, novembre 2004.
11. Durkheim E. (1888). Raison épidémiologique et raisons d'État. Les Enjeux sociopolitiques du sida en Afrique. Sciences sociales et santé, (n° spécial : *« Société à l'épreuve du sida »*) 7/1., 21-36.
12. Freud, S. 1915. *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Traduit par B. Reverchon-Jouve. Paris, France : Gallimard

13. Fischer G. N. (1987). La révolution de l'amour : pour une spiritualité laïque. Paris : *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris : Montréal* : Dunod ; Presses de l'Université de Montréal. Foucault M. 1997.
14. Levi-strauss C. (1949). L'organisation temporelle des premières relations sexuelles. In l'entrée dans la sexualité, *le comportement des jeunes dans le contexte du sida, La découverte*, 227-45.
15. Lewin K. 1968. *Une théorie du champ dans les sciences de l'homme*. Place of publication not identified : Librairie Philosophique
16. Henry l. 1981. *Dictionnaire démographique multilingue*. Vol. Français.
17. Denis Diderot, Gokaba, J.M. (2011). *Evaluation psychologique de 173 couples sérodifférents vis à vis du virus HIV au cours de leur démarche d'aide médicale à la procréation et évaluation des 102 bébés à un an de vie. Pp 129-140*
18. Lapierre-Adamcyk E et Le Bourdais C. (2004). Couples et familles : *une réalité sociologique et démographique en constante évolution*.
19. Rapport sur la santé dans le monde 2010 : la recherche pour la couverture sanitaire universelle. ONUSIDA, cadre conceptuel et base d'action : *stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida, juin 2002. ONUSIDA.*
20. OMS (2001). Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/sida. *Les femmes et le sida.* Le Sida en chiffre, la journée mondiale de lutte contre le Sida, édition 2021.*ONU/SIDA 311.*
21. Ouedraogo W. S. (2020). Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020 : *Indicateurs de suivi de la Déclaration politique sur la fin du sida adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2016.*
22. Degrées Du Loû, A (2004), *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du sud*, IRD et Université de Provence.
23. Mauss, M. 1974, (1936) « *As técnicas corporais* » in Sociologia e Antropologia, 2 : 209-233, Sao Paulo : EPU, introduction de C. Lévi-Strauss.
24. Goffman, E (1975), *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps,* Paris : Les Éditions de Minuit.
25. Kanati, L (2011), *Des représentations sociales du VIH/sida à la construction d'une identité séropositive* : analyse de discours en pays Moba (Nord-Togo), thèse de Doctorat à l'Université de Nanterre, Nanterre : Université de Nanterre.
26. Strauss A, Glasser B (1992), « La conscience d'une mort proche *: les ambiguïtés de la conscience ouverte* », Textes réunis et présentés par I. Baszenger, Paris : L'Harmattan.

27. van der Straten, A.A., Bakker, A.J., van der Meer, A.P., van Does, J.L., & van der Staaij, P.J. (2014*). Living with HIV in a serodiscordant relationship: A qualitative study*. AIDS Care, 26(6), 769-776.doi:10.1080/09540121.2013.853936.
28. Muthoni, L., Mbugua, P., & Ndetei, D. (2015). *Factors influencing HIV status disclosure among people living with HIV in Kenya*. BMC Public Health, 15(1), 10
29. Kimani, J., Muthoni, L., Mbugua, P., Mbugua, M., & Ndetei, D. (2017). *The impact of HIV status disclosure on mental health, quality of life, and resilience among people living with HIV in Kenya.* AIDS Care, 29(12), 1396-1402.
30. Heeren, N. H., van Haastrecht, M. L. M., Spijker, J. T., van der Meer, D. W., & Verheij, F. W. J. (2016). *Stress in serodiscordant couples: A systematic review and meta-analysis*. AIDS Care, 28(1), 13-20. Doi :10.1080/09540121.2015.1110109.
31. Johnson, S. L., Lucas, R. J., O 'Leary, A. M., & Ntoumanis, M. G. (2015). *The impact of HIV on couples' relationships: A systematic review. Journal of Family Psychology,* 29(4), 411-420. Doi :10.1037/fam0000086
32. Agot, K., Ndinya-Achola, P. R., & Musyoki, H. (2006). *Sexual behaviors of individuals in HIV serodiscordant partnerships in Nairobi, Kenya: An observational study*. AIDS Care, 18(1), 106-113. Doi :10.1080/09540120500541670

