



REPUBLIQUE DU BENIN

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

INSTITUT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

Mémoire de Maîtrise

Filière : Psychologie

Option : Psychologie Clinique

**CONTRIBUTION A LA PRISE EN CHARGE
PSYCHOLOGIQUE DES ENFANTS INFECTES PAR LE
VIH / SIDA A L'HOPITAL DE ZONE DE OUIDAH**

Réalisé, et soutenu par :

Sœur Patricia ACACHA

Et

Patricia SOSSOU

Sous la Direction de :

Docteur Ferdinand Sourou BOTON

Enseignant à l'UAC

Année académique 2014-2015

DEDICACE

A

Dieu Tout Puissant dont la grandeur reste inexprimable par l'intelligence humaine,

Mes regrettés très chers Parents Marie da SILVA et Emile ACACHA afin de vous immortaliser,

Mon très cher bienveillant fondateur feu Révérend Père Gilbert DAGNON dont l'appui moral et financier a fortement soutenu la réalisation de cette œuvre,

Mon père adoptif Norbert HEYITAN dont le soutien moral a été indéfectible.

DEDICACE

A

Ma mère Florence KOUCHEMON

Mon père Antoine SOSSOU, pour leur soutien indéfectible dans mes études
aussi bien sur le plan moral affectif que matériel.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous avons le plaisir d'exprimer ensemble notre profonde gratitude :

- à toutes les personnes tant physiques que morales qui ont contribué à sa réalisation ;
- au Dr Ferdinand Sourou BOTON qui a assuré la direction de ce travail par ses critiques, sa compréhension et ses recommandations ;
- à tous les professeurs de l'Institut de Psychologie et de Sciences de l'Education, en particulier aux professeurs Gbènoukpo BODEHOU DAH LOKONON, Thierry KOUGBEAGBEDE, sans lesquels nous ne saurions arriver là où nous sommes parvenues ;
- au président du Jury pour l'honneur qu'il nous fait de présider le jury de notre soutenance, et aux membres du jury pour avoir accepté de juger le travail et de contribuer à son amélioration ;
- à l'Equipe d'Encadrement de la Zone Sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito et le personnel de la zone sanitaire, de la Direction Départementale de la Santé de l'Atlantique et du Littoral et toutes les autres personnes qui ont contribué à la réalisation de ce document ;
- à tous ceux qui nous sont chers, parents, frères, sœurs, amis et collègues de classe car sans eux, ce travail n'aurait pas été réalisé ;
- à tous, nous disons merci et nous dédions humblement ce travail !
- Et que le Tout-Puissant daigne gratifier chacun au-delà de ses attentes et de ses espérances.

ABREVIATIONS ET SIGLES

ADA :	Association pour le Développement de l'Afrique
AFJB :	Association des Femmes Juristes du Bénin
ARV	Anti Rétroviraux
AZT :	Azidothymidine
CD4:	Cluster of Differentiation (type 4)
CDV :	Centre de Dépistage Volontaire de VIH
CPN :	Consultation Prénatale
CS:	Centre de Santé
Dr. :	Docteur
EIVIH :	Enfants infectés par le VIH Virus de l'Immunodéficience humaine
ENAS :	Ecole Nationale des Assistants Sociaux
EvVIH :	Enfants Vivant avec le VIH Virus de l'Immunodéficience humaine
FLASH :	Faculté des lettres, Arts et Sciences Humaines
F :	Féminin
FSS :	Faculté des Sciences de la Santé
FSTI :	Fonds de Solidarité Thérapeutique International
IBAARV :	Initiative Béninoise d'Accès aux Anti rétroviraux
IO :	Infection opportuniste
I.S.T :	Infection Sexuellement Transmissible

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

JAMA:	Journal of American Medical Association
M:	Masculin
MS :	Ministère de la Santé
OKT :	Ouidah- Kpomassè- Tori Bossito
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONAPO :	Office National de la Population.
ONUSIDA:	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA
PEC:	Prise en Charge
PED :	Pays en Voie de Développement
PMTCT:	Prevention of Mother to Child HIV Transmission
PNLS	Plan National de Lutte contre le SIDA
PNUD :	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME :	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
PUF :	Presses Universitaires de France
PvVIH:	Personnes Vivant avec le VIH Virus de l'Immunodéficience Humaine
SFPS :	Projet de santé familiale et Prévention du SIDA
SIDA :	Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise
TME :	Transmission de la Mère à l'enfant
TRAC:	Treatment and Research Aids Center
UAC	Université d'Abomey-calavi
UNB:	Université Nationale du Benin

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le
VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

UNICEF:	United Nations Children's Fund
V.C.T:	Voluntary Counseling and Testing
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZS :	Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX	TITRES	PAGES
Tableau 1	Organisation du système de santé dans Ouidah/ kpomassè/ Tori-bossito	38
Tableau 2	Tableau synthétique des cibles	42
Tableau 3	Echantillonnage des EiVIH/SIDA qui se font soignés à l'hôpital de zone de Ouidah	85
Tableau 4	Répartition des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah selon le sexe	85
Tableau 5	Répartition selon la prise d'ARV des EiVIH/SIDA	86
Tableau 6	Répartition selon l'état nutritionnel des EiVIH/SIDA	86
Tableau 7	Répartition selon la religion	

LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES

FIGURES/GRAPGIQUES	TITRES	PAGES
Figure n 1	Zone sanitaire OKT Archives de l'hôpital	66
Graphique 1	Echantillonnage des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah	46
Graphique 2	Répartition des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah selon le sexe	47
Graphique 3	Répartition des EiVIN/SIDA selon la prise de ARV	48
Graphique 4	Répartition des EiVIH/SIDA selon l'état nutritionnel	48
Graphique 5	Répartition selon la religion des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah	49

SOMMAIRE

DEDICACE	2
DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS ET SIGLES.....	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES	9
SOMMAIRE	10
INTRODUCTION.....	11
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	15
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE.....	15
1.1. Clarification conceptuelle	15
1.2. Etat de la question.....	24
1.3. Problématique.....	30
CHAPITRE II : CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE	34
2.1. Cadre physique de l'étude	34
2.2. Méthodologie de l'étude.....	40
2.3. Outils de collecte de données	43
2.4. Difficultés rencontrées	44
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUÊTE.....	46
CHAPITRE III: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	46
3.1. Présentation des résultats de l'enquête.....	46
3.2. Analyse des données	52
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET SUGESTIONS	56
4.1 :Discussion.....	56
4.2. Suggestions	66
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES	71
TABLE DES MATIERES	93

INTRODUCTION

Le VIH est un virus dont l'impact ne cesse de croître depuis environ trente ans sur l'échiquier mondial. Ce virus dévaste la vie des personnes et des familles entières. Celles-ci sont confrontées à des décès tragiques prématurés et doivent assumer un lourd fardeau médical, social et financier. Bien que le cas particulier des enfants ait toujours eu sa place dans la gamme des besoins liés au VIH/SIDA, il a été quelque peu occulté par l'ampleur de l'épidémie dans l'ensemble de la population. Cependant, grâce à l'accès à davantage d'informations et à des mesures accélérées, le destin des enfants confrontés à l'épidémie du VIH/SIDA est en train de changer. Les enfants tiennent désormais une place centrale dans les stratégies et les actions destinées à prévenir et à traiter l'épidémie du siècle. (Enfants et SIDA, 5^{ème} Bilan de la situation, 2010)

En Afrique Subsaharienne, la stigmatisation et l'exclusion sociale des sidéens aggravent la détresse des femmes et des enfants qui vivent en marge de la société et augmentent leur vulnérabilité au VIH/SIDA (ONU/SIDA, 2010). Dans un tel contexte, les interventions liées au VIH constituent une bonne passerelle pour travailler avec les personnes les plus marginalisées, notamment celles qui sont souvent laissées pour compte dans les campagnes de lutte contre le VIH/SIDA menées en zones urbaines (ONU/SIDA, 2011).

Au Bénin, la politique nationale préconise un test de dépistage des femmes enceintes lors de leur consultation prénatale et la prise de la névirapine pour celles qui sont séropositives comme le meilleur moyen de prévention de la transmission verticale et en même temps la porte d'entrée pour la surveillance ou le suivi des enfants qui naissent de ces femmes.

En 25 ans d'existence de la maladie, la stigmatisation des personnes est si profondément enracinée qu'elle a conduit l'UNICEF et le gouvernement du Bénin à trouver des initiatives innovantes pour combattre la maladie. Les décès

liés au SIDA sont passés de 8100 cas en 2003 à 1472 cas en 2010 (PNLS, 2011) Les sites offrant des services de Prévention Transmission Mère-Enfant (PTME) sont passés de 33 à 450 sites avec un taux de couverture de 46% soit près d'une femme sur deux pouvant prévenir l'infection à son nourrisson (ONUSIDA, 2010), 400 enfants naissent chaque année au Bénin avec le VIH/ SIDA. Le déploiement à plus grande échelle de traitement pour les enfants vivant avec le VIH (EiVIH) est encore très lent. Les enfants de moins de 15 ans ont deux fois moins de chance que les adultes de recevoir le traitement dont ils ont besoin à forte raison, ceux qui ont 17 ans. Ces enfants sont confrontés à de nombreux problèmes de santé, de malnutrition, d'accès à l'éducation, d'accès aux soins de santé, d'isolement social, de stigmatisation et de discrimination, d'angoisse, de dépression, de déni, d'absence de suivi psychologique et de leurs droits patrimoniaux. Dès lors, Il se pose le problème de la prise en charge des EiVIH/SIDA et particulièrement celui de leur prise en charge psychologique en raison de leur jeune âge.

En effet, les EiVIH/SIDA peuvent souffrir des affections chroniques particulièrement décourageantes qui semblent difficiles à traiter telles que des affections cutanées persistantes, les candidoses digestives à répétition, les diarrhées chroniques. On peut aussi noter un retard psychomoteur du langage dû à l'absence des développements et observé au cours des quatre périodes à savoir : la période pré-linguistique, l'apparition de la phrase et divers troubles d'alimentation, du sommeil des énurésies, etc. Si ces désordres ont une origine somatique, ils sont reconnus en psychopathologie infantile comme pouvant être consécutifs à une désorganisation psychologique. Ils exercent leurs effets indirectement par des perturbations induites sur les relations affectives et sociales. Les enfants sont des êtres en développement qui pour leur épanouissement ont besoin de s'attacher particulièrement à leurs mères surtout (ou son substitut) et d'entrer dans une dynamique relationnelle de qualité avec

leurs pères et au sein de leurs familles, dans la société. Mais le VIH/SIDA suscite de nouvelles lignes de fractures, désirées ou non, alourdissant les problématiques relationnelles déjà présentes et crée de nouvelles configurations.

Les difficultés des parents à exercer leur fonction paternelle et maternelle, en raison de la fragilité de l'enfant et de la prégnance de leurs propres sentiments de culpabilité et d'impuissance ne favorisent ni le développement équilibré de l'enfant infecté par le VIH/SIDA, ni la construction de l'espace de la famille.

Ce constat fait dans le cadre de la prise en charge de l'enfant infecté par le VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah montre l'impératif besoin d'inclure la dimension psychologique pour soutenir l'enfant et son entourage afin de lui assurer une bonne qualité de vie. C'est pourquoi à la fin de notre formation à l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education, nous avons choisi comme thème de recherche : « Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le VIH/ SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah ». Ce qui suscite quelques questionnements auxquels répond ce travail.

L'articulation de notre étude comprend deux grandes parties subdivisées en deux chapitres chacune :

La première partie comportant les chapitres relatifs au cadre théorique et à la méthodologie de l'étude.

La deuxième partie concernant les derniers chapitres relatifs à la présentation des résultats des enquêtes et à la discussion.



CADRE THEORIQUE
ET
METHODOLOGIE DE L'ETUDE

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

1.1. Clarification conceptuelle

1.1.1. Définition de l'enfance

Soucieux de lever quelques équivoques, nous entreprenons de clarifier quelques concepts se rapportant à la population -cible objet de l'étude et aux problèmes psychologiques de l'enfant.

Pour les besoins de l'étude, l'enfant est entendu dans le sens des enfants mineurs dont la limite d'âge est située entre 5 à 17 ans compte tenu des données du terrain. Rappelons que l'âge de majorité est de 18 ans au Bénin.

La *Psychologie et Guidance en milieu africain* de BOKO, 2009, p. 19 définit l'enfance comme étant « *la période de vie où l'individu n'a pas encore achevé sa croissance. Le stade terminal de l'enfance serait alors la fin de sa croissance. C'est pourquoi certains psychologues pensent que l'enfance est la période de la maturation en attendant la maturité.* »

Dans le Dictionnaire Fondamental de la Psychologie l'enfance se définit comme la période de la vie allant de la naissance à la puberté, laquelle marque le début de l'adolescence. L'enfant est un être spécifique, différent de l'adolescent et de l'adulte. Il est autre chose qu'un adulte en réduction. Il diffère de celui-ci non seulement quantitativement (il est moins grand, moins fort) mais surtout qualitativement (ses conduites, ses pensées, ses connaissances sont autres et organisées autrement). Ripaille dans le Développement psychologique de l'enfant, édition De Boeck, Bruxelles, 1983, p. 133 caractérise l'état de l'enfant comme un état où l'être humain a besoin de soutien de l'entourage. L'enfance,

période de la vie où l'individu n'a pas encore achevé sa croissance, exige protection de la part des parents, des adultes et de l'environnement.

1.1.2. Quelques concepts sur le développement psychique et intellectuel de l'EiVIH/SIDA

Le développement de l'enfant est un équilibre plus ou moins stable mais toujours en mouvement d'un processus de maturation cognitive affective et sociale.

Trois auteurs de référence permettent d'éclairer le développement dans sa globalité :

Jean Piaget sur son entrée cognitive,

Sigmund Freud pour son entrée affective,

Henri Wallon pour son entrée sociale et cognitive.

Ces trois auteurs permettent de comprendre le développement de l'individu mais aucun d'eux ne rend compte à lui-seul de l'intégralité des mécanismes qui interviennent dans le développement de la personne.

Au de-là du modèle de ces trois auteurs précités nous avons le modèle de :

Erik ERIKSON, René ZAZO.

A chaque étape du développement de l'enfant, s'observent des modifications à la fois physique, psychique et intellectuel. Nous avons choisi de parler des stades de développement de l'enfant selon Jean PIAGET, Erik ERIKSON et Sigmund FREUD pour faciliter une compréhension de toutes les étapes que doit traverser toute personne depuis sa naissance jusqu'à l'âge de déclin, étapes où certaines manifestations sont indispensables pour la bonne structuration de sa personnalité et où un dysfonctionnement engendre des difficultés d'adaptation.

Au passage nous ferons allusion à la théorie socio-culturelle fondamentale dans les traditions africaines. Nous mettrons l'accent sur la pratique dans les cultures béninoises.

La théorie piagétienne est une théorie constructiviste. Elle postule que le réel se construit grâce à l'action. Pour Jean PIAGET, c'est en agissant sur l'environnement que l'enfant construit ses différents raisonnements. Contrairement à Freud, PIAGET considère l'affectivité comme un sous-produit du cognitif qui est pour lui le concept central. Il s'intéresse à l'adaptation qui fait appel à deux mécanismes qui sont complémentaires et indissociables.

- **l'assimilation** : action de l'organisme sur les objets qui l'entourent ;

- **l'accommodation** : action du milieu extérieur sur l'organisme ;

Il détermine des repères dans le développement de l'enfant. Ces repères sont :

- La représentation
- La réversibilité
- Et l'abstraction

Alors pour expliquer les différentes phases du développement de l'enfant, Jean PIAGET a utilisé trois grands stades à savoir :

- **L'intelligence sensori-motrice de la naissance**

Son développement repose sur un ensemble d'acquisitions et de coordinations, rendus possible grâce au développement moteur et sensoriel de l'enfant.

- **La pensée préopératoire et opératoire de 2 à 11- 12 ans**

Vers deux ans, l'enfant devient capable d'évoquer des objets ou des événements absents au moyen de signe et de symbole mais sa pensée reste sous l'emprise de la perception qui l'empêche de coordonner entre elle deux actions successives

(pensées intuitives). A partir de cinq (5) à six (6) ans l'enfant devient capable d'articuler et de coordonner entre elles différentes représentations et la réversibilité caractérise le stade opératoire.

- **La pensée formelle**

De onze (11) ans à douze (12) ans à quatorze (14) ans seize (16) ans ; à partir de cet âge, l'adolescent peut raisonner sur toutes les hypothèses possibles, indépendamment des données observées, et utilise donc un raisonnement hypothético-déductif.

Le concept de développement mental freudien (Sigmund FREUD) le plus connu est la sexualité infantile. L'affectif tient une place dominante dans sa conception. L'originalité chez FREUD est que le développement psychologique repose sur le corps qui est le support du fonctionnement mental. FREUD distingue quatre stades du développement affectif :

- **Le stade oral** : Il recouvre approximativement la première année de la vie et globalement c'est une année consacrée à la préhension à la prise d'aliments mais aussi à la prise d'informations au sens large. La zone érogène prévalent ou source pulsionnelle est donc la zone bucco-labiale ; le carrefour aéro-digestif jusqu'à l'estomac et aux poumons ; les organes de la phonation mais aussi tous les organes sensoriels. L'objet pulsionnel est représenté par le sein ou son substitut. Le but pulsionnel est double: d'une part un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène orale et d'autre part un désir d'incorporation des objets. En avalant l'objet l'enfant se sent uni à lui et avoir l'objet en soi équivaut à être l'objet.

