UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI (UAC)

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES (FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE (DP)

****

RAPPORT DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE ET PSYCHOLOGIQUE DES PV/VIH SUR LEUR SANTE MENTALE : CAS DU CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE ZONE ABOMEY-CALAVI/SO-AVA

Réalisé par

HOUNOU ASSOGBA Dona Ulriche

Sous la direction de

Mr SOSSOU-COUSSI Epiphane

Doctorant en psychologie

Membres du jury

Présidente : Dr Sylvie de CHACUS

Examinateur : Dr Aristide AKOVOWANOU

Rapporteur : Mr Epiphane SOSSOU-COUSSI

Soutenu le 26 juillet 2022

Mention : Bien

Année Académique : 2021 - 2022

SOMMAIRE

SOMMAIRE ii

DEDICACES iii

REMERCIEMENTS iv

LISTES DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET PHOTOS v

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES vii

RESUME viii

ABSTRACT viii

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL DE LA RECHERCHE 3

CHAPITRE I : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE 4

CHAPITRE II : BILAN DU STAGE 9

DEUXIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 12

CHAPITRE III : CONSIDERATION THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE. 13

CHAPITRE IV : PRESENTATION, DISCUSSION DES RESULTATS ET SUGGESTION 25

CONCLUSION 39

BIBLIOGRAPHIE 41

ANNEXES 43

TABLE DE MATIERES 46

DEDICACES

A :

- ✓ mon père HOUNOU ASSOGBA Salomon
- ✓ ma mère HOUNGBO Aimée Reine

REMERCIEMENTS

Ce travail ne pourrait aboutir sans le concours de certaines personnes que nous remercions de tout cœur et parmi lesquelles nous tenons à nommer :

- ✓ Le chef département de psychologie Dr KOUGBEAGBEDE Thierry et son adjoint Dr OGNIN Modeste
- ✓ Tous les enseignants du département de Psychologie
- ✓ Mon époux AÏGNON Séraphin pour sa disponibilité, son aide financière et morale;
- ✓ Tous les enseignants de la FASHS. Ils ont tous contribué à notre formation ;
- ✓ M. SOSSOU COUSSI Épiphane qui a bien voulu assurer la direction de ce travail ;
- ✓ Mme TOSSA Judith Aubierge née TOKPEME, contrôleur d'Action Sociale à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi et responsable de notre stage ;
- ✓ Tous ceux et toutes celles qui, d'une manière ou d'une autre, ont participé à la réalisation de ce travail.

LISTES DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET PHOTOS

Liste des tableaux

Tableau I : Récapitulatif des activités sociales..... 10
Tableau II : Répartition par genre 25
Tableau III : Répartition des enquêtés selon qu'ils reçoivent ou non des assistances..... 28
Tableau IV : Répartition des enquêtés par rapport au bien-être..... 32
Tableau V : Répartition des enquêtés selon le rapport entre la prise en charge médico-sociale et la capacité à travailler..... 33
Tableau VI : Répartition des enquêtés selon le rapport entre la prise en charge médico-sociale et la capacité d'un équilibre de vie 33

Liste des graphiques

Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon l'activité génératrice de revenu 25
Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon le nombre de repas pris par jour 26
Graphique 3 : Répartition des enquêtes selon les sources de revenu..... 26
Graphique 4 : Répartition des enquêtés selon les difficultés rencontrés..... 27
Graphique 5 : Répartition des enquêtés selon les besoins..... 27
Graphique 6 : Répartition des enquêtés selon l'état psychique 28
Graphique 7 : Répartition des enquêtés selon le types d'assistance reçues..... 29
Graphique 8 : Récapitulation des sources de provenance de ces assistances..... 30
Graphique 9 : Répartition des enquêtés selon le niveau de performance du personnel de la prise en charge médico-sociale 30
Graphique 10 : Répartition des enquêtés selon l'organisation des services de prise en charge médico-sociale..... 31
Graphique 11 : Répartition des enquêtés selon l'accessibilité à la prise en charge médico-sociale 31
Graphique 12 : Répartition des enquêtés selon la satisfaction d'assistances..... 32