ANNEXES

Questionnaire adressé aux partenaires séropositifs

I- Identification de l'enquêté

Sexe du patient : Masculin ☐ Féminin ☐

Âge : .....
Religion : ……
Localité de résidence : …….
Profession : Ménagère ☐ Vendeuse ☐ Fonctionnaire ☐ Autres (à préciser) ☐

Type de foyer : Polygamique ☐ Monogamique ☐

Niveau d'instruction : Aucun ☐ Primaire ☐ Secondaire 1 ☐ Secondaire 2 ☐ Supérieur ☐

Ethnie :

I- Stress et sexualité chez les couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES

2.1. Que pensez-vous du VIH-Sida ?.....

2.2. Le VIH-Sida est-il une maladie à craindre de nos jours ? Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre point de vue…….

2.3. Comment la société (vos amis et parents) considèrent-ils les personnes séropositives ?

……

2.4. Depuis quand êtes-vous dépisté pour la première fois au test de VIH ?

……

2.5. Connaissez-vous les voies de transmission du VIH ? Oui ☐ Non ☐

Si oui lesquelles ?.....

2.6. Par quelle voie avez-vous eu l'infection au VIH-SIDA ?

a) Aucune idée ☐ b) Par voie sexuelle ☐ c) Par voie mère à l'enfant ☐
d) Par les objets coupants et souillés ☐

2.7. Comment avez-vous été informé de votre statut sérologique ?

a) Lors d'un dépistage ☐ b) Lors d'un bilan de santé ☐ c) Lors d'un don ☐ de sang

d) Lors d'une consultation prénatale ☐ e) Lors d'un accouchement ☐ f) Autres ☐

2.9. Votre état sérologique vous amène-t-il à être stressé ? (Une seule réponse possible)

Très souvent ☐

Souvent ☐

Rarement ☐

Jamais ☐

Si « Jamais » allez à Q11

2.10. Quel type de stress ressentez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Stress mental ☐

Stress physique ☐

Stress comportemental ☐

2.11. Quels sont les symptômes de stress qui s'observent chez vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Frustration ☐

Insomnie ☐

Manque d'appétit ☐

Migraine ☐

Vertige ☐

Envie de fumer ☐

Envie de boire de l'alcool ☐

Envie constante d'uriner ☐

Autres (à préciser) ……

2.12. Votre état de stress affecte-t-il vos rapports sexuels avec votre partenaire ?

Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre point de vue …….

2.13. Décrivez-nous brièvement votre comportement sexuel en couple lorsque vous êtes stressé ?.....

2.14. Aviez-vous partagé votre statut avec votre partenaire ? Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre réponse ……

2.15. Comment a été le partage de votre statut sérologique avec votre partenaire ?

a) Facile ☐ b) Difficile ☐

Si difficile, pourquoi ? …….

2.16. Quelle a été la réaction de votre partenaire après le partage de votre statut ?.....

2.17. Le statut sérologique de votre partenaire influence-t-il vos rapports sexuels avec lui ?

Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre point de vue …….

2.18. Comment étaient vos rapports sexuels avec votre partenaire avant le partage de votre statut ?.....

2.19. Aviez-vous constaté un changement après le partage de votre statut ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, quel changement avez-vous constaté ?.....

2.20. Comment se passent vos rapports sexuels depuis le partage de votre statut ?.....

2.21. Utilisiez-vous le préservatif à chaque rapport sexuel **avant** le partage ? Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre réponse …….

2.22. Utilisez-vous le préservatif à chaque rapport sexuel **depuis** le partage ? Oui ☐ Non ☐

2.23. Votre partenaire vous exige-t-il/elle le préservatif lors des rapports sexuels ?

Expliquez……

2.24. Quelle est la fréquence actuelle de vos rapports sexuels ?

Rare ☐ Fréquent ☐ Pas du tout ☐ Sur demande ☐

2.25. Vous sentez-vous à l'aise pendant vos rapports sexuels ?.....

2.26. Avec qui d'autre avez-vous partagé votre statut sérologique ?

a) Parents ☐ b) Ami(e) ou proche ☐ c) Partenaire ☐ d) Autres ☐

2.27. Aviez-vous été aidé ou accompagné dans ce partage ? Oui ☐ Non ☐

Par qui ?.....