-**Le stade anal** : Il s'étend de la période de deux (2) ans à celle de trois (3) ans ou quatre (4) ans et correspond à la période où la maîtrise de sphincters permet au jeune enfant d'évacuer ses excréments. La zone érogène est concentrée

autour de la zone anale qui devient un nouveau lieu de plaisir. L'objet pulsionnel est complexe car il ne peut être réduit au boudin fécal, la mère et l'entourage constituent un objet partiel fonctionnel à maîtriser et à manipuler. Le but pulsionnel est double : d'une part un plaisir auto-érotique par stimulation de la zone érogène anale grâce aux selles; d'autre part une recherche de pression relationnelle sur les objets et les personnes qui commencent à se différencier.

- Le stade urétral ou phallique: Il intervient vers cinq ou six ans. A cet âge Freud décrit l'existence de « Théorie sexuelle infantile ». L'enfant prend conscience de la différence anatomique des sexes. La découverte de cette différence de sexe est un moment important de la vie psychique de l'enfant et peut être source d'angoisse c'est le complexe de castration. La castration signifie qu'on lui retire un sexe et la puissance qui lui était attribué. Le fait de se rendre compte de son identité est pour la fille comme pour le garçon le moment de la mise en place de l'identité sexuelle et de l'affirmation de soi. Il s'agit d'une grande confrontation à l'identité sexuelle avec nécessité de renoncer aux attributs d'un sexe pour ne plus vivre que dans ceux de son sexe anatomique. C'est donc une grande période de deuil et de renoncement. Ce complexe de castration va jouer un rôle important dans la mise en place du complexe d'Œdipe.

-Le stade génital : Il commence à la puberté et perdure durant toute la vie adulte. La puberté place donc l'individu devant deux impératifs complexes et souvent douloureux : accepter et intégrer définitivement une identité sexuelle, et renoncer à son premier choix amoureux pour reporter son désir à l'extérieur de la cellule familiale. C'est un moment de mal être et de révolte souvent incontournable dont la difficulté dépend de la façon dont les choses ont été vécues par le passé. L'adolescent s'oppose à ses parents pour parvenir à s'en détacher et ses manifestations paraissent souvent excessives ou ingrates.

Il s'agit d'une période délicate pour l'ensemble des membres de la famille.

Les conflits peuvent se résoudre ou s'envenimer selon les réactions de chacun.

La théorie socio-culturelle consiste à tenir compte des réalités de nos cultures, de nos sociétés et de pouvoir accorder une place de choix au pouvoir des mots. A l'origine, une culture est synonyme d'enracinement, de fidélité et d'espérance ; c'est une organisation, une transmission des valeurs et symboles qui constituent la trame matricielle dont les Institutions tissent les fils qui font l'histoire groupale. S'impose alors le recours au mythe et à la langue, etc., point d'ancrage du sentiment d'appartenance et d'identité groupale façonnant largement la connaissance personnelle. Tenant compte de la dimension à visée collective, la culture permet de canaliser les pulsions anti sociales, les contenir et permettre une communion à l'esprit qui anime les êtres humains dans leur maîtrise de l'environnement et de leur destin. Plus loin nous mettrons un accent particulier sur l'ethnopsychologie.

Henri WALLON prend l'enfant comme un être global. Ainsi, même s'il souligne le côté affectif du développement et l'influence de l'environnement, il accorde une importance égale à l'affectif, au social et au cognitif, qui pour lui sont indissociable de la personne. D'après lui, *l'enfant naît social*.

Erik ERIKSON analysé d'Anna FREUD, fille de Sigmund FREUD est un psychanalyste d'enfant. Il élabore huit stades de l'individu qui s'étendent de la naissance à la vieillesse:

- ✚ Le stade oral sensoriel (0-1an) où l'enfant développe la confiance où la méfiance.
- ✚ Le stade musculaire anal 1-3ans où l'enfant développe l'autonomie où la honte et le doute.

- ✚ Le stade locomoteur génital 4-5 ans où l'enfant développe l'initiative ou la culpabilité.
- ✚ Le stade de latence 6-11ans où l'enfant développe l'activité ou l'infériorité.
- ✚ Le stade d'adolescence 12-18ans où l'enfant développe l'identité ou la confusion de rôle.
- ✚ Le début de l'âge adulte 19-35ans où l'adulte développe l'intimité ou l'isolation.
- ✚ L'âge adulte 35-50ans où on note chez l'adulte la généralisation ou la stagnation.
- ✚ La maturité 50ans et plus où l'adulte développe l'intégrité du moi ou le désespoir.

L'un des apports de sa théorie, à la théorie de FREUD est de permettre de comprendre pourquoi les personnes qui ont été contrariées lors des stades de l'enfance ont autant de difficultés à gérer les crises de la vie adulte. Plus important encore cela a pu donner des clefs d'interprétation à des thérapeutes et ainsi ouvrir des portes vers la résolution des problèmes pratiques. Dans le même temps elle a pu être un socle et un guide important pour les éducateurs.

1.1.3. Quelques concepts sur le VIH/SIDA et les structures de prise en charge

Le VIH désigne le Virus d'Immunodéficience Humaine. Il infecte essentiellement les cellules vitales dans le système immunitaire humain. Sans traitement, les personnes infectées par le VIH risquent de développer le SIDA.

Le SIDA est le Syndrome d'Immunodéficience Acquis, qui est un état dans lequel le système immunitaire humain s'affaiblit progressivement, conduisant à des infections opportunistes pouvant entraîner la mort. Ces infections prennent le dessus sur le système immunitaire affaibli.

L'enfant infecté par le VIH/SIDA ou EiVIH en abrégé est tout enfant dans la limite d'âge de 5 à 17 ans atteint du VIH/SIDA à la suite de transmission surtout materno-infantile ou par autre voie de transmission.

Les structures de prise en charge sont des sites ou centres socio-sanitaires (centres de santé, de conseil et d'écoute à caractère public, privé, associatif) destinés à offrir aux EiVIH/SIDA, à leurs familles et aux différentes communautés, un sentiment de confiance en vue d'atténuer la répercussion des difficultés liées aux infections du VIH/SIDA dans les domaines médical, social et psychologique.

Ainsi, la prise en charge du malade du VIH/SIDA, est l'offre de traitement et de suivi médical du malade porteur du VIH dans une structure appropriée.

Par conséquent, cette forme de prise en charge confère aux PvVIH/SIDA en général et particulièrement aux EiVIH/SIDA un bien-être psycho-social qui s'exprime par la santé mentale, émotionnelle et les relations sociales de l'individu positives, normales et adaptées à sa personne et à son environnement. C'est ce qui traduit un soutien psycho-social qui n'est rien d'autre qu'un processus mettant en relation durable et confiante un accompagnateur et une personne ayant besoin d'aide. Spécifiquement, il s'agit d'apporter un réconfort moral, mental et matériel à une personne infectée ou affectée par le VIH dans le but d'améliorer sa condition de vie au sein de sa famille et dans la communauté. Autrement dit, il s'agit d'une prise en charge psychosociale qui passe par le soutien psychologique indispensable pour toute personne porteur du VIH/SIDA.

A la suite de ce type d'événement où longtemps après (infection) peuvent apparaître des symptômes divers et variés pouvant nécessiter une consultation, il s'agit notamment de : agitation interne, comportement de dépendance, humeur dépressive, sentiment de fatigue et d'épuisement, anxiété, maux de tête et migraine, trouble de la concentration et de la performance, pensées fixes

(obsessionnelles, troubles de sommeil). Nous mettons de côté des propos incohérents ou des hallucinations qui nécessitent quant à eux, une intervention d'urgence.

Le terme stigmaté fait référence chez le peuple grec aux marques corporelles que l'on faisait sur autrui pour mettre en avant ce qu'il y avait d'inhabituel et de détestable dans le statut moral de la personne ainsi signalée. La personne était marquée dans sa chair et ainsi tous les citoyens étaient informés que cette personne était mise à l'index et bannie de la société et devaient fuir cette personne marquée du sceau de l'infamie. Ces marques faites par la main de l'homme représentent aujourd'hui les disgrâces que peuvent « porter » certaines personnes. . Comme le précise Ervin Goffman, « *un stigmaté représente donc en fait un certain type de relation entre l'attribut et le stéréotype* »

La stigmatisation, selon le Dictionnaire Larousse, est définie comme un blâme public, une mise en quarantaine.

La discrimination, selon le Dictionnaire, Larousse, est le fait de traiter quelqu'un ou un groupe différemment que les autres membres de la communauté ; c'est la ségrégation raciale.

D'où la nécessité pour un changement de comportement (ECC : Education pour un changement de comportement) qui permet d'amener les EIVIH/SIDA par les jeux et l'insertion des groupes de paroles à adopter de nouvelles attitudes à leur avantage.

1.2. Etat de la question

Aucune recherche ne peut émaner du néant, mais elle s'inscrit nécessairement dans le prolongement des études antérieures sur la question (Guidère, 2004). Ainsi notre travail fait-il référence aux connaissances déjà élaborées dans le domaine de la prise en charge psychologique des Pv VIH/SIDA.

L'épidémie du VIH est une crise de santé mondiale par sa vitesse de propagation, par les modes de contamination et particulièrement par l'inexistence de vaccin pour sa prévention et pour le traitement et le suivi des malades. Ce qui lui valait le nom de "mal du siècle".

C'est en 1981, que le virus du SIDA a été découvert pour la première fois aux Etats-Unis d'Amérique. OMS, 2005

Les premiers malades connus sont principalement homosexuels ou consommateurs de drogue par voie intraveineuse. Les cas se sont par la suite multipliés, atteignant également les personnes transfusées, des hétérosexuels et des enfants.

Le premier cas de VIH/SIDA a été découvert au Bénin en 1985. Un système de surveillance épidémiologique du VIH/SIDA a été mis en place en 1990 sur la base de sites sentinelles et ciblant les femmes enceintes et les patients atteints d'infections sexuellement transmissibles (IST). Ce système de surveillance a montré une progression rapide de la prévalence de 1992 à 1998 passant de 0,36% à 3,6%. Mais de 1999 à 2010, cette prévalence s'est stabilisée autour de 2% auprès des femmes enceintes. Dans la population générale, la prévalence de l'infection par le VIH est estimée à 1,2%. Les femmes sont significativement plus infectées que les hommes (1,5% versus 0,8%). Malgré cette tendance à la stabilisation, il existe des poches de concentration de forte prévalence au sein de certains groupes à risque comme les travailleuses de sexe (TS) et leurs

partenaires, les prisonniers et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ...

La maladie touche et tue particulièrement les jeunes et les adultes (15 à 49 ans) qui constituent la force productive. L'espérance de vie à la naissance, qui était de 59 ans au recensement de 2002, risque de diminuer si l'épidémie n'est pas maîtrisée. L'estimation du nombre d'orphelins dus au VIH/SIDA reste élevée (288. 073 orphelins dont 46. 288 par le fait de VIH/SIDA pour l'année 2011). Le cas spécifique des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PvVIH/SIDA) en matière de suivi psychologique dans la prise en charge des malades du VIH/SIDA n'a pas fait l'objet d'un engagement particulier dans les politiques de lutte contre le VIH/SIDA (PNLS, 2011). Les cas particuliers des EiVIH/SIDA sont encore plus préoccupants parce que leur suivi psychologique selon les âges n'est pas aisé. Si l'évolution physique d'un petit enfant est connue de tous, son évolution psychologique et affective l'est moins. Sa manière de vivre est pourtant la base de son bien-être, de son équilibre et engage, pour l'avenir, son développement mental et ses capacités d'ouverture au monde. Une autre différence entre les enfants et les adultes est que leur système immunitaire n'a pas fini de se développer (PNLS, 2011). Peu de recherches ont été effectuées pour déterminer précisément quel effet le VIH exerce sur un système immunitaire en développement, mais nous avons noté dans les travaux de recherche de PNLS, Avril 2013, que les enfants atteints du VIH/SIDA ont tendance à contracter davantage d'infections bactériennes, comme des pneumonies et des sinusites. En outre, ils sont généralement plus susceptibles à la diarrhée et à la candidose buccale. Certains d'entre eux ont également des problèmes de peau comme les verrues et le molluscum contagiosum (éruption cutanée caractérisée par l'apparition de petits bosses. Il faut noter qu'il y a tant de problèmes d'ordre psychologique qui troublent la vie d'EiVIH/SIDA, sans

que l'on ne s'en rende compte s'il n'y a pas un suivi psychologique pour accompagner le traitement du VIH/SIDA.

Le Dr. David Masson a traité la question des interactions médicales et psychologiques dans le suivi de l'enfant infecté par le VIH en abordant les spécificités de l'infection chez l'enfant : cette infection est fluctuante, chronique, douloureuse, visible ou non, stigmatisante et potentiellement mortelle. Ces spécificités justifient qu'un suivi psychologique soit mis en place. Il a ensuite évoqué la fréquence des douleurs chez l'enfant, douleurs souvent sous-diagnostiquées et insuffisamment traitées, qui impliquent des conséquences psychologiques négatives.

Aussi HAAK, J. et al, 1992 ont-ils abordé le côté de la gestion du stress qui est perçue comme liée étroitement au mode de réaction habituelle de la famille face au VIH/SIDA. Et que dans un contexte culturel particulier, la personne infectée risque de vivre le fléau comme un jugement moral ou une punition. Il donne les points essentiels sur l'aspect spécifique de l'épidémie du VIH/SIDA. Ainsi, nous avons constaté que les aspects spécifiques de l'épidémie du SIDA semblent contribuer à l'impact très particulier de la maladie sur le plan psychologique, social et médical :

✧ Le diagnostic de l'infection contraint parfois le malade à s'identifier à un membre d'une minorité incluse ou contraint le malade à se retrouver dans une communauté où il est marginalisé.

✧ Le rejet social et la crainte associée à l'aspect contagieux de la maladie amène autrui, y compris les membres de la famille, à éviter les contacts physiques et sociaux avec la personne infectée.

✧ Les personnes infectées sont vulnérables aux sentiments de culpabilité, de haine à leur encontre, de rejet et de l'ostracisme ; mais aussi au sentiment de

peur, d'anxiété, de dépression, de colère qui accompagnent les maladies opportunistes (PNLS, 2011)

Le Programme National de Lutte contre le SIDA (2007-2011) a mis un accent particulier sur la prise en charge nutritionnelle et psychosociale des PvVIH/SIDA qui ne s'est pas généralement accompagné d'un appui nutritionnel et surtout psychologique en dehors de quelques initiatives ponctuelles de distribution des vivres au niveau de certains sites de PEC, au profit des malades sous ARV. Un des problèmes importants est celui de la stigmatisation/discrimination des actions concernant les PvVIH/SIDA et les EiVIH/SIDA.

Par ailleurs certains auteurs comme ERIN, M. et ses collaborateurs ont montré que les jeunes représentent l'un des groupes les plus vulnérables à l'infection au VIH puis ont mis au point des mesures efficaces pour lutter sinon éradiquer ce fléau qui est à la base de nombreuses perturbations. Les jeunes ont souligné qu'il n'existe aucun protocole fédéral portant sur le traitement du VIH/SIDA chez les jeunes et que l'on ne consacre pas suffisamment de ressources financières dans les collectivités pour offrir aux jeunes séropositifs des endroits où ils se sentiraient en sécurité.

SIMPORE J. (2011), dans son ouvrage ''Prévention de la Transmission Verticale du VIH'' demande une assistance spéciale des enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA parce qu'ils en ont besoin. Pour cela, il faut être en mesure d'assurer un environnement favorable aux orphelins, aux filles et aux garçons infectés et affectés par le VIH/SIDA, notamment en leur fournissant des services appropriés de consultation et d'aide psychosociale, en veillant à ce qu'ils soient scolarisés et qu'ils aient accès à un logement et à une bonne nutrition ; garantir la non-discrimination et la jouissance entière et égale de tous les droits fondamentaux de la personne par la promotion d'une politique active

et visible pour faire cesser la stigmatisation des enfants rendus orphelins et vulnérables par le VIH/SIDA.

BOUTY C. et *al.* (2010), ont abordé la question en mettant l'accent sur le côté discriminatoire fondée sur l'état de santé. Ils affirment que : la discrimination fondée sur l'état de santé est une conséquence de la stigmatisation. C'est le comportement individuel qui est jugé en particulier, celui en marge des normes sociales établies. La pandémie du VIH/SIDA est particulièrement représentative de celle-ci. Le problème est que la stigmatisation est à l'origine d'actes discriminatoires et entraîne un rejet de la personne envers elle-même et de la société vis-à-vis d'elle. Cette dépréciation morale du patient provoque une marginalisation et un isolement social liés à l'état de santé sont classées en 4 catégories: physique, verbale, morale ou institutionnelle (logement, médias...) ; elles peuvent être ressenties et/ou communiquées verbalement ou non verbalement au patient ; et aussi par des actions ou, des comportements discriminatoires ce qui peut conduire le patient à la dépression.

Ainsi dans son ouvrage intitulé *Neuropsychiatrie infantile*, Pierre DEBRAY-RITZEN, 1981 relève que la dépression de l'enfant est mal connue en psychiatrie infantile. Selon lui, il existe chez l'enfant des formes dites mineures, larvées ou masquées qui devraient surtout retenir l'attention. Cette forme de dépression est souvent mêlée à divers troubles de comportement qui tiennent la plupart du temps le devant de la scène. Ainsi, disait l'auteur, il s'agit de troubles de conduite sociale, qui, quelquefois se manifestent d'une part sur un mode actif comme l'opposition, la rétivité (refus d'obéir), les excès de colère, le repli sur soi, le désintérêt scolaire etc. Paradoxalement, ces mêmes symptômes à priori sont d'emblée considérés comme anormaux chez l'adulte et appellent souvent une demande d'aide.