Liste des photos

Photo 1 : Entrée principale de l'hôpital de zone d'Abomey-calavi..... 4
Photo 2 : Service social de l'hôpital de zone d'Abomey-calavi..... 5
Photo 3 : Les ARV de l'hôpital..... 29

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AAP	:	Association Américaine de Psychiatrie
ARV	:	Antirétroviraux
CNLS	:	Centre National de Lutte contre le Sida
CPS		Centre de Promotion Sociale
DPSE	:	Département de Psychologie et des Sciences de l'Éducation
ETP	:	Entretien Thérapeutique des Patients
FASHS	:	Faculté des Sciences Humaines et Sociales
IEC	:	Information, Education et Communication
MASSDF	:	Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des Femmes
MSP	:	Ministère de la santé publique
OEV	:	Orphelins et Enfants Vulnérables
OMD	:	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
ONU	:	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	:	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/SIDA
PEC	:	Prise En Charge
PNLS	:	Programme National de Lutte contre le Sida
PNMLS	:	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/SIDA
PVVIH	:	Personne Vivant avec le VIH/SIDA
RES	:	Rapports d'Enquêtes Sociales
SIDA	:	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SSH	:	Service Social Hospitalier
UAC	:	Université d'Abomey-Calavi
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Au Bénin, le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) est un programme prioritaire. Malgré tous les efforts consentis avec les partenaires, notamment dans la promotion de la prise en charge médico-sociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA, l'infection à VIH continue toujours de poser un problème majeur de santé publique et de développement durable. Ainsi devant les difficultés que rencontre la prise en charge des PVVIH, nous avons voulu étudier son influence médicamenteuse et psychologique sur leur santé mentale. Pour l'analyse des données recueillies, la méthode logico-sémantique a été choisie afin de ressortir le sens manifeste descriptif des données sur une population d'environ 58 personnes.

Les résultats obtenus montrent que les PVVIH de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi vivent dans des conditions difficiles qui se traduisent essentiellement par l'insuffisance alimentaire, le chômage et la stigmatisation. Par ailleurs, la prise en charge médicamenteuse et psychologique qui est censé améliorer leurs conditions est très limitée et caractérisée par : un accès difficile des PVVIH aux soins de santé. Dès lors, nous avons formulé quelques suggestions qui vont permettre l'amélioration et à l'efficacité de la prise en charge médico-sociale des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Mots clés : prise en charge médicamenteuse, santé mentale, prise en charge psychologique, PVVIH/SIDA

ABSTRACT

In Benin, the National AIDS Control Program is a priority program. Despite all the efforts made with the partners, especially in promotion of medico-social care for people living with HIV/AIDS, HIV infection still continues to pose a major public health and sustainable development problem. Thus, faced with the difficulties encountered by the care policy for PLWHIV, we wanted to study its medicinal and psychological influence on their mental health. For the analysis of the data collected, the logico-semantic method was chosen in order to bring out the description meaning of the data on a population or approximately 58 people.

The results obtained show that the PLWHIV at the Abomey-Calavi zone hospital live in difficult conditions which mainly result in insufficient food, unemployment and stigmatization. Moreover, the drug and psychological care that is supposed to improve their conditions is very limited and characterized by: difficult access of PLWHIV to health care. Therefore, we have therefore made some suggestions that will improve and improve the effectiveness of medico-social care for people living with HIV/AIDS.