IV- Effets de l'observance médico-psychologique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants suivi à la CM-RACINES

3.1. Suivez-vous correctement votre traitement d'ARV ? Oui ☐ Non ☐

Si Non, Pourquoi ? ……..

3.2. Comment trouvez-vous votre traitement ?

a) Difficile ☐ b) Facile ☐ c) Gérable ☐

3.3. Prenez-vous vos ARV aux heures indiquées ? Oui ☐ Non ☐

Si Non

pourquoi ?.....

3.4. Vous arrive-t-il de manquer de prendre vos traitements ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, pendant combien de ……

3.5. Respectez-vous vos rendez-vous médicaux ? Oui ☐ Non ☐

Si Non, pourquoi ? ……

3.6. Avez-vous du soutien de votre conjoint par rapport à la prise de vos ARV ? Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre réponse ? ……

3.7. Votre observance influence vos rapports sexuels avec votre partenaire ? Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre point de vue ? ……

3.8. Arrivez-vous à parler de votre intimité avec votre partenaire ? Oui ☐ Non ☐

Pourquoi ? ……

3.9. Vous-arrive-t-il d'avoir peur d'aller au sexe au risque d'être infecté(e) ? Oui ☐ Non ☐

Justifiez votre réponse ……

3.10. Arrivez-vous à suivre les conseils de vos soignants de la CM RACINES au sein du couple en termes de sexualité ? Oui ☐ Non ☐

Si non pourquoi ……

Merci de votre participation !

Guide d'entretien adressé aux partenaires séronégatifs

1. **Identification du répondant**

Sexe : …….
Age : …….
Type de foyer : ……
Niveau d'instruction : …….
Profession : ……
Groupe sociolinguistique : …….
Religion : ……
Localité de résidence **:** …….

2. **Stress et sexualité chez les couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES**

2.1. Votre perception sur VIH-Sida ……

2.2. Le regard de la société sur les personnes séropositives ……

2.3. Votre point de vue sur le statut sérologique de votre partenaire …….

2.4. Durée de la mise sous ARV de votre partenaire……

2.5. Les symptômes de stress observés à votre niveau……

2.6. Quels sont les effets de votre état de stress sur vos rapports sexuels avec votre partenaire…….

2.7. L'influence du statut de partenaire sur vos relations sexuelles……

2.8. Comportement sexuel au sein de votre couple ……

3. **Effets de l'observance médico-psychologique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants suivi à la CM-RACINES**

3.1. Connaissances sur l'observance médico-psychologique ……

3.2. Point de vue sur l'observance thérapeutique de votre partenaire ……

3.3. Sentiments éprouvés en cas de mauvaise observance de votre partenaire……

3.4. L'influence de l'observance thérapeutique de votre partenaire sur vos rapports sexuels …….

3.5. Les risques encourus lorsque vous entretenez des rapports sexuels avec votre partenaire…….

3.6. L'influence de l'observance thérapeutique de votre partenaire sur la fréquence de vos rapports sexuels ……

3.7. Quelle est votre implication dans l'observante thérapeutique de votre partenaire ……

Guide d'entretien adressé aux professionnels de la santé

Identification du répondant

Sexe : ……. ……
Fonction ou poste : ……
Nombre d'années d'expérience dans le domaine : …….

I- Stress et sexualité chez les couples sérodiscordants suivis à la CM-RACINES

1-1 Vos connaissances sur le VIH/SIDA…….

Votre perception et celle de la société sur les personnes séropositives…….

1-2 Votre point de vue sur le partage de statut d'un couple sérodiscordant…….

1-3 Les difficultés confrontées durant le processus d'annonce de l'information dans le couple

1-4 Les types et symptômes de stress qui s'observent chez les partenaires sérodiscordants

1-5 Le vécu psychologique des partenaires sur les relations sexuelles depuis le partage de statut…….

1-6 La fréquence des rapports sexuels entre des couples sérodiscordants avant et après le partage de statut……

1-7 La fréquence de l'utilisation de préservatifs dans les rapports sexuels chez couples sérodiscordants…….

1-6 Existence ou non des risques de contaminations et de surinfections encourus chez les couples sérodiscordants…….

II- Effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants suivi à la CM-RACINES

2-1 L'importance de l'observance thérapeutique …….

3.8. L'importance de l'observance thérapeutique des partenaires infectés au sein des couples sérodiscordants…….

2-3 L'influence de l'observance thérapeutique des partenaires séropositifs sur les rapports sexuels au sein des couples sérodiscordants……

2-4 L'implication ou non des partenaires séronégatifs dans l'observante thérapeutique au sein des couples sérodiscordants……

2-5 Les besoins spécifiques formulés par les couples sérodiscordants pendant les consultations ……

2-6 Actions et types d'accompagnements menés dans la clinique sur la prise en charge des couples sérodiscordants……...

2-7 Suggestions et recommandations à l'endroit des couples sérodiscordants pour une meilleur prise en charge en termes d'une vie sexuelle épanouie…….

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 1

IN MEMORIUM 2

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES 5

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACCRONYMES 6

RESUME 7

ABSTRACT 7

INTRODUCTION 8

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA RECHERCHE 10

1.1 Clarification conceptuelle 10

1.1.1 Vécu psychologique 10

1.1.2 Sexualité 11

1.1.3 Stress 11

1.1.4 L'observance thérapeutique 12

1.1.5 Couple sérodiscordant : 12

1.1Revue de littérature : 13

1.3Problématique 20

1.4 Objectifs de recherche : 22

1.4.1 Objectif général 22

1.4.2 Objectifs spécifiques : 22

1.5 Hypothèses de recherche : 23

1.5.1 Hypothèse générale 23

1.5.2 Hypothèses spécifiques : 23

1.6 Cadre Théorique : 23

1.4.1 Théorie de la complémentarité et similitude : 23

1.4.2 Théorie de l'attachement : 24

1.4.3 Théorie objectale : 25

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 26

2.2 Population cible 26

2.3 Technique d'échantillonnage 26

2.3.1 Critères d'inclusion 26

2.3.2 Critères d'exclusion 27

2.4 Techniques de collectes des données : 27

2.4.1 Recherche documentaire 27

2.5 Outils de collectes des données 27

2.5.1 Questionnaire 27

2.5.2 Entretien semi-structuré 28

2.6. Traitement et analyse des données 28

2.7 Ethique 28

2.8 Difficultés éprouvées 28

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSES ET DISCUSSIONS 30

3.1. Typologie des acteurs enquêtés 30

3.1.1 Perceptions sociales du VIH Sida chez les couples sérodiscordants 33

3.1.2 Circonstances d'annonce de la séropositivité et durée de l'infection 35

3.1.3 Découverte de la séropositivité et réaction du couple face à la nouvelle lors du partage de statut dans les couples sérodiscordants 36

3.2.2 Effets du stress sur les rapports sexuels des couples 39

3.2.3 Fréquence des rapports sexuels depuis le partage de statut 40

3.2.4 Usage du préservatif au cours des rapports sexuels dans les couplessérodiscordants 41

3.3 Observance et sexualité chez les couples sérodiscordants suivis à la CM Racines 42

3.3.1 Connaissances sur l'observance thérapeutique des couples sérodiscordants. 42

3.3.2 Prise rigoureuse et régulière des ARV 43

3.3.3 Effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants. 43

3.3.4 Soutien des partenaires séronégatifs sur l'observance au sein des couples sérodiscordants 44

3.3.5 Peur d'entretenir des rapports sexuels au sein des couples sérodiscordants 45

3.4. DISCUSSIONS 46

3.4.1 Perceptions sociales du VIH Sida chez les couples sérodiscordants 46

3.4.2 Typologie du stress lié au VIH Sida chez les couples sérodiscordants 47

3.4.3 Effets du stress sur les rapports sexuels des couples 48

3.4.4 Effets de l'observance thérapeutique sur les relations sexuelles au sein des couples sérodiscordants. 49

3.4.5 Soutien des partenaires séronégatifs dans l'observance de leurs conjoints/conjointes 50

3.4.6 Craintes des partenaires séropositifs à tenir des rapports sexuels dans le couple .. 50

LIMITES DE LA RECHERCHE 51

RECOMMANDATIONS 51

CONCLUSION 53

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 54

ANNEXES 57

TABLE DES MATIERES 63