L'approche épidémiologique de l'évolution de la dépression infanto-juvénile a été abordée par GASQUET, 1994, p. 535-566 dans son ouvrage « *la psychiatrie de l'enfant* » qui relève des variables comme l'âge et le sexe. De l'étude faite par cet auteur sur la dépression infanto-juvénile, il ressort que la dépression chez l'enfant et l'adolescent rencontre des difficultés sur le plan épidémiologique dans le domaine psychiatrique en général. La dépression infanto-juvénile est spécifique ; c'est le point de vue historiquement ancien qui considère que les formes atypiques ou « masquées » de dépression sont les formes les plus fréquentes chez l'enfant et l'adolescent, l'affect dépressif (tristesse) pouvant être soit absent, soit au second plan derrière des manifestations symptomatiques qui ont été appelées des « équivalents dépressifs ». Ces troubles symptomatiques sont très variables selon l'âge et le sujet et peuvent être également d'ordre somatique.

Pour certains auteurs, la dépression infanto-juvénile et celle de l'adulte auraient une sémiologie identique. Cette assertion très récente vient des conclusions issues des résultats neurobiologiques et cognitives sur la dépression infanto-juvénile et celle de l'adulte. Il existe cependant des différences, mais il s'agit du même phénomène psychopathologique. L'auteur explique que la différence importante qui existe entre la dépression infanto-juvénile et la dépression de l'adulte est que la dépression de l'enfant et de l'adolescent est associée à d'autres troubles psychiatriques que chez l'adulte. Les troubles d'anxiété, comme l'angoisse de séparation après le décès d'un proche ou autre cause, la phobie scolaire et/ou les troubles de conduite sont particulièrement fréquentes chez l'enfant ou l'adolescent déprimé.

A la lumière de cette abondante revue littéraire qui aborde la problématique de la prise en charge des PvVIH/SIDA, il nous revient de signaler qu'elle n'aborde pas le volet de la contribution à la prise en charge psychologique des enfants

infectés par le VIH/SIDA. Cela est dû à la grande importance qu'on accorde aux adultes ; d'où l'objet de notre étude.

1.3. Problématique

Sur le plan mondial, le VIH/SIDA a causé le décès de plus de vingt (20) millions de personnes au cours des deux dernières décennies, et l'on estime à quarante (40) millions le nombre de personnes qui vivent avec cette pandémie. La plupart de ces victimes sont des parents dont la disparition a amené les enfants à vivre dans des conditions extrêmement difficiles. L'impact du VIH/SIDA sur les enfants est immense et pour cause, le Rapport de l'UNICEF (2006) intitulé « *Children on the Brink* » (enfant au bord du gouffre) estime qu'à l'heure actuelle, 13 millions d'enfants âgés de moins de 15 ans ont perdu l'un des deux parents du fait du SIDA et sont eux-mêmes porteurs du virus du VIH/SIDA. Actuellement 80 % de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne. Au niveau international, les 21 pays à prévalences les plus élevées du VIH/SIDA se trouvent en Afrique.

Le VIH/SIDA représente donc désormais la première grande menace sur le développement de l'enfant sur tous les continents du monde. Il existe déjà une bibliographie importante sur la prise en charge des enfants vivant avec le VIH/SIDA, mais le gros de cette documentation porte sur des enfants dans les pays développés.

Au vu des conséquences néfastes du VIH/SIDA sur les ménages et les communautés, on constate un accroissement de la prise en charge d'enfants par des personnes âgées et une multiplication du nombre des ménages à enfants'' chef de famille'' dans les pays africains et asiatiques les plus durement frappés. Des générations d'enfants grandissent aujourd'hui en Afrique en voyant leurs droits à l'éducation et à la santé, à la protection et la prise en charge, compromis par le VIH/SIDA, et se retrouvent de ce fait privés en grande partie de la

capacité de se développer en adultes. Du moment où des enfants sont concernés, il convient particulièrement de concevoir le VIH/SIDA comme un problème de développement élargi et non comme un problème de pure santé publique.

Le Bénin a un taux de prévalence qui a augmenté de 2,06% en 1997 pour la tranche d'âge de 15-49 ans, à 5,5% en 2001. En 2008, au total 6.748 adultes et 972 enfants ont présenté des infections opportunistes au cours de l'année contre 7.659 adultes et 1.046 enfants en 2007. Concernant le traitement, le nombre d'adultes et d'enfants traités pour les infections opportunistes est respectivement de 6688 et 972. En 2009, 7104 adultes et 697 enfants ont été mis sous traitement préventif des infections opportunistes.

Le système de prise en charge des PvVIH/SIDA au Bénin n'a pas suffisamment pris en compte la prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA sur les différents sites appropriés. Cette PEC des enfants infectés se limite à la PEC médicamenteuse, à des conseils, à des visites à domicile, au soutien moral au cours du counseling pour l'annonce des résultats et à l'encouragement à une bonne observance médicale. La prise en charge psychologique des patients n'est pas perceptible dans la pratique du personnel de santé mais elle est néanmoins assurée par les acteurs de la société civile à l'hôpital de zone de Ouidah, il s'agit surtout des médiateurs et des médiatrices qui appuient le personnel de santé pour les activités suivantes : consultation d'observance, visite à domicile, recherche des perdus de vue, conseil hygiéno-diététique et nutritionnel. Les médiateurs engagés par l'ONG ESTHER, sont utilisés pour pallier le déficit du personnel. Ils jouent pratiquement pour la plupart le rôle de psychologues sur les sites où il y a absence de psychologue. Ils ont été formés dans divers domaines tels que la nutrition, la PTME, l'éducation thérapeutique et la prise en charge psychosociale. Il existe très peu de psychologues intervenant dans la PEC psychologique des EiVIH/SIDA au Bénin.

Des études ont montré que le VIH/SIDA induit des situations de vulnérabilité à plusieurs niveaux chez les enfants:

- ❖ Vulnérabilité psychoaffective (manque de confiance ; baisse de l'estime de soi ; perte des liens ; deuil ; isolement et marginalisation).
- ❖ Vulnérabilité sociale (fragilité des mécanismes de tutorat, accentuation de la mobilité des enfants, dislocation de la cellule familiale, séparation de la fratrie, abandon scolaire, non scolarisation, etc.)
- ❖ Vulnérabilité économique (paupérisation des familles, travail précoce, développement des situations de «survie», etc.)
- ❖ Vulnérabilité juridique (violation des droits successoraux, violation des droits des enfants)

Au vu des réalités présentes, comment alors contribuer à une meilleure prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah?

Pour répondre à ce questionnement nous avons émis les hypothèses suivantes:

1.3.1- Les hypothèses de l'étude

1.3.1.1- Hypothèse générale

La prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah est inadéquate par rapport aux normes requises.

1.3.1.2- Hypothèses spécifiques

Elles sont au nombre de trois :

- 🇳🇵 L'organisation mise en place pour la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah est mal structurée.
- 🇳🇵 Le personnel soignant de l'hôpital de zone de Ouidah n'est pas assez outillé et qualifié pour la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA.

- ✚ La prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA constitue une problématique dans notre pays.

Sur ce, nous nous sommes fixées certains objectifs à savoir:

1.3.2- Objectifs de l'étude

1.3.2.1- Objectif général

L'objectif général de l'étude est le suivant : par des propositions concrètes améliorer la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah.

1.3.2.2- Objectifs spécifiques

En raison des perturbations psychologiques qui affectent les EIVIH/SIDA, comme l'inquiétude, la solitude, la peur, et la stigmatisation sociale, les objectifs spécifiques visés par l'étude se présentent ainsi :

- ✚ Identifier les EIVIH/SIDA qui se soignent à l'hôpital de zone de Ouidah.
- ✚ Evaluer l'impact psychologique du VIH/SIDA sur les enfants.
- ✚ Formuler des propositions concrètes pour renforcer le suivi psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah.

CHAPITRE II : CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1. Cadre physique de l'étude

2.1.1. Brève présentation de la ville de Ouidah

➤ Historique et situation géographique de Ouidah

Ouidah est une ville historique du Bénin. Elle est située à 42 km de Cotonou. Sa création remonte aux années 1500 avec la migration du peuple houéda vers ce qui était encore un petit village du nom de Sahê, qui deviendra savi sous l'impulsion du roi AHOHO. Cette ville a été au XVII^e- siècle un des principaux centres de vente et d'embarquement d'esclaves dans le cadre de la traite négrière (Europe et Amérique) pour travailler dans les plantations de canne à sucre

Les Portugais appelaient les houéda, « Ouaèda' », les Anglais les appelaient, les 'Djuda' et enfin les Français, 'Ouidah' qui restera le nom de la ville jusqu'à ce jour. (Google *Revue sur Historique de Ouidah*, Juillet (2015)).

➤ Situation socio démographique

La commune de Ouidah est une commune du département de l'Atlantique. Conformément à la loi 97-028 du 15/01/99 portant sur l'organisation de l'administration territoriale de la République du Bénin, le territoire national est découpé en 12 départements. Sa population actuelle est d'environ soixante mille (60 000) habitants. (Projections démographiques à partir du RGPH 3 de 2002 réalisé par l'INSAE).

➤ Activités socioéconomiques

Le niveau socioéconomique est faible et les populations vivent essentiellement d'agriculture, de petit commerce et de pêche. Par ailleurs, le secteur touristique

est particulièrement pratique dans la zone sanitaire du fait de l'existence de sites touristiques variés dans la ville de Ouidah:

- le temple de python,
- la forêt sacrée (''kpassè zounmè''),
- le musée d'histoire,
- la porte du non-retour,
- le circuit de la route des esclaves.

2.1.2. Présentation de l'hôpital de zone de Ouidah

2.1.2.1. Contexte historique de la création de l'hôpital de zone de Ouidah

La Zone Sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito, située dans le Département de l'Atlantique, est constituée de trois collectivités décentralisées, à savoir les communes de Ouidah, de Kpomassè et de Tori-Bossito, et compte 25 arrondissements. La zone sanitaire couvre une superficie de 942 Km², dont 320 pour Ouidah, 293 pour Kpomassè et 329 pour Tori-Bossito. La Zone sanitaire Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito est située au Sud du département de l'Atlantique. Elle est limitée au Nord par la zone sanitaire d'Allada, à l'Est par la zone sanitaire d'Abomey-Calavi et la commune de Zê, à l'Ouest par le lac Ahémé qui constitue une frontière naturelle avec le département du Mono, au Sud par l'Océan Atlantique sur une distance d'environ 60 km. Elle dispose d'un hôpital de zone qui dans le système de santé publique du Bénin constitue un centre de santé de référence au niveau de la Commune.

Dans la stratégie de prise en charge des PvVIH/SIDA, l'hôpital de zone de Ouidah est érigé en un site de prise en charge des PvVIH/SIDA. Jusqu'au 31 Décembre 2007, le centre de santé de Ouidah a enregistré 267 PvVIH/SIDA

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

sous anti-rétroviraux (ARV) parmi lesquels les enfants infectés par le VIH/SIDA sont au nombre de 93.

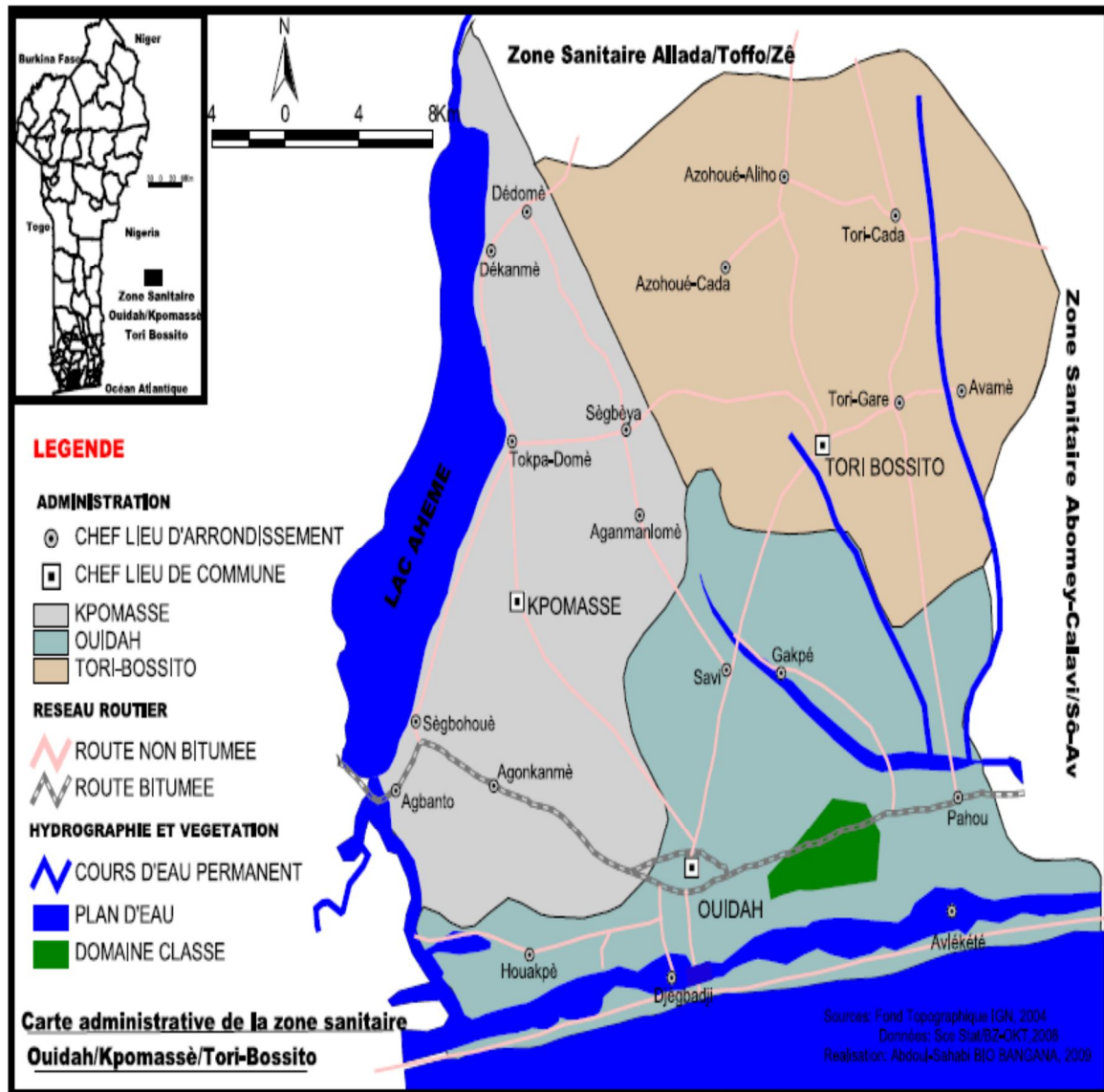


Figure n°-1 Zone sanitaire OKT Archives de l'hôpital

La population de la Zone Sanitaire est estimée à 238.814 Habitants à l'an 2011, avec un taux d'accroissement de 3,3% par an sur la base des projections du dernier recensement de 2002 (RGPH3). La densité moyenne est de 257 habitants/km². De cette projection découlent les cibles par formation sanitaire.

Les principaux groupes ethniques rencontrés sont : Fon, Xwla, Sahouè, Aïzo, Pédah, Peulh, Yorouba, Adja, Nagot, Mina. On y trouve les groupes minoritaires tels que les djermas, les Gouns et apparentés. Les principales religions pratiquées sont : l'animisme, le christianisme, l'islam et quelques autres sectes non négligeables. Les tradi-praticiens constituent également un recours non négligeable des populations en cas de maladies et de ce fait, constituent un groupe important dans la prise en charge des malades (Archives hôpital de zone de Ouidah, 2011)

2.1.2.2. Dispositifs de prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

▲. Dispositifs structurels

En plus des structures publiques, la zone sanitaire de Ouidah compte un nombre important de structures sanitaires privées et d'acteurs de la médecine traditionnelle.

En matériel et équipement technique, ainsi qu'en ressources humaines qualifiées pour le cas spécifique des PvVIH/SIDA en général, la zone sanitaire de Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito compte 388 agents toutes catégories confondues en 2013.