Key words: medication management, mental health, psychological care, PLHIV / AIDS

INTRODUCTION

Partout dans le monde, la formation et l'éducation constituent, de nos jours, le principal moteur de tout développement véritable et durable. Aussi, pour que la formation soit effective et efficace, la théorie doit être accompagnée de la pratique. Ainsi le Département de Psychologie et des Sciences de l'Education (DPSE) de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS) de l'Université d'Abomey-Calavi (UAC) a organisé des stages en milieu spécialisé à l'intention de ses étudiants en troisième année de Licence. Ils ont pour but de concilier les cours théoriques et la pratique sur le terrain afin de procurer une formation de qualité qui répond aux besoins actuels du marché de l'emploi. Le nôtre s'est déroulé au service social de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi

Ce stage nous a mis en contact avec les difficultés que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) et les enfants vulnérables de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi dans leur prise en charge. Nous nous sommes alors intéressés à la problématique des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; et ce dans l'optique d'une étude de recherche en la matière. En effet, depuis son avènement à la fin du XXe siècle, l'infection à VIH est l'une des épidémies mondiales aux conséquences les plus dévastatrices pour l'humanité. Elle reste un véritable problème de développement et de sécurité internationale, surtout pour les pays africains et les pays à revenu faible et intermédiaire. Non seulement cette pandémie envahit la frange de la population la plus productive (15-49 ans), mais elle laisse aussi les personnes qui en sont déjà victime confrontées à des problèmes divers et variés (ONUSIDA, 2005). Certains de ces problèmes peuvent être liés à la survenue des infections opportunistes et d'autres aux problèmes d'ordres psychologique, social, nutritionnel, économique, etc. Face à tout cela, la mise en place d'une politique spécifique de prise en charge médico-sociale des PVVIH demeure une préoccupation majeure pour les pays comme le Bénin marqué par la pandémie (ONUSIDA-UNICEF, 2013). Malheureusement cette prise en charge médico-psychologique est confrontée à de graves obstacles. Ainsi, elle reste un défi à relever ensemble, pour induire chez ces êtres, une bonne santé mentale et un bonheur partagé qui rendent possible l'espérance d'un monde et d'un avenir meilleur. C'est ce qui nous a motivé dans le cadre de notre rapport de stage à mener notre réflexion sur la thématique de l'Influence de la prise en charge médicamenteuse et psychologique des PV/VIH sur leur santé mentale: cas du centre hospitalier et universitaire de zone Abomey-Calavi/Sô-Ava.

Le présent rapport par lequel nous rendons compte de notre stage s'articule alors autour de cinq axes fondamentaux. Le premier fait une description du lieu et du bilan du stage, avec un accent particulier sur l'état des lieux et le rôle assumé par la stagiaire. Le deuxième axe porte sur le cadre théorique de l'étude et fait ressortir essentiellement la problématique, les hypothèses et les objectifs de la recherche. Le troisième s'articule autour de l'approche méthodologique ; tandis que le quatrième présente les résultats de l'étude. Le cinquième axe enfin, porte sur la discussion des résultats obtenus et les approches de solutions.

PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE

Il s'agit dans ce chapitre de présenter le cadre où s'est déroulé notre stage

1.1. Généralité sur l'hôpital de zone

Règlementé par le décret N° 2002-0113 du 12 Mars 2002 portant approbation des statuts des hôpitaux de zone, l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, a été inauguré le 19 Mai 2003 et a effectivement démarré ses activités le 16 Août 2003. Il est érigé sur un domaine de sept (07) hectares environs et couvre quatorze (14) centres de santé au service d'une population de sept cent soixante-quatorze mille quatre cent soixante-deux (774 462) habitants environs en 2016.

Photo 1: Entrée principale de l'hôpital de zone d'Abomey-calavi



Prise de vue : Hounou Assogba, Mars 2020

L'hôpital de zone d'Abomey-Calavi a plusieurs services.

❖ Les services de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi

L'hôpital de zone d'Abomey-Calavi dispose de :

- Deux services administratifs (service des Affaires Administratives et Economiques et le service des Affaires Financières)
- Un service des urgences
- Un service de médecine
- Un service de pédiatrie

- Un service de gynécologie-obstétrique
- Un service de chirurgie avec deux blocs opératoires
- Un service d'anesthésie réanimation avec une salle de réveil
- Un service d'imagerie médicale
- Un service de laboratoire
- Un service social
- Une pharmacie
- Une morgue

De tous ces services, notre étude porte sur celui qui a en charge du volet social.

1.2. Service social de l'hôpital de zone d'Abomey-calavi

Photo 2: Service social de l'hôpital de zone d'Abomey-calavi



Prise de vue : Hounou Assogba, Mars 2017

Dans ce service, il existe une organisation, une attribution, des activités, des ressources et des partenaires.

1.2.1. Organisation du service

Le service social de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi est dirigé par Mme TOSSA Judith Aubierge née TOKPEME, Responsable du Service Sociale. Elle est assistée par plusieurs collaborateurs qui sont Mme DOSSA Marie Jeanne, Gestionnaire des ARV ; Mme DEGUENON Patricia Epse DJAGALY, Technicienne supérieure de l'action sociale, TOSSA Atanassoh Infirmier et Mme ZISSOU-PLY Judith, Aide-soignante.

Le service social a pour but de porter une assistance psychosociale aux malades de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. Il se penche aussi sur la prise en charge sanitaire des personnes

indigentes à savoir : les malades, les personnes vivantes avec le VIH /SIDA (PVVIH), les orphelins et enfants vulnérables (OEV).

1.2.2. Attribution du service

Le service social a pour but de porter une assistance psychosociale aux malades de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. Il se penche aussi sur la prise en charge sanitaire des personnes indigentes à savoir : les malades, les personnes vivantes avec le VIH /SIDA (PVVIH), les orphelins et enfants vulnérables (OEV).

1.2.3. Activités du service

Plusieurs activités sont menées par le service social. Nous pouvons citer entres autres :

- **Consultation psychosociale :** elle consiste à accueillir les usagers afin de prendre connaissance de leurs problèmes et leur apporter une approche de solution.
- **Entretien Thérapeutique des Patients (ETP) :** il consiste à accueillir les PVVIH afin de s'entretenir avec eux sur les modes de transmission du VIH/SIDA, les moyens de prévention de la transmission du VIH, le système immunitaire, la dynamique de l'infection par le VIH, les traitements par des antirétroviraux, les échecs thérapeutiques et à l'aide d'un questionnaire jauger l'état psychologique du malade.
- **Distribution de kits nutritionnels aux malades et aux PVVIH :** cette opération consiste à venir au secours des malades qui sont à bout de souffle financièrement pour subvenir à leurs besoins biologiques.
- **Information Education Communication (IEC) :** ce sont des séances d'échange éducatif sur des thèmes de vaccination et de la maternité tous les lundis et jeudis, des séances de sensibilisation sur la prévention des risques sociaux.
- **Démonstration diététique :** elle consiste à montrer aux mères comment bien prendre soins de leurs enfants à travers la préparation des nourritures.
- **Assistance sanitaire :** elle consiste à venir au secours des malades hospitalisés qui n'ont plus les moyens financiers pour honorer les frais d'analyses, des soins médicaux ou d'hospitalisation, etc., à travers les secours nationaux.
- **Enquête** sur les audits de décès maternels.

1.2.4. Les ressources du service social

Les ressources du service social sont de deux ordres : des ressources matérielles et des ressources humaines.

❖ **Ressources matérielles**

La prise en charge (PEC) des usagers du service social se déroule dans une pièce équipée de trois (03) bureaux et cinq (05) chaises, deux (02) armoires dans lesquelles se trouvent les documents des PVVIH, OEV et les indigents avec leurs noms et numéro d'enregistrement, un ventilateur, un banc, un réfrigérateur et une pharmacie d'ARV. Il dispose aussi d'un magasin dans lequel sont stockés les vivres (maïs, haricot, riz, huile d'arachide, pâtes alimentaires, des cartons de lait des enfants du premier au troisième âge, de farine de moringa, farine de poisson, farine Céreso).

❖ **Ressources humaines**

Comme nous l'avons dit plus haut, le service social de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi est dirigé par une Chef en la personne de Mme TOSSA Judith Aubierge née TOKPEME, assistée des collaborateurs à savoir Mme DOSSA Marie Jeanne, Gestionnaire des ARV ; M. LANHOUTIN Irené Médiateur, Mme DAVAKAN Mathilde Médiatrice ; M. TOSSA Atanassoh Infirmier et Mme DOUNA Aimée Aide-soignante.