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le
VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

Tableau 1 Organisation du système de santé dans Ouidah/Kpomassè/Tori-Bossito

Niveaux	Structures	Institutions hospitalières et socio-sanitaires	Spécialités
PERIPHERIQUE	Zone Sanitaire (Bureau de Zone)	<ul style="list-style-type: none"> - Hôpital de Zone (HZ) - Centre de Santé (CS) - Centre d'Action de la Solidarité et d'Evolution de la Santé (CASES) - Formations sanitaires privées - Centre de Détection de la Tuberculose (CDT) - Unité Villageoise de Santé (U.V.S.) 	<ul style="list-style-type: none"> -Médecine générale - Chirurgie d'urgence -Gynéco-obstétrique - Dispensaire - Maternité - Alphabétisation - Loisirs -Radiologie -Laboratoire -Pharmacie ou dépôt pharmaceutique -Soins -Accouchements -Caisse de pharmacie

Source: hôpital de zone de Ouidah, 2013

▲. Dispositifs techniques de prise en charge psychologique des EïVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

La prise en charge psychologique est le suivi psychologique des PvVIH/SIDA en général et particulièrement des EïVIH/SIDA exige des spécialistes en psychologie clinique. La psychologie clinique selon *“l'Indispensable de la psychologie”* de Charlotte MAREAU: «concerne l'étude approfondie des cas

individuels, normaux ou pathologiques dans le dessein de comprendre et d'expliquer le fonctionnement psychique humain, ses troubles et ses perturbations affectives. Elle a également pour objet les aspects psychologiques de la santé, ainsi que les implications psychologiques des maladies somatiques. Elle se centre sur l'individu, dans sa spécificité et sa singularité au plus près de son fonctionnement, ce qui justifie son recours fréquent aux études de cas dans ses descriptions». Du fait, le psychologue clinicien est le spécialiste qui au chevet du malade ou au pied du lit observe les comportements du malade et les manifestations liées aux produits à lui administrer. Les besoins psychologiques de l'enfant sont d'autant plus grands et importants pour les EiVIH/SIDA qu'ils complètent le traitement médical. L'intérêt de ce suivi surtout pour des enfants âgés de 5 à 17 ans infectés du VIH/SIDA est d'autant plus grand que cette catégorie de personnes a besoin de la chaleur parentale, des spécialistes et de toute la communauté ainsi que de la sécurité pour forger leur personnalité face à l'épreuve d'une infection virale sans traitement efficace dont ils ignorent beaucoup de choses.

2.2. Méthodologie de l'étude

2.2.1. Pré-enquête

2.2.1.1. Recherche documentaire

Cette phase a été très intense et s'est étendue sur toute la durée de la rédaction du document. La documentation collectée est de différentes sources et a constitué une base fondamentale d'analyse autour de cette étude. Elle nous a permis d'avoir beaucoup d'informations sur les études et recherches réalisées dans ce domaine, les approches d'analyse empruntées et les résultats obtenus.

Par conséquent, elle nous a permis d'établir les prémices de l'étude et les bases d'analyse. Les bibliothèques et les salles de documentation concernées sont les suivantes:

- Le centre de documentation de la Flash,
- La bibliothèque de l'Institut Français,
- La salle de documentation de l'hôpital de zone de Ouidah (les archives);

L'ensemble des documents qui ont contribué à l'étude est référencé dans la bibliographie.

2.2.1.2. Pré-enquête proprement dite

Elle a durée deux semaines et nous a permis de rédiger le questionnaire d'enquête à l'endroit des personnes ciblées.

Pour le bon déroulement de cette étude dans les conditions requises, les dispositions suivantes ont été prises :

- ❖ Sollicitation d'une autorisation auprès des responsables de l'hôpital de zone de Ouidah.
- ❖ Mise en confiance des enquêtés.

- ❖ La garantie à l'EiVIH/SIDA du respect de la confidentialité à toutes les étapes de l'étude et de l'anonymat.
- ❖ Présentation du but de notre étude.
- ❖ Obtention du consentement éclairé des EiVIH/SIDA et du personnel soignant avant de les inclure dans l'étude.
- ❖ Information des EiVIH/SIDA et des agents de santé de la gratuité de l'étude.

2.2.2. Enquête

2.2.2.1. Enquête proprement dite

Cette phase s'est déroulée de façon concrète sur trois mois, octobre 2013 - décembre 2013. La population de l'étude est constituée des EiVIH/SIDA de la tranche d'âge de 5 à 17 ans compte tenu de la fréquentation de l'hôpital de zone de Ouidah.

Durant cette période, nous avons eu des entretiens semi-directifs avec les EiVIH/SIDA reçus à l'hôpital de zone de Ouidah et parallèlement nous avons adressé des questionnaires aux agents de santé ainsi que les recherches documentaires.

La combinaison de l'approche quantitative et de l'approche qualitative nous a permis d'utiliser les données collectées de façon complémentaire. Dans l'approche qualitative, la revue documentaire, le guide d'entretien élaborée sur la base des entretiens avec les agents de santé de l'hôpital de zone de Ouidah et quelques EiVIH/SIDA ont produit des informations exploitables tout au long de l'étude. Le traitement des données a été fait grâce aux logiciels Word, PowerPoint et Excel.

2.2.2.2. Population- cible-échantillonnage

Nous avons procédé à l'échantillonnage par « disponibilité ». Nous avons ciblé 40 EiVIH sans distinction de sexe dont l'âge se situe entre 5 et 17 ans, mais finalement 32 ont été interviewés. Compte tenu des réalités du terrain, les enfants qui n'étaient pas en mesure de répondre au questionnaire ont été soumis à un entretien par l'intermédiaire d'un parent ou d'un substitut ou d'un médiateur. Treize (13) enfants ont subi l'entretien semi-directif, dix-sept (17) ont répondu au questionnaire de l'enquête et les deux (02) restants ont remis les réponses au questionnaire un (01) mois plus tard.

Sur les 55 présentés dans le tableau synthétique, notre étude ne s'est donc portée que sur les trente-deux (32) EiVIH (rendus disponibles), quinze (15) parents ou tuteurs, cinq (05) soignants de toutes catégories, un (01) Responsable du Service Psychosocial et de deux (02) Spécialistes.

Tableau 2 : Tableau Synthétique des cibles

Catégories de cibles			Total	
1-	EiVIH	Masculin	18	32
	Cas observés et étudiés	Féminin	14	
2-	Parents ou Tuteurs		15	
3-	Soignants		05	
4-	Responsable du Service Psychosocial		01	
5-	Spécialistes		2	
			55	

2.3. Outils de collecte de données

Les principaux outils de collectes utilisés dans le cadre de cette étude sont : l'entretien et les questionnaires.

2.3.1. Technique de collecte de données

Selon le protocole que nous avons élaboré, nous avons recensé les principales réponses relatives à la prise en charge des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah. La collecte des données est effectuée au cours des rencontres à l'hôpital qui se déroulent sur un mode d'entretien et aux dépouillements des questionnaires. A cela s'ajoute l'observation participante; ce qui nous a permis de cerner les contours et les aspects relatifs à notre objet d'étude.

2.3.1.1. Observation participante passive

Elle nous a permis de porter l'attention sur les faits, les gestes, les comportements des enquêtés pour les avoir suivis pendant ce temps.

2.3.1.2. Questionnaire d'enquête et entretien

Nous avons utilisé des questionnaires d'enquête qui nous ont permis d'avoir les renseignements escomptés. Ils sont annexés au présent document.

Nous avons fait l'usage des techniques d'entretien libre et semi-directive soutenu par le questionnaire élaboré à l'endroit des enquêtés. Elles nous ont permis à travers nos échanges avec nos interlocuteurs d'envisager d'autres ouvertures pour enrichir notre travail. Par ces techniques nous avons pu noter à partir des faits relatés, des comportements tels que le ton, le silence, les excitations, les rires, les gênes et quelques fois des pleurs chez nos enquêtés.

2.3.2. Dépouillement et traitement des données

Les dépouillements de nos enquêtes sont faits manuellement et de façon systématique après chaque sortie sur le terrain; ce qui nous a permis de remédier aux omissions et erreurs en les rectifiant lors des sorties suivantes sur le terrain. Nous avons utilisé pour traiter nos données les logiciels Excel et Word. Les techniques d'analyse des données nous ont permis de confronter les informations reçues, de mesurer leur degré de pertinence par rapport à notre thème d'étude.

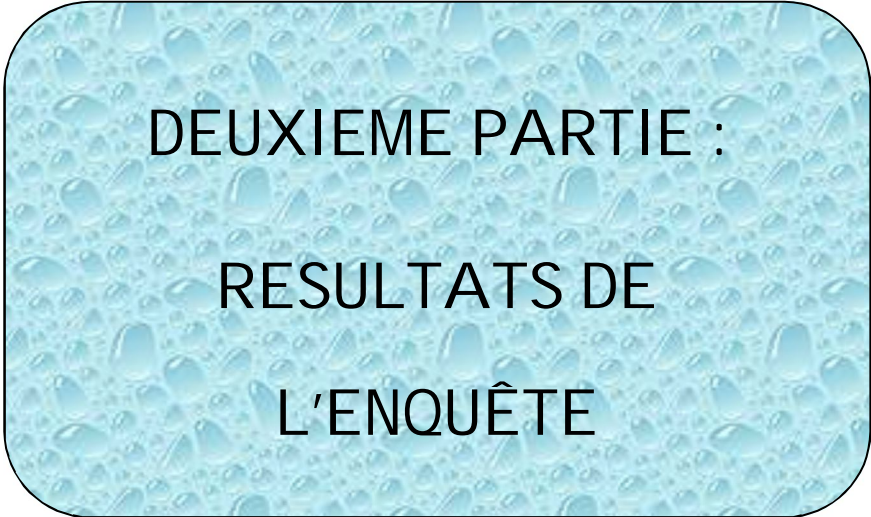
2.4. Difficultés rencontrées

L'étude n'a pas été réalisée sans difficultés. Les difficultés rencontrées sont entre autres, liées à l'accès aux centres de documentation et à l'information à l'hôpital de zone de Ouidah.

En effet l'hôpital de zone de Ouidah ne dispose pas de données statistiques fiables pouvant nous permettre de mesurer la fréquence des EIVIH/SIDA dans ce centre de santé sur ces cinq dernières années. Nous avons pu exploiter que quelques renseignements incomplets pour réaliser l'enquête.

Signalons au passage que l'accès au centre de documentation de la Flash n'a pas été du tout facile, néanmoins la majorité des documents ayant servi à la rédaction de ce mémoire a été trouvée dans les centres de lectures ci-dessus cités. Les tentatives de rencontre avec certains parents se sont soldées par des échecs. Les enfants d'un certain âge conscients de leur état sérologique par peur de la stigmatisation ont fait montre de réticence, de méfiance et d'abdication. On note quelques fois chez ces enquêtés la tendance à recourir à la confusion et au mensonge ce qui a ralenti le cours de nos investigations.

Toutefois, les difficultés de la recherche n'ont pas entamé la fiabilité des données obtenues pour notre analyse diagnostique.



DEUXIEME PARTIE :
RESULTATS DE
L'ENQUÊTE

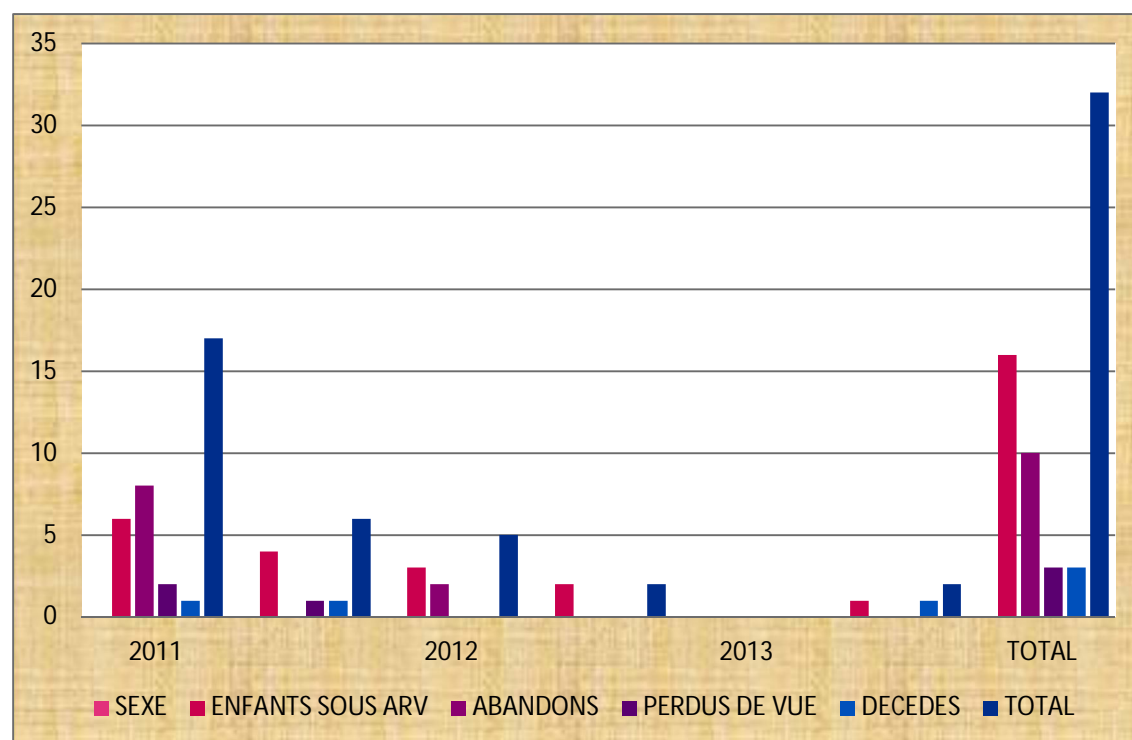
DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUÊTE

CHAPITRE III: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

3.1. Présentation des résultats de l'enquête

Les enquêtes effectuées sur les EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah, ont permis d'avoir des données sur leurs caractéristiques générales, leurs conditions de vie, leurs problèmes psychologiques. Ce sont ici des résultats quantitatifs.

Graphique 1 : Echantillonnage des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

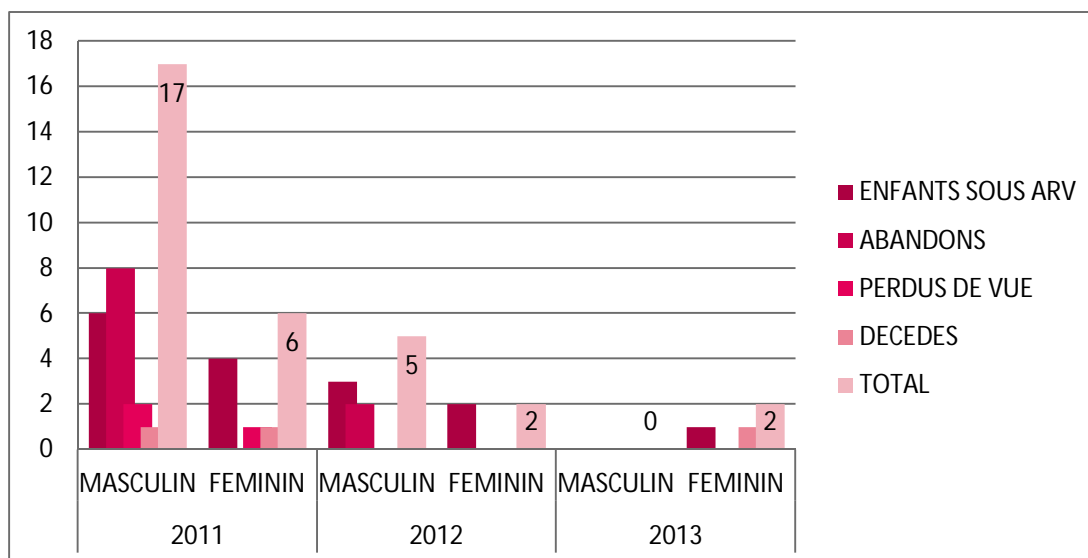


Source: données de l'enquête de terrain EiVIH/SIDA Octobre-Décembre 2013

L'année 2013 présente les faibles taux des EiVIH/SIDA sous ARV. Concernant les cas d'abandons, en dehors de la responsabilité des parents ou des tuteurs de ces enfants, le site de l'étude a une part de responsabilité, sinon la grande responsabilité.

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

Graphique 2 : Répartition des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah selon le sexe

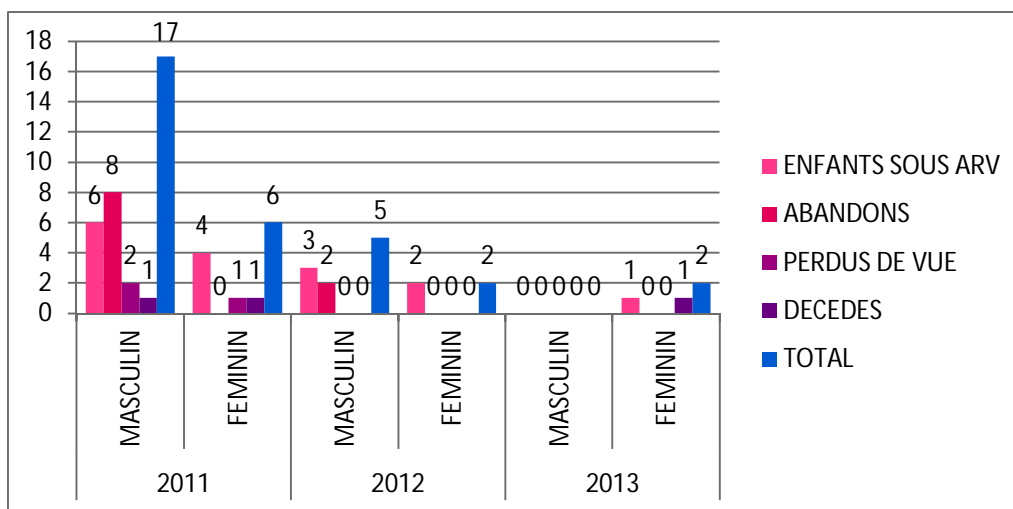


Source: données de l'enquête de terrain EiVIH/SIDA Octobre-Décembre 2013

Il ressort de la lecture de ce graphique que les garçons sont plus vulnérables que les filles. Et de 2011-2013, le taux de vulnérabilité et de fréquentation de l'hôpital de zone de Ouidah décroît au niveau des garçons de même qu'au niveau des filles.