1.2.5. Les partenaires du service social

Le service social travail en collaboration avec des partenaires publics et privés.

❖ **Les partenaires publics**

Dans son fonctionnement le service social bénéficie des appuis de plusieurs structures étatiques. Il s'agit de :

- ✓ Ministère de la Santé
- ✓ Les Centres de Promotion Sociales (CPS) qui l'aident pour les rapports d'enquêtes sociales (RES) ou pour un suivi.
- ✓ La mairie d'Abomey-Calavi ainsi que d'autres communes et arrondissements chargés de la délivrance des certificats d'indigence.
- ✓ Fonds Sanitaires des Indigents qui après tous les renseignements fournis dans un dossier par le Service Social sur le malade indigent, appuie financièrement ce dernier dans l'achat des médicaments, le paiement des frais de soins et analyses médicaux, d'hospitalisation, etc.

❖ **Les partenaires privés**

En dehors des structures étatiques ci-dessus citées, le service social collabore avec d'autres structures qui ne sont pas du ressort de l'Etat. Elles sont pour la plupart des Organisations Non Gouvernementales (ONG), des associations caritatives et autres. Ce sont surtout :

- ✓ Fondation Regard d'Amour
- ✓ Service d'Assistance des Sœurs de la Charité résidant à Sainte Rita (Cotonou)
- ✓ ONG BUPDOS
- ✓ Caritas Bénin
- ✓ Plan Bénin

CHAPITRE II : BILAN DU STAGE

2.1. Déroulement du stage

Notre stage au sein du service social de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi a duré un mois. Il nous a permis d'abord de connaitre l'effectif du personnel, le mode de fonctionnement du service, les différentes activités menées par le service social, les ressources matérielles dont il dispose, ses difficultés et ses attentes, les conditions de travail du personnel, la qualité du service rendu. Ensuite, nous avons assisté aux entretiens thérapeutiques des PVVIH, partagé des vivres aux Enfants Vulnérables. Enfin il nous a permis de savoir que Le service social assiste aussi financièrement les malades indigents de l'hôpital.

Par ailleurs, ce stage a été très bénéfique dans la mesure où il nous a permis de développer les capacités suivantes :

- ✓ Accueillir les malades ;
- ✓ Connaitre les conduites à tenir devant les malades PVVIH et les enfants vulnérables ;
- ✓ Savoir garder la confidentialité ;
- ✓ Savoir écouter avec patience ;
- ✓ Remonter le moral des malades qui sont parfois désespérés ;
- ✓ Travailler en équipe.

2.2. Activités de la stagiaire

Au cours de notre stage nous avons participé aux activités du service comme :

- **La permanence :** elle consiste à accueillir les usagers, les écouter et les orienter vers la responsable pour la satisfaction de leur besoin.
- **L'Entretien Thérapeutique des Patients (ETP) et la distribution de kits sanitaires aux PVVIH :** il consiste à accueillir les PVVIH afin de s'entretenir avec elles sur les modes de transmission du VIH/SIDA, les moyens de prévention de la transmission du VIH, le système immunitaire, la dynamique de l'infection par le VIH, les traitements antirétroviraux, les échecs thérapeutiques et à l'aide d'un questionnaire jauger l'état psychologique du malade. À la fin de chaque ETP, des bons de médicaments sont distribués aux PVVIH. Ces derniers vont ensuite se faire servir à la pharmacie de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi.
- **La distribution des vivres :** opération périodique qui consiste à donner des vivres aux indigents en particuliers aux orphelins et enfants vulnérables (OEV).

- **Information Education Communication (IEC) :** au cours de notre stage nous avons assisté à une communication portant sur le thème : « l'espacement des grossesses : causes, conséquences et approches de solutions ».