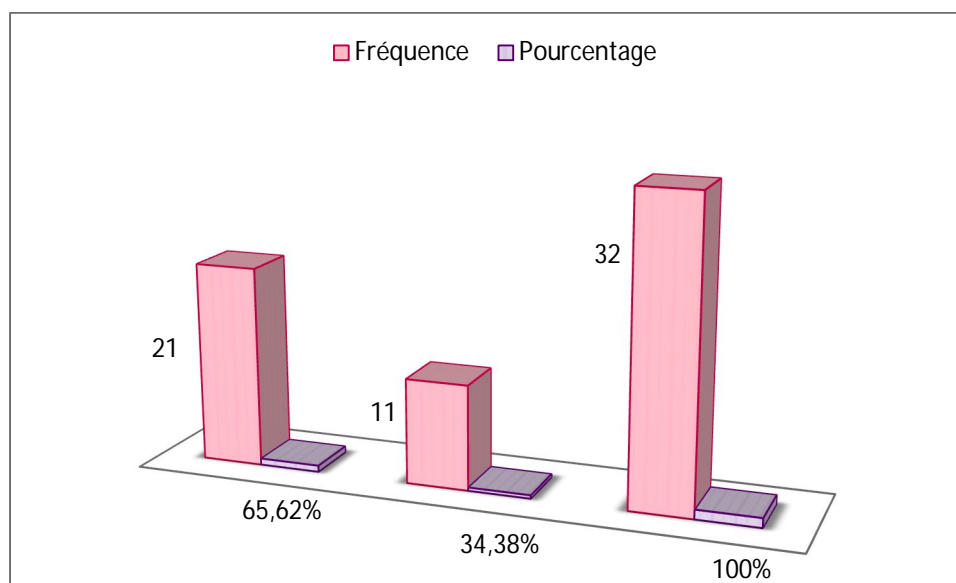
Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

Graphique 3 : Répartition des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah selon la prise de ARV



Source: données de l'enquête de terrain EiVIH/SIDA Octobre-Décembre 2013

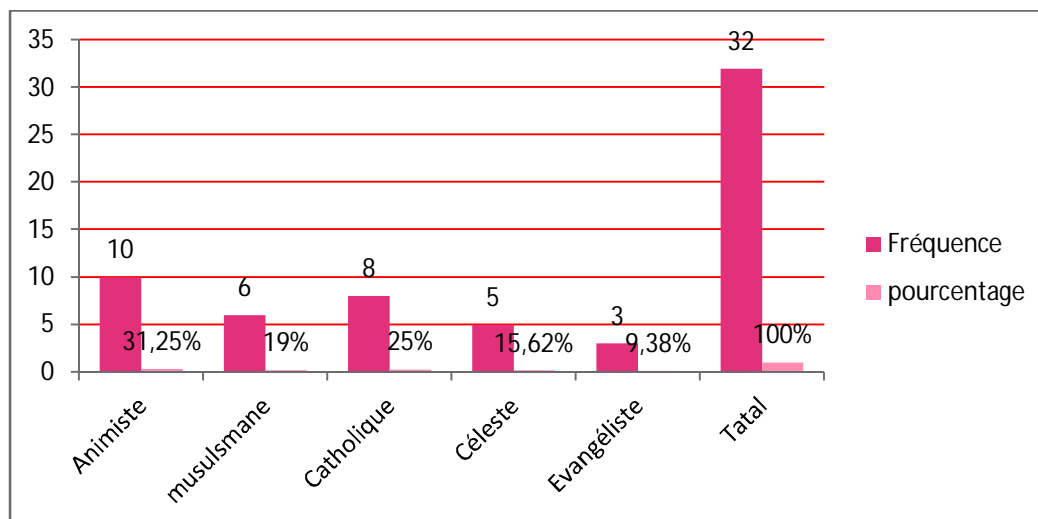
Graphique 4: Répartition des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah selon l'état nutritionnel



Source: données de l'enquête de terrain EiVIH/SIDA Octobre-Décembre 2013

Le graphique 4 montre que 65.62% des EiVIH/SIDA sont mal nourris.

Graphique 5 : Répartition selon la religion des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah



Source: données de l'enquête de terrain EiVIH/SIDA Octobre-Décembre 2013

Les impacts du VIH/SIDA étant perçus différemment d'une communauté à une autre, d'une culture à une autre, chaque société façonne sa propre épidémie du VIH/SIDA. La théorie socio-culturelle consiste à tenir compte des réalités de nos cultures, voir nos sociétés et de pouvoir accorder une place de choix au pouvoir des mots. A l'origine, une culture est synonyme d'enracinement, de fidélité et d'espérance ; c'est une organisation, une transmission des valeurs et symboles qui constituent la trame matricielle dont les Institutions tissent les fils qui font l'histoire groupale. S'impose alors le recours au mythe et à la langue, etc., point encre du sentiment d'appartenance et d'identité groupale façonnant largement la connaissance personnelle. Tenant compte de la dimension à visée collective, la culture permet de canaliser les pulsions anti sociales, les contenir et permettre une communion à l'esprit qui anime les êtres humains dans leur maîtrise de l'environnement et de leur destin. Le graphique 5 montre que 16% des EiVIH/SIDA sont des animistes.

Les graphiques et figures qui précèdent montrent que, le défaut d'un encadrement psychologique des PvVIH/SIDA en général et plus particulièrement des EiVIH/SIDA est sûrement à l'origine des cas d'abandons enregistrés. Et l'impossibilité pour le site de Ouidah, de suivre les EiVIH/SIDA afin de conclure avec certitude à un décès, pose le problème réel des insuffisances de suivi psychologique de certains cas qu'on peut assimiler facilement à un abandon. Il en est de même pour les perdus de vue, malgré la réduction de leur taux pour la période de référence de 15 jours selon les responsables de l'hôpital de zone de Ouidah. La rareté du psychologue implique aussi la rareté de la psychothérapie. Les abandons comme les perdus de vue sont l'expression d'une situation de détresse, de désespoir et de dépression. Pour les catégories d'âge d'enfants ciblés pour l'étude, cette situation serait plus remarquée chez les adolescents. Sur le plan structurel et du plateau technique, la psychologie clinique bien placée pour l'encadrement des cas des EiVIH/SIDA en particulier, est inopérante. Le peu d'intérêt accordé à cet aspect du traitement des PvVIH/SIDA en général et des EiVIH/SIDA en particulier est l'illustration des insuffisances dans la meilleure prise en charge de ces victimes du VIH/SIDA considérés à tort comme des « malades de la honte ». Alors des solutions doivent être envisagées pour une prise en charge efficace des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah. Ces enfants sont à même de vivre des problèmes psychologiques qu'il faut résoudre. Cf. Vignette n°-1 (l'histoire du patient C. annexée)

On observe que la dépression, l'angoisse et la stigmatisation sont les problèmes psychologiques majeurs même si les autres identifiés ne sont pas à négliger.

L'existence de la maladie chronique chez l'enfant affecte profondément son développement affectif, cognitif et relationnel. Elle est source d'une angoisse notamment de mort aussi bien chez le patient que chez les parents. De ce fait, étiqueté puis marginalisé soit par l'entourage immédiat ou par la société, puis

corroboré par l'absence de substitut fixe et aimant, ces enfants victimes du VIH/SIDA souffrent des carences affectives. Ils souffrent de la séparation pathologique qui peut causer des troubles irréversibles de la personnalité. Ainsi, ils ne peuvent être à l'abri de la dépression et de toute la symptomatologie consécutive à la séparation décrite par la pédopsychiatrie (Mazet, 1983).

3.2. Analyse des données

3.2.1. Analyse relative aux données quantitatives

La stigmatisation et la discrimination sont reconnues comme deux facteurs clés qu'il est nécessaire de prendre en compte pour élaborer une réponse efficace et durable en terme de prévention, de soins, de traitement et de réduction des impacts du VIH. Les effets de la stigmatisation et la discrimination en lien avec le VIH peuvent être ressentis à de nombreux niveaux : à celui de l'individu, de la famille, de la communauté, au niveau programmatique et sociétal. Ils représentent des obstacles tels que ceux empêchant un individu de se faire tester ; empêchant des gens de reconnaître qu'eux-mêmes, ou les membres de leur famille, sont séropositifs ; les empêchant de solliciter des soins, un soutien ou un traitement ; les amenant à tromper les autres ; provoquant une gêne réduisant l'utilisation de protections lors de relations intimes ; empêchant des traitements et soins de qualité ; accroissant les inégalités sociales ; entravant l'accès des personnes vivant avec le VIH aux logements, à l'éducation, aux emplois et à la mobilité ; affectant négativement la qualité de vie ; et, finalement, menant à une transmission, une morbidité et une mortalité accrues.

Il s'agit ici de l'adaptation du travail ébauché par F. Delord et M. Hubert, (2000).

Les résultats issus des données quantitatives mettent en évidence le fait que l'hôpital de zone de Ouidah est l'un des sites de prise en charge aussi bien des PvVIH/SIDA que des EiVIH/SIDA. Situé non loin de la frontière bénino-togolaise, il s'agit d'un centre qui devrait enregistrer beaucoup de cas de PvVIH/SIDA et particulièrement de cas de EiVIH/SIDA.

Les données statistiques malgré leurs insuffisances, montrent une faible fréquentation du centre par les EiVIH/SIDA, avec un nombre plus important de filles que de garçons. Ce qui s'expliquerait, selon les résultats des entretiens avec quelques personnes ressources, par la crainte de la stigmatisation imputable

aux parents ou aux tuteurs des enfants malades. Pour bon nombre de ces parents et tuteurs, accompagner les enfants infectés à l'hôpital pour le dépistage et pour un traitement c'est une honte. Pour eux ecore à quoi bon s'exposer à la médisance et aux critiques de la communauté si la victime du mal est considérée comme mourante. (Cf. Vignette n °2 : histoire de la patiente M. annexée)

Mieux, la non fréquentation du centre par les victimes du VIH/SIDA s'expliquerait en partie aussi, par la perception persistante de la mentalité collective sur la question du VIH/SIDA. Lors des entretiens avec les parents ou tuteurs des souffrants du VIH/SIDA, on semble noter dans leur discours que le VIH/SIDA, « c'est un mal inexplicable, provoqué par les pratiques occultes d'envoûtement ». Beaucoup de parents et de tuteurs d'enfants vivant avec VIH/SIDA se convainquent d'une telle affirmation pour se refuser à se soumettre ou à soumettre leurs enfants malades au suivi et au traitement dans un centre approprié. Cette attitude démontre qu'au Bénin les diverses manières dont le VIH/SIDA affecte les enfants sont enracinées dans un contexte avant tout local et accessoirement national. Ce qui nous amènera plus loin à souligner dans notre étude, l'aspect psychoculturel du VIH/SIDA.

Les impacts du VIH/SIDA étant perçus différemment d'une communauté à une autre, d'une culture à une autre, chaque société façonne sa propre épidémie du VIH/SIDA. La théorie socio-culturelle consiste à tenir compte des réalités de nos cultures, voir nos sociétés et de pouvoir accorder une place de choix au pouvoir des mots. A l'origine, une culture est synonyme d'enracinement, de fidélité et d'espérance ; c'est une organisation, une transmission des valeurs et symboles qui constituent la trame matricielle dont les Institutions tissent les fils qui font l'histoire groupale. S'impose alors le recours au mythe et à la langue, etc., point encrege du sentiment d'appartenance et d'identité groupale façonnant largement la connaissance personnelle. Tenant compte de la dimension à visée collective, la culture permet de canaliser les pulsions anti sociales, les contenir et

permettre une communion à l'esprit qui anime les êtres humains dans leur maîtrise de l'environnement et de leur destin.

Au niveau local comme à l'hôpital de zone de Ouidah les programmes de lutte contre le VIH/SIDA ont encore du chemin à faire dans le processus de l'éducation pour un changement de comportement et de mentalité. En dehors des comportements des parents ou des tuteurs qui impactent d'une manière ou d'une autre, la vie des EIVIH/SIDA, les données statistiques font état de problèmes psychologiques chez cette catégorie de malades. Les problèmes de dépression, d'angoisse et d'insécurité dont les pourcentages sont estimés à respectivement à 31.25%, 18.75%, 12.50% montrent à quel point il y a nécessité d'accompagner "les souffrants" autant médicalement que par un traitement psychosomatique et psychosocial. Ce faisant, le VIH/SIDA peut-être vaincu plus efficacement en effet. Car avec le traitement des ARV, les EIVIH/SIDA ont encore la possibilité de mener une vie normale grâce à un accompagnement psychologiquement soutenu.

3.2.2. Analyse relative aux données qualitatives

Dans le contexte africain en général, les rapports relatifs à la maladie et à la mort et par conséquent aux soins et aux soignants sont profondément liés aux représentations sociales qui constituent la pensée du patient. Cette pensée est plus difficilement perceptible chez les enfants d'un certain âge, notamment ceux de notre cadre d'étude. Les syndromes d'anxiété et de dépression liés au développement du VIH/SIDA ont été jusqu'à présent très peu étudiés dans le contexte culturel africain. Les outils de dépistage simples adaptés à ce contexte sont pratiquement inexistantes.

En effet la plupart des EIVIH/SIDA ignorent leur état sérologique en raison de l'âge de certains. Pour ceux qui sont conscients de leur situation, ils vivent une souffrance psychologique permanente : souffrance d'abord de faire face à la

détérioration irrémédiable de la santé de leurs parents infectés par le VIH/SIDA ou décédés du VIH/SIDA ; et ensuite souffrance d'être aussi "porteurs" du virus. Ils sont pour la plupart confrontés à la croyance et au comportement à adopter. D'où la nécessité d'accorder à l'EiVIH/SIDA un grand soutien psychologique dans le but de diminuer le stress, l'angoisse et la peur liés au VIH/SIDA.

Pour ceux qui ne sont pas conscients de leur état sérologique en raison de leur âge, les perturbations liées à leur développement, justifient un suivi particulier par le psychologue clinicien.

L'accès aux traitements ARV a modifié les représentations de l'avenir pour les PvVIH/SIDA. Pour certains auteurs, il serait même à l'origine d'une diminution notable du syndrome dépressif. Pour autant, les conflits psychopathologiques ne se résolvent pas dans leur ensemble, et certains, inédits, apparaissent particulièrement chez les enfants qui nécessitent un suivi et une surveillance partagés par le donneur de soins et l'accompagnateur de l'enfant séropositif.

L'analyse des résultats quantitatifs et qualitatifs concernant les problèmes psychologiques des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah, nous amène à déduire qu' en dehors de l'éducation pour un changement de comportement ECC à laquelle les EiVIH /SIDA n'ont pas accès selon leur âge,

les problèmes psychologiques paraissent les mêmes et méritent un suivi effectif pour une prise en charge efficace.

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET SUGESTIONS

4.1 :Discussion

4.1.1. Conditions de mise en oeuvre des propositions de prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

Les conditions de mise en œuvre des propositions de prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA font appel à l'engagement personnel du psychologue clinicien et à la volonté politique des autorités du Ministère de la Santé (MS) et de celles de l'hôpital de zone de Ouidah.

4.1.2. Volonté politique des autorités administratives dans la prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA

Le VIH/SIDA et la santé mentale suscitent de plus en plus d'intérêt parmi les dirigeants, les gouvernants de nos continents, puisque le VIH est sujet d'actualité. L'idéologie du bonheur tient lieu de guide dans bien des décisions qui se prennent par les décisions politiques. Dans leur vocation de protecteurs du bien-être, les dirigeants, les gouvernants réfléchissent et cherchent à tout prix à éradiquer le mal à 0% de contamination en 2015 de même qu'ils veulent pouvoir évaluer le coût psychique de telle ou telle politique (PNLS, 2012). Le VIH/SIDA est aussi indéniablement une des cours de justice les plus redoutables. De ce fait, les autorités administratives à divers niveaux ont une grande responsabilité dans la prise en charge psychologique efficace des EiVIH/SIDA en particulier et de toutes les PvVIH à l'hôpital de zone de Ouidah. L'hôpital de zone de Ouidah est un service public qui est placé sous l'autorité du Ministère de la Santé, dont la mise en œuvre de la politique de santé publique au Bénin a des objectifs et des programmes parmi lesquels les programmes liés aux VIH bénéficient du soutien du système des Nations Unis et de la Banque Mondiale. L'ONUSIDA et la Banque Mondiale sont donc d'importants partenaires du Gouvernement pour atteindre l'objectif zéro (0) VIH/SIDA en

quelques années. La Banque collabore avec le Plan d'aide d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le VIH/SIDA (PEPFAR), le Bureau de coordination de la lutte mondiale contre le SIDA des États-Unis pour préparer la réunion des responsables de l'exécution qui vise à examiner les succès, les enseignements tirés et les problèmes identifiés pendant la mise en œuvre des programmes appuyés par les trois principaux bailleurs de fonds (PEPFAR, Fonds mondial et Banque mondiale). La première réunion régionale a eu lieu au Rwanda en juin 2007 et la deuxième rencontre fut prévue en Ouganda en juin 2008. Un partenariat plus solide a été établi avec l'Organisation mondiale de la santé pour s'attaquer au problème de l'intégration des ripostes à la tuberculose/au VIH au niveau national. Un programme d'évaluation et de renforcement des capacités a été lancé, avec l'appui du Gouvernement hollandais. L'amélioration de la prise en charge des EiVIH/SIDA a un coût que le ministère de la santé peut régler avec l'aide du programme ONU/SIDA pour réaliser la formation de spécialistes en psychologie clinique, pour leur recrutement en nombre suffisant dans les hôpitaux de zone comme à Ouidah. Mais bien avant, il faut que les autorités administratives de l'hôpital de zone de Ouidah aient pris conscience de l'utilité et de la présence effective d'un psychologue clinicien et/ou d'un ethno-psychologue pour le suivi direct et régulier non seulement des PvVIH/SIDA, mais des EiVIH/SIDA ; et aussi que l'Etat dote tous les Centres de santé ou d'au moins les hôpitaux de référence des psychologues cliniciens et si possible des ethno-psychologues.

Au total, l'engagement de la communauté internationale, la volonté politique des décideurs au niveau de l'Etat sont les garants de l'efficacité des actions de la prise en charge des EiVIH/SIDA.

Il faut à l'hôpital de zone de Ouidah, une tenue correcte et exploitable des statistiques sur les PvVIH/SIDA et les EiVIH/SIDA.

Les données statistiques de l'étude et les conclusions amèneront à un changement dans l'organisation du dispositif mis en place pour le meilleur suivi psychologique des EiVIH/SIDA.

4.1.2.1. Proposition de présentation du cadre de prise en charge à l'hôpital de zone de Ouidah

Les problèmes auxquels sont exposés les EiVIH/SIDA sont de type affectif, social, cognitif et de développement personnel. C'est pourquoi il est important que les dispositions suivantes soient prises :

Le cadre doit être constitué d'un bâtiment de six (6) pièces et d'une aire de jeux. Toutes ces salles doivent être équipées convenablement suivant les différentes activités qui y seront menées. Il s'agit de :

- Une salle d'attente comportant un matériel audio visuel et des sièges
- Une salle de consultation aménagée à dessein
- Une salle de soins
- Une salle de thérapies
- Une salle de bibliothèque pour enfant
- Une salle d'archives
- Les installations sanitaires bien tenues
- Une aire de jeux abritant un espace vert

4.1.2.2. Indication de quelques thérapies

- **Ludothérapie** : la thérapie par les jeux qui permet l'épanouissement de l'enfant. L'exercice, le rire et le jeu sont intimement liés. Tous les trois doivent être envisagés dans le même esprit car ils produisent le même effet sur le corps et sur le psychisme. Ceci aidant les EiVIH/SIDA à retrouver « l'enfant » qui est en eux. Le jeu est non seulement un passe-

temps agréable, mais aussi un désinhibiteur ouvrant la porte à la créativité, élément essentiel des changements profonds.

- **Psychothérapie de soutien** : Les EIVIH/SIDA ont besoin d'accompagnement pour s'adapter à leur situation. En effet, la réaction immédiate est invariablement faite de peur, de honte, et de sentiment de solitude, de désarroi et de replis sur soi. La psychothérapie de soutien est caractérisée, par l'accueil, l'écoute, l'entretien, etc. Elle a pour rôle d'aider les EIVIH/SIDA à faire recours à un autre type de fonctionnement mental face à un conflit ; elle favorise la consolidation et l'entretien des nouvelles aptitudes acquises.
- **Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)** : elle est issue du courant scientifique développée au début du XXème siècle. Elle peut permettre aux EIVIH/SIDA de recevoir précocement la preuve que le changement dans leur comportement est possible et durable. Les différents temps de la thérapie comprennent : l'autoévaluation des symptômes, le repérage des solutions problèmes, l'analyse fonctionnelle, la définition des objectifs de la thérapie et la conclusion du contrat de la thérapie.
- **Désensibilisation** : du latin sensibilis, sensible et de dis, en sens inverse. anglais desensitization. En allergologie, selon le *Dictionnaire de Psychothérapie Cognitive et Comportementale*, de Daniel Nollet et Jacques Thomas, c'est la procédure à rendre un organisme insensible vis-à-vis d'un élément allergène, par des injections répétées de l'allergène à des doses progressivement croissantes. Elle permettra aux EIVIH/SIDA de calmer leur anxiété et à maîtriser leurs émotions et sentiments.
- **Relaxation** : méthode thérapeutique qui à l'aide de techniques bien définies produisent un état de détente musculaire plus ou moins volontaire, cherche à réduire la tension, l'anxiété, le déséquilibre

émotionnel d'un sujet en agitant sur l'activité myotonique et le système neurovégétatif. (*Dictionnaire Fondamental de la Psychologie*)

4.1.3. Engagement personnel du psychologue clinicien dans la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

De l'annonce à la prise en charge en passant par le vécu quotidien, l'enfant et ses parents (en particulier la mère) sont confrontés à une adaptation indispensable aux différents aménagements pour vivre avec le VIH/SIDA. C'est la principale raison pour laquelle il est nécessaire de penser à une prise en charge pluridisciplinaire incluant le soutien psychologique pour l'enfant et son entourage. La pathologie VIH/SIDA nécessite un suivi de longue durée donc une position d'accompagnement de l'évolution de l'enfant et de l'adolescent. Cela implique une écoute attentive de leur vécu psychologique, un accompagnement psychosocial aux parents et une prise en compte de l'impact de l'environnement pour leur assurer une bonne qualité de vie. Il est très important de noter un engagement personnel du psychologue clinicien dans la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA. Car le psychologue clinicien, est un spécialiste qui est censé accompagner et soutenir le malade, surtout EIVIH/SIDA dont on connaît l'issue fatale, c'est-à-dire mortelle. Il assiste EIVIH/SIDA et le prépare à cet âge, progressivement selon sa maturité à prendre conscience de sa séropositivité et à vivre de façon adaptée avec son mal. Dans les situations difficiles et pénibles, les individus ont le plus souvent tendance à s'attacher à leur croyance avec conviction et détermination, à s'accrocher à Dieu créateur du ciel et de la terre pour y puiser le soulagement. C'est ici une attitude individuelle et libre du malade qui n'engage en rien la responsabilité du psychologue clinicien. Le psychologue clinicien doit amener l'EIVIH/SIDA à dissiper les sentiments de culpabilité, de révolte envers la société. Le psychologue peut

utiliser la Dissonance cognitive de Léon FESTINGER qui s'intéresse plus à la concordance entre les attitudes et les comportements d'une personne.

4.1.4. Soutien de la famille et apport d'autres acteurs

4.1.4.1. Soutien très déterminant de la famille

L'enfant infecté par le VIH est touché dans son corps mais également dans son psychisme. C'est un être en développement qui pour son épanouissement a besoin d'une figure d'attachement particulière sa mère (ou son substitut) et d'entrer dans une dynamique relationnelle de qualité avec son père et au sein de la famille, dans la société. Mais le VIH/SIDA suscite de nouvelles lignes de fractures, désirées ou non, alourdissant les problématiques relationnelles déjà présentes et crée de nouvelles configurations.

4.1.4.2. Apport incontournable des chefs traditionnels et des responsables religieux

- **Chefs traditionnels**

Saurions-nous parler des chefs traditionnels et des tradi-praticiens sans aborder le volet de l'ethnomédecine et de l'ethnoculture ? Lorsqu'on aborde le phénomène de la santé et de la maladie par le biais de l'ethnomédecine, en empruntant donc le chemin de la culture, bien souvent on a tendance à s'éloigner du biologique pour entrer dans la sphère du symbolique, mais cette attente hélas, est souvent trompée. Or loin de constituer un monde autonome, la sphère de la culture apparaît comme une annexe de celle du biologique. Comme il s'agissait de préciser le rôle de la culture, on était en droit de s'attendre à ce que le vêtement soit présenté comme un moyen de renforcer l'identité, de favoriser la réinsertion sociale et de modifier par-là l'impact de l'environnement inorganique sur l'organisme. Il est au contraire réduit, et de la façon la plus directe, à sa fonction biologique ; il n'est qu'un filtre pour les rayons ultra-

violet. Cet exemple est typique. La culture dans son ensemble sera présentée comme un filtre pour les agents pathogènes. On a pu les expliquer par les comportements propres aux diverses ethnies présentes dans la population étudiée. On analyse des rituels, on les décompose, on les recompose. On les fait rarement revivre dans leur authenticité. On ne témoigne presque jamais d'un sentiment d'émerveillement qu'on aurait soi-même éprouvé. C'est la méthode scientifique sans doute, les implications du relativisme culturel qui font qu'il en est ainsi. On en vient à se demander si l'importance qu'a prise la culture définie comme l'expression quelconque d'un groupe humain, au détriment de la culture conçue comme expression achevée, n'a pas eu pour effet de vider les cultures de la substance qu'on prétendait y retrouver en l'étudiant pour elles-mêmes plutôt que par comparaison avec des cultures considérées comme plus avancées. En tout cas, l'une des conséquences du relativisme culturel, retenu comme hypothèse fondamentale par la plupart des chercheurs, c'est que l'immense effort vers la qualité accompli depuis toujours à travers ce qu'on est convenu d'appeler l'art, semble n'avoir qu'un rapport très éloigné avec la santé. Chacun sait pourtant, pour l'avoir expérimenté, que certains intérieurs et certains paysages sont toniques, que d'autres rendent triste et plutôt malade. Chacun sait en d'autres termes que les symboles nourrissent et guérissent lorsqu'ils sont disposés et constitués selon un certain ordre. Et pourtant, tous ceux qui ont autorité pour parler de ces choses semblent conspirer pour les taire, et ce, au moment précis où, déçus par la biologie-mécaniste, de plus en plus de gens cherchent une autre forme de vie.

La recherche par les Grecs d'une harmonie qui soit à la fois justice dans l'âme, santé dans le corps, beauté dans un temple ou dans un chant, aura toujours quelque chose d'exemplaire, qui nous aidera à comprendre des phénomènes comme le verbe et l'efficacité d'un rituel thérapeutique à base de plantes qui produisent la guérison instantanée d'un patient au Bénin voire l'Afrique.

Ceci vient appuyer la mentalité des EIVIH/SIDA pour qui c'est probablement dans l'ethnopsychologie, qu'il faille puiser aujourd'hui des sources et des forces pour les aider à vaincre ce fléau. Surtout dans leur mentalité, ils ont contracté la maladie à travers un sort résolument jeté sur eux. De ce fait, le psychologue clinicien est appelé à s'imprégner de la culture et de l'ethnie de chaque patient pour une meilleure prise en charge psychologique en vue d'un résultat efficient et efficace. Ainsi dit, si l'ethnopsychologie constitue une spécialité à ne pas lâcher, cela suppose que des psychologues sont appelés aussi à se spécialiser davantage dans cette branche. Nous invitons alors les chefs traditionnels et les chefs des couvents à collaborer étroitement avec les psychologues en éveillant la conscience des adeptes, des populations dont ils ont la charge sur ce grand fléau et sur l'existence des centres agréés de prise en charge psycho-médico-culturelle efficace. Ils ont aussi pour devoir de sensibiliser leurs adeptes afin qu'ils soient imprégnés des différents modes de contamination et de l'attitude à avoir en cas d'infection.

- **“Prélats”**

Les Evêques au cours des Conférences épiscopales sont amenés à se pencher davantage sur les différents fléaux du siècle afin de prendre des décisions salutaires pour tous les hommes sans distinction de race, langue et culture, peuple et nation. Au cours des pèlerinages, lors des grands rassemblements, sur les chaînes de radio et de télévision, dans les émissions à grande écoute, ils pourraient négocier des espaces ou des franges horaires pour sensibiliser pendant quelques minutes chacun et tous.

Ils peuvent demander aux prêtres de consacrer tous les jours cinq (05) minutes pour expliquer le VIH/SIDA, son mode de contamination et exhorter à se faire tous dépister, à l'observance de l'abstinence ou au choix de précaution salubre pour chacun. Ils sont invités à oeuvrer afin que la discrimination et la

stigmatisation soient proscrites dans le rang de leurs fidèles. Tous les acteurs de l'Eglise, du Pontife au laïc chrétien engagé doivent se mobiliser comme un seul homme pour empêcher l'expansion du VIH/SIDA voire son éradication pour le bonheur de chacun et pour le bien-être physique, spirituel, psychique et psychologique de tous. Les groupes de prières, les causeries et entretiens sur les points importants de leur propre croyance vont aider les victimes et les enfants vivant avec le VIH/SIDA à retrouver une confiance en eux-mêmes puis en Dieu. Sur toutes les paroisses du monde entier, on note des milliers d'associations et de mouvements catholiques. Si tout le monde s'engageait dans la lutte et se levait comme un seul homme l'objectif de 0% contamination serait atteint. Si on consacrait dix (10) minutes de partage et d'échanges sur des expériences vécues, des lectures faites, des recherches sur le VIH/SIDA ; cela permettrait à plus d'un d'être au même niveau d'informations. Ainsi les enfants tout comme les jeunes apprendraient très tôt à se connaître, à mieux s'engager dans le mariage ou dans le célibat. Il y a des mouvements chrétiens de jeunes dynamiques au sein des églises locales qui ont eu à opoter pour l'abstinence qui n'est pas imposée aux autres qui les voient vivre et faire. Ainsi, ils constituent un témoignage vivant pour eux. Les victimes du VIH/SIDA ne sont pas mis en marge, ils sont aussi acceptés dans ces mouvements et apprennent à entretenir leur santé physique dans l'observance des ARV et les règles d'hygiène qui s'imposent ; ils sont éduqués à une bonne conscience et à une meilleure pratique de la vie. Aujourd'hui, ils sont des éclaireurs de conscience et des animateurs avérés de la vie.

- **“Imams”**

Les prêches dans les mosquées ne sont pas à minimiser. Si les responsables à divers niveaux de ces lieux de prières journalières, consacraient quinze (10) minutes de communication au cours de leur prêche pour expliquer le mal du

siècle, son mode de transmission et le comportement à adopter en cas d'infection, nous parviendrons à enregistrer 0 % d'infection sous peu.

En somme, les chefs des couvents, les chefs traditionnels, les responsables religieux, les jeunes eux-mêmes constituent de grands relais non négligeables dont il faut tenir compte dans l'éradication de l'infection du VIH/SIDA.

4.2. Suggestions

Nous ne saurions assez louer les grands efforts fournis par les Autorités politico-administratives, les Responsables à divers niveaux de l'hôpital de zone de Ouidah, les ONGs (projet ESTHER) pour assurer les conditions de vie néanmoins acceptables aux EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah. Dans le but d'améliorer tout cela et de contribuer à une meilleure prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA, nous avons formulé quelques suggestions :

4.2.1. A l'endroit des responsables de l'hôpital de zone de Ouidah :

- ▲ Organiser des séances de recyclages par trimestre pour permettre au personnel soignant de mieux accompagner les EIVIH/SIDA ;
- ▲ Recruter un psychologue clinicien permanent sur le site ;
- ▲ Recruter un assistant social ;
- ▲ Attribuer le rôle au personnel soignant selon sa spécificité ;
- ▲ Tenir au jour le jour les archives de l'hôpital ;
- ▲ Recruter un archiviste ;
- ▲ Recruter un statisticien performant ;
- ▲ Aider mes médiateurs engagés par le projet ESTHER à mieux s'investir dans la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA ;
- ▲ Encourager les médiateurs ou l'assistant social à multiplier les visites à domicile des EIVIH/SIDA afin de limiter les pertes de vue;
- ▲ Dévoiler selon l'âge et l'état psychologique, avec l'aide de leurs parents ou substituts, leur état sérologique aux EIVIH/SIDA;
- ▲ Essayer de rétablir une solide relation entre enfant-parent ou enfant-substitut ;
- ▲ Encourager les EIVIH/SIDA à poser des questions pour comprendre le mal dont ils souffrent;
- ▲ Rassurer les EIVIH/SIDA;
- ▲ Entourer les EIVIH/SIDA d'affection et de tendresse;

- ♣ Apprendre aux parents ou aux substituts à créer un bon climat familial aux EiVIH/SIDA;
- ♣ Réparer, voire changer les appareils permettant de faire certaines analyses au sein de la structure pour faciliter la tâche aux EiVIH/SIDA et à leurs parents ou substituts afin de réduire, leur angoisse et anxiété.

4.2.2. A l'endroit du PNLs, chargé de la lutte contre le VIH/SIDA et aux responsables politico-administratifs

- ♣ Renforcer les ressources financières des ONGs afin de permettre l'extension et l'efficacité des zones d'intervention ;
- ♣ Doter les sites de prise en charge des EiVIH/SIDA d'une aire de jeux ;
- ♣ Recruter expressément le personnel spécialisé en la matière sur le site ;
- ♣ Organiser les thérapies institutionnelles pour favoriser le renforcement des capacités adaptatives des EiVIH/SIDA ;
- ♣ Instaurer une bonne politique qui permettra d'accompagner psychologiquement de façon systémique l'EiVIH/SIDA afin de lui permettre de participer à sa prise en charge et à la famille de l'accompagner ;
- ♣ Créer un centre d'accueil et de prise en charge psychologique gratuite des EiVIH/SIDA ;
- ♣ Allouer des fonds aux EiVIH/SIDA afin de réguler le degré d'échec de scolarisation et d'amener ceux qui ont abandonné les écoles à se professionnaliser dans un métier.

CONCLUSION

Au terme de notre étude sur la problématique de la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah, nous pouvons retenir que notre questionnement reste un problème majeur dans le traitement des PVIH/SIDA en général mais particulièrement ceux des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah retenu dans le système de santé publique comme site de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

L'exploitation des informations recueillies et des données statistiques sur la prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA dans le centre ciblé a montré que les porteurs du VIH/SIDA, les enfants de 5 à 17 ans en particulier, ne bénéficient pas d'un suivi psychologique adéquat avec un psychologue qui les visite par quinzaine. L'insuffisance du suivi des EIVIH/SIDA entraîne des situations d'abandon, de décès que personne ne peut valablement expliquer. Face à cette situation déplorable des propositions ont été formulées à la fin de l'étude, propositions qui font appel à l'engagement personnel des psychologues cliniciens, à la volonté politique des autorités administratives du ministère de la santé et de celles de l'hôpital de zone de Ouidah.