Ces différentes activités se résument dans le tableau suivant :

Tableau I: Récapitulatif des activités sociales

Types d'activités	Nombre de personnes reçues	Pourcentage
ETP et distribution de kits sanitaires	219	45,63 %
Distribution de vivres	161	33,54 %
Information Education communication	100	20,83 %
Total	480	100 %

Source : Cahier de bord et Registre du SSH, juin 2017.

Le tableau ci-dessus met en exergue les différentes activités effectuées au cours du stage. Sa lecture nous montre que sur 219 PVVIH (soit 45,63 % des usagers côtoyés) ont pris part aux Entretiens Thérapeutiques des Patients (ETP) et ont reçues des bons de médicaments. Par ailleurs, 100 usagers (soit 20,83 %) ont participé à l'unique séance d'Information Education Communication qui a eu lieu pendant le stage. Enfin, des vivres ont été distribuées à 161 (soit 33,54 %) indigents en particuliers aux orphelins et enfants vulnérables (OEV), car le stock de vivres destinés aux PVVIH était épuisé.

Il convient de noter ici que le service social reçoit un nombre important de PVVIH (45,63 %). Toutefois, le volet psychologique de la prise en charge est relégué au dernier rang, faut de psychologue dans le service social. Or la prise en charge psychologique se révèle être indispensable voire incontournable pour la santé mentale des PVVIH.

2.3. Difficultés du service social

Le service social de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi est confronté à des difficultés dans l'exécution de ses tâches. Au nombre de ces difficultés, nous pouvons citer :

- manque de moyens financiers ;
- insuffisance des ressources humaines ;

- inadéquation du cadre de travail ;
- absence de matériels informatiques pour la gestion et l'exploitation informatique des dossiers médicaux ;
- absence d'un psychologue dans le service social ;
- non disponibilité de toutes les formes pédiatriques d'ARV ;
- rupture fréquente en ARV et autres vivres nécessaires aux PVVIH.

DEUXIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE III : CONSIDERATION THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE.

Ce chapitre retrace la considération théorique de cette étude à travers la problématique, la clarification des concepts, la justification du choix du sujet et la méthodologie.

3.1. Problématique

Le SIDA reste une maladie complexe et incurable qui anéantit des individus, des communautés et des nations. Depuis le début de l'épidémie en 1981 jusqu'en 2007, on estime que 60 millions de personnes ont été infectées par le VIH, dont quelque 20 millions sont décédées. Cet effectif à presque doublé à la fin de 2016, où l'OMS estime à 36 millions le nombre de morts à cause du VIH. En effet, l'OMS et l'ONUSIDA estiment que plus de 1,8 million de personnes ont été nouvellement infectées par le virus du SIDA dans le monde en 2016. Ce chiffre représente une nouvelle contamination par le VIH toutes les 17 secondes en moyenne ou bien près de 5000 nouvelles infections par jour. Cela porte le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2016 à 36,7 millions. Ce total augmente d'année en année à cause du rythme toujours élevé des nouvelles transmissions et aussi en raison d'un accès plus répandu aux médicaments antirétroviraux dans les pays pauvres qui offre de meilleures chances de survie aux séropositifs. Chez les adultes, le rythme des nouvelles contaminations sur la planète n'a que faiblement diminué ces dernières années : de 1,9 million en 2010 à 1,7 million en 2016 (ONUSIDA, 2016).

En Afrique, la situation demeure encore plus alarmante, car elle concentre toujours la majeure partie des nouveaux cas : en moyenne deux infections sur trois. La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, où 230 000 personnes vivent avec le VIH, présente une légère diminution du nombre de nouvelles infections (− 4 % depuis 2010) mais une notable augmentation du nombre de morts (+ 19 % depuis 2010), avec un taux de couverture thérapeutique qui est bas : 24 % en 2016. Les décès liés au SIDA ont plus que doublé entre 2010 et 2016 en Egypte, en Iran, au Koweit, au Maroc, au Soudan, en Tunisie et au Yémen. Cela s'expliquerait, selon l'ONUSIDA, par une hausse du nombre de nouveaux cas dans certains pays et par un accès limité aux traitements dans d'autres. La situation en Afrique de l'ouest et centrale, qui compte 6,1 millions de personnes vivant avec le VIH, dont 56 % de femmes, préoccupe également l'ONUSIDA. Depuis 2010, les nouvelles infections n'y ont diminué que de 9 %, contre 29 % en Afrique orientale et australe, qui, elle, abrite 19,4 millions d'individus séropositifs. De même la baisse du nombre des décès depuis 2010 est moins importante qu'en Afrique orientale et