Ici, saisissons l'opportunité pour mettre un accent particulier sur l'importance de l'IEC (Information, Education et Communication), un processus indispensable dans la prise en charge globale des EIVIH/SIDA. Mais des actions pareilles ne porteront leurs fruits que lorsque, Institutions, Partenaires techniques et financiers internationaux, Autorités politico administratives impliquées dans la santé publique, ONGs à vocation sociale, familles et spécialistes en psychologie clinique et autres vont travailler en collaboration étroite pour le salut des EIVIH/SIDA qui se font soigner à l'hôpital de zone de Ouidah et dans tous les autres centres de santé de notre pays.

BIBLIOGRAPHIE

ADJALLALA A. F. & HOUENON G. C. F.(2009) « Problématique de prise en charge du vécu et des besoins psychologiques des PvVIH/SIDA au Sud du Bénin »,à L'Université d'Abomey-Calavi.

BOKO G., Psychologie et Guidance en Milieu Africain, CAAREC, Cotonou 2009, P 239.

CHARLOTTE MARREAU, l'Indispensable de la psychologie de p. 74-80

Daniel Nollet & Jacques Thomas, Dictionnaire de psychothérapie cognitive et comportementale, Ellipses Edition Marketing S. A., 2001, P.50).

DICTIONNAIRE FONDAMENTAL DE LA PSYCHOLOGIE A-K, L-Z

Ervin Goffman, *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuits, 1975, p.11.

GEHLER Monique (2000), « Un continent se meurt : la tragédie du Sida en Afrique », Edition Stock, P 72

GASQUET, 1994, p. 535-566 dans son ouvrage « *la psychiatrie de l'enfant* »

HAESVOETS Y.H. (2008), « Traumatismes de l'enfance et de l'adolescence : un autre regard sur la souffrance psychique », Bruxelles, De Boeck Université.

Hortense Louise AKA DAGO-AKRIBI et collaborateurs (2005), « Prise en charge psychologique et sociale des enfants infectés par le VIH/SIDA à Abidjan » centre de guidance, Abidjan.

Julie ROUSSIN, Décembre, 2016 « Psychothérapie selon l'approche du schémas de YOUNG et Analyse critique d'un processus thérapeutique. »

KOUGBENOU D. Antoine, (2008), « Prise en charge des troubles psychologiques chez les PvVIH/SIDA : cas des structures de prise en charge de Cotonou », à l'Université d'Abomey-Calavi.

MFE (2006-2010), « Prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du BENIN » à la Cellule de Communication de Cotonou.

OIT/OMS. Directives conjointes OIT/OMS sur les services de santé et le VIH/SIDA. 2005 Page 3.

ONUSIDA (2000), « Rapport sur l'épidémie mondiale du VIH/SIDA »
ONUSIDA : Genève P 108-109.

ONUSIDA (2007-2011), Rapport du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, les IST.P 86.

Pierre DEBRAY-RITZEN, 1981 « *Neuropsychiatrie infantile* »

POLITIQUE, NORMES ET PROCEDURES POUR LA PRISE EN CHARGE
DES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH AU BENIN, au MS-
BENIN/PNLS Juillet 2012, P 12-14.

Pratiques merveilleuses et prometteuses en matière d'IST/VIH/SIDA en
Afrique de l'Ouest et du Centre, Aware VIH/ AIDS, Février 2006.

Programme national de lutte contre le SIDA (2010), Politique, Norme et
Procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA au
Bénin ; MS-Bénin/PNLS.12.

SOSSOU J. (1996), « Prise en charge psychologique des Sidéens et
séropositifs » à Cotonou.

SOSSOU S. Janvier (1995), « Prise en charge Psychosociale du malade du Sida
et séropositif », Cotonou, P 53.

TCHARK S. (2000), l'Afrique à l'épreuve du SIDA, l'Harmattan, Paris.



ANNEXES

VIGNETTES CLINIQUES

VIGNETTE n°1

Le patient C., âgé de 13 ans d'ethnie mina du sud Bénin, de religion catholique, en classe de 5^{ème} au CEG1 de OUIDAH, a perdu son père depuis l'âge de 03 ans. Il est un séropositif bègue. Il présente un retard affectif et cognitif lié à des troubles de personnalité se traduisant par une instabilité et de l'agressivité. A l'entretien, il relate une histoire familiale douloureuse ponctuée de nombreux décès et non-dit concernant en particulier sa filiation. C. était venu en consultation accompagné de l'un des médiateurs recrutés par ESTHER et fonctionnant dans le département de prise en charge des PvVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah. C. sait qu'il est agressif verbalement et physiquement à l'endroit de son entourage. Mais depuis dix-(10) jours, ses proches immédiats ont noté une exagération de cette agressivité. Il y a dix(10) jours, un incident serait survenu entre sa demi-sœur âgée de sept (07) ans qui est reconnue par l'actuel courtisant de sa mère et lui et pour lequel il estimait ne pas avoir tort. Mais quand sa sœur s'est plainte auprès de leur mère qui lui a fait appelle et s'est contentée de lui faire un sermon selon ses dires ; elle n'a fait que l'accuser sans lui laisser la chance de s'expliquer, de se défendre. Or sa jeune sœur l'aurait traitée de mécréant et lui aurait parlé de façon désinvolte que lui a jugé déplacée et humiliante.

Histoire Du patient C.

ASCENDANTS

Son feu père B. serait mort du VIH/SIDA à l'âge de 33 ans quand C. fermait sa troisième année de naissance. Ce fut un homme de taille, fort de caractère très battant qui aurait pu survivre mais hélas, la maladie l'a emporté dans sa chute. Sa mère âgée de quarante ans est une coiffeuse de formation mais devenue une

vendeuse circonstancielle de divers dans le quartier où ils résident. Elle est mère de deux enfants. Elle n'a jamais connu elle-même son père et a été très tôt abandonnée par sa mère. Ce fut sa grand-mère maternelle qui l'avait recueillie et l'avait élevée jusqu'à l'âge où elle fut liée au papa de C. par le mariage coutumier. Etant une catholique fervente, elle s'était dit qu'elle n'allait pas regagner la maison conjugale avant le mariage religieux mais la maladie de son mari l'avait amenée très tôt à changer d'avis afin de lui procurer les soins dont il avait besoin lors de ses nombreuses rechutes.

FRATRIE

C. est âgé de Treize (13) ans comme nous l'avons notifié plus haut, il est l'aîné de sa famille.

Sa jeune sœur M., celle qui est née d'une autre union de sa mère avec celui que C. considère comme amant de sa mère est âgée de sept(07) ans et est en classe de CE₂. Elle est très intelligente, très douée en calcul et en mathématiques.

GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

C. nous répète les propos qu'il tiendrait de sa mère. Sa grossesse n'aurait pas été désirée, parce que son père étant souvent malade et sa mère ne sachant de quelle maladie souffrait son père, refusait tout rapport sexuel non protégé avec ce dernier. Mais il fut une nuit où son père lui aurait dit que c'est parce qu'elle le trompait avec quelqu'un d'autre, qu'elle refuse tout rapport avec lui, de peur de mourir ; car selon les dire, dans notre famille, quand une épouse couche avec un autre homme et vient s'unir à nouveau avec son mari, cette dernière meurt sur le champ. Alors blessée dans son amour propre, malgré elle, ma mère s'est livrée à mon père, ce fut leur nuit nuptiale depuis leur mariage traditionnelle. Selon les dire de ma mère, elle voulait d'abord ouvrir son salon de coiffure et avoir connaissance du mal dont souffre mon père avant de parler de progéniture. Deux

mois plus tard n'ayant pas eu ses menstrues, elle avait déclaré à mon feu père, qu'elle était enceinte. Ce dernier conscient de son état sérologique qu'il avait caché à ma mère, lui aurait demandé d'avorter qu'il n'était pas prêt à assumer l'avenir d'un enfant. Ma mère lui aurait répondu, c'est parce que tu as douté de moi d'une part et j'ai cru comprendre que tu désirais faire l'amour avec ta femme que je me suis donnée malgré moi à toi et pour te démontrer aussi que je ne t'ai jamais trompé avec un autre homme ; Toi-même tu t'es bien rendu compte que tu es mon premier amour qui a volé ma virginité ; pour ce faire je n'avorterai pas mon premier-né et que la religion catholique l'a formellement défendu. Ce qui a valu à ma mère d'être victime d'une agression verbale et parfois physique. Elle n'a eu aucun soutien financier de la part de mon feu père concernant mon développement génétique et ma naissance. L'accouchement se serait déroulé normalement. Et c'est pendant la grossesse, lors du dépistage fait à la consultation prénatale qu'elle a su qu'elle est séropositive et a compris que son mari était porteur du VIH/SIDA. Ce qu'elle ne lui a jamais pardonné jusqu'à ce que la mort le ravisse à notre affection. Pour elle, c'est pour la contaminer, qu'il avait avancé cet alibi pour coucher avec elle. Ma mère vit jour et nuit sous le poids de cette supposition et de la culpabilité. Elle se disait je pouvais malgré tout ne pas me livrer à lui puisqu'il n'avait plus la force de me violer, c'est mon égo qui m'a conduit à cet état.

ENFANCE

C. a vécu une partie de sa tendre enfance avec ses deux parents. Mais à l'âge de trois ans, la mort lui a fauché son père dont il n'a aucun souvenir. C. fut un nourrisson pleurnichard, craintif mais très agressif. Il ne souriait jamais. Il a dit que son enfance n'a été marquée par aucun signe ou aucune marque d'amour venant de sa mère.

MILIEU SCOLAIRE

C. a vécu avec sa mère. Au début de sa scolarité, il avoua qu'il n'était pas très doué mais qu'il faisait partie des élèves moyens. Parfois, il comprenait les choses mais n'osait pas donner la réponse qui s'avérait juste quand les enseignants lui posaient une question, de peur d'être ridiculisé ou rabroué. Il vit sur le qi-vif et n'a pas d'amis. Parfois il se rendait à l'école sans l'argent du petit déjeuner. Quand il en réclamait sa mère lui criait dessus. Il y a des jours où il n'en demandait même pas, de peur d'être frustré. En classe de CM₂ au cours de l'une des recherches demandées par le maître de l'Ecole, il s'est rendu compte que les comprimés que sa maman lui donnait le matin avec la bouillie avant son départ pour les classes, à midi avant le déjeuner et le soir avant d'aller au lit, étaient des ARV. Arrivé à la maison, Il a posé la question à sa mère, sur les produits pharmaceutiques qu'elle lui donne depuis un certain temps, cette dernière lui a répondu par le silence et lui a dit d'aller remplir les jarres d'eau de puits avant d'apprendre ses leçons. Il a ruminé ce silence de sa mère, tout le temps. Il a attribué cela à son échec au CEPE. Et quand il a échoué aux examens sa mère avait refusé de lui renouveler sa paire de chaussures usées et de lui coudre des habits. Comme il ne mangeait plus et il dépérissait, il fut récupéré par sa tante paternelle chez qui il avait passé les vacances. C'est cette dernière qui aidée des médiateurs, lui aurait annoncé sa séropositivité. Depuis lors il en veut à mort à sa mère pour lui avoir caché la vérité ; mais il a repris les ARV et ses études. Il est devenu plus consciencieux et quand ses camarades lui demandent pourquoi a-t-il des taches sur le corps, il leur répond qu'il avait souffert de la varicelle.

ENQUÊTE SOCIALE

Il dit lui-même qu'il est plutôt casanier, il n'a pas d'amis. Il n'entretient pas de relation avec les autres. Il déteste son feu père et nourrit de la haine contre sa mère. Il n'aurait pas de conduites additives.

A l'examen clinique, c'était un patient bien présenté. La mimique était normale. C'est un patient qui dort environ, sept (6) heures par jours depuis toujours. On note beaucoup de non-dit, de dépit et de rage dans ses propos. L'humeur est triste. Nous avons évoqué une dépression du noir africain. Nous lui avons pris un rendez-vous chez le psychiatre qui lui a prescrit « Laroxyl 25 mg » 1 comprimé le soir au coucher. Il avait été revu trois fois de suite pour le suivi psychologique et il allait de mieux en mieux.

DISCUSSION

C. est issu d'une grossesse non désirée. Le père a voulu l'empêcher de venir au monde. C. ne gardait aucun souvenir de son père et se trouve aux prises avec un questionnement identitaire dont l'accès reste barré par sa mère. Le sentiment de désaffiliation chez C. vient répondre à l'absence de paroles concernant le père. Or l'incapacité de la mère à faire exister, par parole, le père de son enfant, provient probablement de leur héritage à elle en forme de « non-dit » : l'absence de son propre père. Cette absence serait peut-être à l'origine de trouble de structuration de la personnalité du registre œdipien. La reproduction à la génération suivante d'un fils sans père correspondrait ainsi à une sorte d'inceste généalogique qui répondrait chez la mère à un désir œdipien inconscient de faire un enfant avec son propre père. Dès lors la souffrance psychique de l'enfant répondrait à la perception de l'innommable maternel, à savoir « l'impensable de sa conception ». En ce sens la violence utilisée par C. serait la réponse à la perception de quelque chose de non représentable : l'inceste généalogique inconscient dont il serait le fruit et qui, par essence, provoquerait une « angoisse

sans nom ». Notons que cette violence ne fait pas entrer C. dans des registres pathologiques durables.

Après le départ du père, dans la félicité céleste, le deuil n'étant pas vécu, C. se sent abandonné comme sa mère. Ce sentiment étant insupportable, il manifeste dans un second temps une rage narcissique.

L'agressivité dans une dimension d'identification, permet à ce patient d'être comme le père, celui qui abandonne et non pas celui qui est abandonné. C. a ainsi l'illusion de maîtriser l'angoisse d'abandon. Une autre hypothèse qui n'exclut pas la première, est que l'excitation qu'il ressent lorsqu'il se retrouve seul avec la mère et d'avoir triomphé du rival, l'amène à contre investir l'amour œdipien.

Comme mécanismes de défense il use parfois la projection et la rationalisation en plus de l'agressivité. Après le premier entretien, et la consultation psychiatrique, il fut pris en charge pour vingt séances de psychothérapies de soutien.

VIGNETTE N°-2

IDENTITE

La patiente M., âgée de 15 ans d'ethnie Peulh, teint naturellement clair, un peu poilue, avec des cheveux naturellement frisés, abondants et longs, célibataire sans enfant demeurant à womey "rail gan to" dans la ville de Ouidah, de religion musulmane, élève en classe de 2nde a perdu son père depuis l'âge d'un (01) an.

MOTIF D'ACCUEIL A L'HÔPITAL DE ZONE DE OUIDAH

Accompagnée par sa mère et un pasteur pour troubles de comportement, insomnie, agressivités physique et verbale, d'asthénie générale, d'une anémie sévère, accompagnée de diarrhée et de vomissement. Elle fut accueillie ce matin dans le département de prise en charge des PvVIH/SIDA de l'hôpital de zone où nous faisons notre stage de fin de formation.

ANAMNESE

Le début remonterait à 6 mois environ. Elle fut réveillée un matin par une asthénie physique générale due à de l'insomnie conséquence de l'écoute à la porte d'un entretien entre son oncle et sa mère. De la discussion, ressortait la séropositivité de notre patiente M. et de l'attitude à adopter pour le lui annoncer. Etant tombée malade les vacances précédentes, sa mère aurait demandé à ce qu'on lui fasse le test de dépistage à son insu. Elle avait informé sa tante maternelle à qui elle avait rendu visite à Cococodji, de son état dégradant et cette dernière l'avait accompagnée à une séance de prières dans une église évangélique à Godomey où on lui aurait révélé qu'elle serait victime d'une mort subite. Revenue à Womey et face à la dégradation de son état, elle a demandé avec insistance à sa mère, de l'accompagner chez son grand-père paternel dans leur village natal car ce dernier lui avait envoyé la commission, d'aller le voir

avant sa mort. Arrivée au village (Gogounou) dans l'Alibori avec sa mère, voyant le regard que projetaient sur eux les habitants, elle croyait comprendre que les autres se disaient que la sorcière était arrivée, car à la mort de son père, sa mère avait été accusée d'en être la responsable. Elle mangeait avec son grand père un soir, quand elle a eu l'impression que le sol et le plat s'éloignaient d'elle. Elle a donc arrêté de manger malgré l'insistance de son grand père. Elle sentait en elle que s'elle continuait de manger, qu'elle allait mourir, ou s'elle ouvrait la bouche pour parler, le souffle lui aurait quittée. Le grand- père fit appel à son oncle qui est « alpha » à venir réciter sur elle des sourates coraniques pour la libérer de l'esprit maléfique qui l'habite. La patiente M. précisa que c'est le même oncle qui avait voulu prendre sa mère en lévirat après le décès de son père. Après ce bref séjour au village, elles étaient revenues à Womey sans aucune satisfaction. Devant la persistance de l'insomnie, de la diarrhée et de sa sensation de malaise dans le corps (tantôt la fraîcheur, tantôt la chaleur), elle a reçu de la part d'une tante maternelle infirmière des injections non précisées ce qui a coupé la diarrhée et le vomissement et lui aurait permis de dormir aisément quelques jours. Un mois plus tard, elle a commencé à entendre des voix dans sa tête lui disant, qu'elle allait bientôt trépasser et avait l'impression de deviner les pensées de tous ceux qui s'approchent d'elle. Sa mère étant christianisme céleste, l'emmena dans leur église, où il leur fut révélé qu'il y a un jeune garçon dans son établissement qui lui aurait jeté un sort et qu'elle ne devrait plus retourner dans cet établissement. Elle était restée trois semaines en observation chez les Célestes. C'est à partir de la deuxième semaine que son état semblait s'améliorer. Revenue en famille, elle serait retournée dans son établissement d'origine après trois jours de repos à la maison et a suivi les cours pendant une semaine puis elle a arrêté parce qu'elle n'arrivait pas à suivre, vu le retard accumulé et dans les cours et l'approche des évaluations du troisième trimestre. Son état s'est dégradé à nouveau et va de mal en pire. C'est ainsi, qu'un jour elle

s'est mise en tenue d'Eve soit disant pour permettre aux grosses machines qui circulent en elles d'avoir libre accès de sortie.

Sa mère apeurée la ramena chez les célestes qui lui ont donné une potion qu'elle a bu. Elle s'était endormie un moment et avait le sommeil agité. Au réveil, elle était devenue agressive, elle n'était plus elle-même et avait des hallucinations visuelles et auditives (elle voyait venir à elle les anges, entendait des voix lui dire : « laissez cette fille qui n'a fait du mal à personne, on l'accuse d'avoir volé un portable sans grande valeur), elle est allée s'asseoir dans le siège où le pasteur s'assie lors de leur célébration ; le comble, est d'un coup brusque et rapide, elle a brisé le cadre photographique du fondateur de l'église christianisme céleste qui était accrochée au mur. Le pasteur exaspéré, décida alors de la conduire au CNHP pour une meilleure prise en charge. Mais la patiente M. s'y opposa car elle disait que Cotonou est très peuplé à cause de l'immigration et de l'exode rural, qu'elle serait reconnue et stigmatisée dans la société, qu'elle préférait se rendre à l'hôpital de zone de Ouidah qui selon elle est un peu reculé et moins fréquenté. C'est ainsi qu'elle fut admis le jeudi 13 Avril dans ce centre accompagnée de sa mère et du pasteur X.

BIOGRAPHIE

Ascendants :

Père : O. un Bauvin est décédé il y a 14 ans à la suite d'une complication de l'alcool, du non observance des règles d'hygiène qui s'imposent et de la résistance aux ARV laissant derrière lui, 4 veuves et 07 enfants. Parait-il qu'il n'était pas alcoolique, ce serait lors d'une cérémonie dans le village de sa première épouse, qu'on lui aurait fait boire une potion dans une bouteille ayant servie à donner à boire à un mort suspect. Il est mort dans son village natal où il s'était rendu pour se faire soigner.

Mère : G. P. 54 ans, vendeuse de fromage , d'ethnie Adja, christianisme céleste, 4^{ème} épouse de son mari, veuve, mère de 2 belles filles, dont la seule survivante est notre patiente M.

Collatéraux

Fratric utérine :

1^{er} enfant : une fille décédée 3 mois après sa naissance à la suite d'une petite fièvre d'une nuit de mi-juin.

2^{ème} enfant : la patiente M.

DEVELOPPEMENT

Conception : désirée

Grossesse : déroulement normal jusqu'à terme.

Accouchement : normal, par voie basse

Développement psychomoteur : après sa naissance sa mère a observé les exigences et les interdits de la culture Peulh. Le 9^{ème} jour, il y a eu une cérémonie de sortie d'enfant selon la coutume Peulh. Après cette cérémonie, l'enfant allait bien, mais deux mois plus tard, elle a maigri et était devenue moins vigoureuse que d'habitude. Après consultation du « Fa », il a été signalé que l'enfant est la réincarnation de son arrière-grand-mère. Ainsi la grande mère appelle la patiente sa mère («Yabo»), et son père l'appelait grand-mère.

Milieu éducatif :

Elle a vécu avec ses parents jusqu'au décès du père quand elle avait un (01) an.

Puis elle a vécu tout le temps avec sa mère et d'une cousine maternelle confiée à sa mère.

Pendant les vacances de l'année scolaire 2012, elle a travaillé comme serveuse dans l'un des motels de la place afin d'aider sa maman à faire face aux frais d'écologie et aux besoins immédiats.

DEVELOPPEMENT ULTERIEUR

SCOLARISATION :

Elle a commencé le CI à 4 ans. Elle a repris le CI et le CE1. De la 6^{ème} en 2^{nde}, elle occupait toujours le 2^{ème} rang. Elle a eu de bons résultats à l'école.

SEXUALITE ET ADAPTATION SENTIMENTALE :

L'âge de la puberté n'a pas été précisé

Premier rapport sexuel : n'aurait jamais eu de rapport sexuel

Relation sentimentale :

La patiente entretenait une relation avec un garçon de la même promotion depuis la classe de 4^{ème}. Elle dit aimer son copain de tout son cœur mais trouve qu'il constitue un facteur déstabilisant depuis son premier séjour chez les Célestes. Il la harcelait pour savoir ce qui se serait passé durant son séjour chez les Célestes ; il insista pour avoir des rapports sexuels avec elle. Face à cette situation embarrassante, la patiente a fait appel à sa mère pour s'entretenir avec son ami. De commun accord avec la patiente, la mère avait demandé au copain de se patienter, de bien s'occuper de ses études et que quand ils auront fini leur cursus qu'ils pourront se marier tranquillement et fonder une famille heureuse. Après cet entretien avec la maman, le copain se serait calmé un peu. Mais quelques jours après, l'ami trouvait que la patiente lui manquait et que sa future belle-mère n'aurait pas dû lui faire cette proposition coupe-faim.

EVENEMENTS MARQUANTS

Positif : relation amoureuse ;

Négatif : le fait que son ami l'aurait soupçonnée d'avoir livré ce que lui il chouchoutait à d'autres en son absence.

ENQUETE SOCIALE

La patiente serait sociable et aurait des amies avec qui elle s'entend bien. Trois mois environ avant le début de la symptomatologie, la patiente a pensé qu'elle est atteinte d'une infection urinaire parce que parfois quand elle urine, elle sent des brûlures au niveau de l'appareil urinaire. Ce qui a motivé la prise d'une tisane jusqu'au début de l'actuelle symptomatologie.

A la mort du père, la mère a été accusée d'être à la base de cette mort. Elle a subi une cérémonie pour savoir si elle était vraiment coupable mais elle s'en était sortie lavée de tout soupçon.

La patiente M. est issue d'une grossesse désirée et d'un accouchement normal ; elle a crié dès sa naissance ; elle n'a pas été ranimée.

STRUCTURE DE LA PERSONNALITE

La patiente M. utilise la projection comme mécanisme de défense. Les symptômes enregistrés sont l'insomnie, l'anxiété et le délire. On note une structure limite c'est à dire le borderline.

CONCLUSION

Il s'agit de Mademoiselle M. âgée de 15 ans élève sans ATCD particuliers admis pour troubles du comportement chez qui le diagnostic d'état limite a été retenu. Après le premier entretien, nous lui avons confié à un psychiatre et lui avons donné rendez-vous pour commencer les psychothérapies et la thérapie de soutien.

QUELQUES TABLEAUX ILLUSTRATIFS

Tableau n° 3 Echantillonnage des EiVIH/SIDA qui se font soignés à l'hôpital de zone de Ouidah

ANNEE	SEXE	ENFANTS SOUS ARV	ABANDONS	PERDUS DE VUE	DECEDES	TOTAL
2011	MASCULIN	6	8	2	1	17
	FEMININ	4	0	1	1	6
2012	MASCULIN	3	2	0	0	5
	FEMININ	2	0	0	0	2
2013	MASCULIN	0	0	0	0	0
	FEMININ	1	0	0	1	2
TOTAL		16	10	3	3	32

Source : données de l'enquête de terrain des EiVIH/SIDA octobre-Décembre 2013

Tableau n°4- Répartition selon le sexe des EiVIH/SIDA

Année	Sexe	Enfants sous ARV
2011	M	6
	F	4
2012	M	3
	M	2
2013	M	0
	F	1
TOTAL		16

Source : Données de l'enquête de terrain Octobre-Décembre 2013

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le
VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

Tableau n°5 Répartition selon la prise d'ARV des EiVIH/SIDA

ANNEE	2011		2012		2013		TOTAL
SEXE	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	
ENFANTS SOUS ARV	6	4	3	2	0	1	16
ABANDONS	8	0	2	0	0	0	10
PERDUS DE VUE	2	1	0	0	0	0	3
DECEDES	1	1	0	0	0	1	3
TOTAL	17	6	5	2	0	2	32

Source : Données de l'enquête de terrain Octobre-Décembre 2013

Tableau n° 6 Répartition selon l'état nutritionnel des EiVIH/SIDA

Nutrition	Fréquence	Pourcentage
Mal nourris	21	65,62%
Bien nourris	11	34,38%
total	32	100%

Source : Données de l'enquête de terrain Octobre-Décembre 2013

Tableau 7 : Répartition selon la religion

RELIGION	FREQUENCE	POURCENTAGE
Animisme	10	31,25%
Musulmane	06	19%
Catholique	08	25%
Céleste	05	15,62%
Evangéliste	03	9,38%
Total	32	100%

Source : Données de l'enquête de terrain Octobre-Décembre 2013

ANNEXE 1 : Questionnaire adressé aux membres du personnel chargés de la prise en charge des PvVIH à l'hôpital de zone de Ouidah.

QUESTIONNAIRE D'ENQUÊTE

Le présent questionnaire est destiné à recueillir des informations dans le cadre de la rédaction d'un mémoire de fin de formation en année de maîtrise à l'Institut de Psychologie et des Sciences de l'Education (IPSE) de la Faculté des lettres, Arts et Sciences Humaines (FLASH) à l'Université d'Abomey-calavi (UAC), portant sur le thème : « Contribution à la prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah ».

Ce questionnaire a pour objectif de recueillir des informations sur les réponses aux questions importantes afin de permettre aux EiVIH/SIDA d'avoir un réel suivi psychologique

Toutes les informations recueillies seront traitées confidentiellement, selon les règles éthiques reconnues. Seul un sommaire non nominatif sera produit à partir de ces données.

- 1- Quelle est la structure qui s'occupe des PiVIH à l'hôpital de zone de Ouidah ?
- 2- Comment est organisée dans cette structure, la prise en charge des EiVIH/SIDA en particulier ?
- 3- Existe-t-il un personnel spécial qui s'occupe des malades du VIH/SIDA si oui lequel ?
- 4- Existe-t-il un local spécial réservé pour des entretiens avec les malades du VIH/SIDA ? oui..... Non
- 5- L'hôpital de zone de Ouidah dispose-t-il d'un psychoclinicien ?
ouinon
- 6-Si oui, le psychoclinicien est il permanent à l'hôpital de zone de Ouidah ?

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

ouinon..........

7-Quelle est la périodicité de visite du psychoclinicien à l'hôpital de zone de Ouidah ?

- visite hebdomadaire

- visite mensuelle

-visite trimestrielle

- visiste semestrielle

8- Quels sont les problèmes psychologiques décelés par le psychoclinicien chez les enfants vivant avec le VIH/SIDA?.....

.....

.....

.....

9-Les EvVIH sont ils sous traitement ARV ? ouinon

10-Quel est l'âge des EvVIH suivis par l'hôpital de zone de Ouidah dans la tranche de 5ans- 17ans ?.....

11-Quel est l'effectif des EvVIH/SIDA vivant avec un tuteur ?

12-Quelles propositions formulez-vous pour une prise en charge psychologique effective des EvVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah ?.....

.....

.....

.....

13-Combien sont-ils à être perdu de vue au moins pendant six (6) mois avant de reprendre le traitement depuis 2011 ?

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le
VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

14-Quelles sont les différentes ethnies qui y résident ?

.....

15-Combien sont-ils à abandonner de suivre le traitement par an de 2011 à
2013 ?.....

IDENTIFICATION :

- **de l'enfant**
- **du tuteur ou des parents ou du substitut**
- **Conditions de vie de l'enfant**
- **Situation scolaire ou non scolaire de l'enfant**

Observations (réservées à l'agent enquêteur)

EiVIH /SIDA Dépressif..... EiVIH /SIDA Anxieux

EiVIH/SIDA ayant de troubles de comportements

EiVIH/SIDA ayant de troubles de personnalité.....

EiVIH/SIDA victime de discrimination / rejet et stigmatisation

EiVIH/SIDA souffrant d'isolement

EiVIH/SIDA souffrant de perturbation psycho affectif.....

EiVIH/SIDA souffrant de traumatisme.....

EiVIH/SIDA souffrant de l'identité personnelle.....

ANNEXE 2 Guide d'entretien à l'endroit des chefs traditionnels et les responsables des différentes religions

16-Quelles sont les différentes divinités vénérées et religions pratiquées ?.....

.....

17-Quelle est la proportion de croyance ?.....

.....

18- Vos adeptes sont-ils tenus informés du mode de transmission et des comportements à avoir quand on est infecté par VIH/SIDA ?.....

.....

19-Les adeptes croient-ils en l'existence du VIH/ SIDA?.....

20-Les fidèles sont-ils assez informés sur le grand fléau du siècle?.....

21-Quelle est l'importance de l'enfant au sein des différentes cultures du milieu ?.....

22-Quel accueil les différentes familles réservent-elles aux enfants infectés par le VIH?.....

23-Comment vos différentes communautés ont- elles fait face au mal du siècle qu'est le VIH?.....

24-Quelle est le soutien de la communauté à l'endroit des enfants vivant avec le VIH?.....

25-Ces enfants continuent-ils de bénéficier des prestiges accordés aux enfants non infectés?.....

ANNEXE 3 : Questionnaire d'enquête à l'endroit des enfants sous forme
d'entretien semi directif

26--Nom et Prénoms.....

a- Sexe..... b- Age.....ans c- Nationalité.....

d-Enfant scolarisé.....e- Niveau d'étude.....

f-Enfant non scolarisé.....g- métier professionnel.....

27-Manges-Tu à ta faim ?.....

28-Joues-tu avec les autres enfants de la maison? du quartier ?.....

..... de ton école ?..... de l'atelier d'apprentissage ?.....

29-Es-tu traité de la même manière que les autres enfants

- de ta famille? Oui Non
- de ton quartier? Oui Non
- de ton milieu éducatif? Oui Non
- Sur ton lieu d'apprentissage? Oui Non

30-Sais-tu de quelle maladie tu souffres . Oui Non

31- Comment la vis-tu?

32- Prends-tu régulièrement tes médicaments? Oui Non

33- Es- tu toujours joyeux?

34-Pourquoi es-tu souvent triste?

35-Es-tu régulier à l'école?..... Sur le lieu d'apprentissage?

36- Quelle a été ta moyenne annuelle?

37-Situation matrimoniale, célibataire sans enfant avec enfant

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	2
DEDICACE	3
REMERCIEMENTS	4
ABREVIATIONS ET SIGLES.....	5
LISTE DES TABLEAUX	8
LISTE DES GRAPHIQUES ET DES FIGURES	9
SOMMAIRE	10
INTRODUCTION.....	11
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	15
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE.....	15
1.1. Clarification conceptuelle	15
1.1.1. Définition de l'enfance	15
1.2. Etat de la question.....	24
1.3.1- Les hypothèses de l'étude	32
1.3.1.1- Hypothèse générale	32
1.3.1.2- Hypothèses spécifiques	32
1.3.2- Objectifs de l'étude	33
1.3.2.1- Objectif général.....	33
1.3.2.2- Objectifs spécifiques	33
CHAPITRE II : CADRE PHYSIQUE ET METHODOLOGIE DE L'ETUDE	34
2.1. Cadre physique de l'étude	34
2.1.1. Brève présentation de la ville de Ouidah	34
2.1.2.2. Dispositifs de prise en charge psychologique des EIVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah.....	37
2.2. Méthodologie de l'étude.....	40
2.2.1.2. Pré-enquête proprement dite.....	40
2.2.2. Enquête	41
2.3. Outils de collecte de données	43
2.3.1. Technique de collecte de données.....	43
2.3.1.1. Observation participante passive	43
2.3.1.2. Questionnaire d'enquête et entretien.....	43
2.4. Difficultés rencontrées	44

Contribution à la prise en charge psychologique des enfants infectés par le
VIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'ENQUÊTE.....	46
CHAPITRE III: PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	46
3.1. Présentation des résultats de l'enquête.....	46
3.2. Analyse des données	52
3.2.1. Analyse relative aux données quantitatives.....	52
3.2.2. Analyse relative aux données qualitatives	54
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET SUGESTIONS	56
4.1 :Discussion.....	56
4.1.1. Conditions de mise en oeuvre des propositions de prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah.....	56
4.1.2. Volonté politique des autorités administratives dans la prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA	56
4.1.2.1. Proposition de présentation du cadre de prise en charge à l'hôpital de zone de Ouidah.....	58
4.1.2.2. Indication de quelques thérapies	58
4.1.3. Engagement personnel du psychologue clinicien dans la prise en charge psychologique des EiVIH/SIDA à l'hôpital de zone de Ouidah	60
4.1.4. Soutien de la famille et apport d'autres acteurs.....	61
4.1.4.1. Soutien très déterminant de la famille	61
4.1.4.2. Apport incontournable des chefs traditionnels et des responsables religieux.....	61
4.2. Suggestions	66
4.2.1. A l'endroit des responsables de l'hôpital de zone de Ouidah :.....	66
4.2.2. A l'endroit du PNLS, chargé de la lutte contre le VIH/SIDA et aux responsables politico-administratifs	67
CONCLUSION.....	68
BIBLIOGRAPHIE	69
ANNEXES	71
TABLE DES MATIERES	93