australe : − 21 % contre − 42 %. Quant au taux de personnes vivant avec le VIH sous traitement, le retard est également notable : 35 % contre 67 % (ONUSIDA, 2016).

Selon l'ONUSIDA (2016), l'indice qui caractérise depuis une décennie, la physionomie de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin est de 1,2 %. Cet indice indique une stabilisation de l'épidémie dans la population générale. Et ce, avec une estimation à 75268 dont 43813 femmes et 4589 enfants de moins de 15 ans, le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) au Bénin en 2016. En fait, selon le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) au Bénin, ce taux de prévalence dans la population générale cache des disparités selon la zone, le genre et les cibles de population clés de l'épidémie. Par exemple, la prévalence dans les zones urbaines est de 1,6 % tandis qu'elle est de 0,9 % en milieu rural. Aussi, dans les départements de la Donga et dans l'Ouémé, elle est de 1,4 % ; 1,9 % dans le littoral et supérieure à 2 % dans le Mono et le Couffo. Au niveau de certaines populations clés on a en 2015, 15,7 % de prévalence chez les travailleurs de sexe et 1,3 % chez leurs clients, 7,7 % chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, 4,7 % chez les utilisateurs de drogues par voie injectable et 1,4 % chez les prisonniers (PNLS, 2016). Aussi, ces résultats actuels risque de chavirer, car le fonds mondial qui soutient à hauteur de 70 % le Bénin dans l'achat des ARV, commence, à se désengager progressivement et demande aux Etats africains de prendre leurs responsabilités. Les gouvernants doivent donc s'armer financièrement s'ils ne veulent pas avoir des décès en série sous la main (ONUSIDA, 2016).

Comme nous venons de le voir, la proportion de PVVIH ne cesse d'augmenter à un rythme alarmant au niveau mondial, mais en particulier en Afrique sub-saharienne et au Bénin. Ainsi, l'infection à VIH est l'une des épidémies mondiales aux conséquences les plus dévastatrices pour l'humanité. En effet, le VIH/SIDA freine le développement socio-économique par ses retombées négatives dans les secteurs de production. Les personnes qui en sont déjà victime sont confrontées à des problèmes divers et variés liés pour la plupart à l'évolution chronique de l'infection à VIH. Certains de ces problèmes peuvent être liés à la survenue des infections opportunistes et d'autres aux problèmes d'ordres psychologique, social, nutritionnel, économique, etc. Au niveau des individus et des ménages, le SIDA provoque un manque à gagner du fait des dépenses en soins et de l'arrêt de travail. Sur le plan macro-économique, la baisse de productivité que la maladie occasionne a pour conséquence une diminution de la croissance économique, du revenu par tête d'habitant, de l'épargne et de l'investissement. Tous ces problèmes nécessitent une attention soutenue de la communauté internationale, des ONG

internationales, nationales, locales et même de la communauté dans laquelle vive ces personnes vivant avec le VIH/SIDA (ONUSIDA-UNICEF, 2013).

Toutefois, beaucoup de défis restent à relever sur toute l'étendue du territoire nationale, notamment dans l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. C'est déjà, la prise en charge médicale encore marquée par endroit, par des pannes d'appareil qui durent plusieurs mois, l'impossibilité de réaliser des analyses biochimiques pour évaluer l'efficacité des traitements, l'indisponibilité du personnel psychosocial, l'indisponibilité voir l'inexistence de médecins, le défaut de l'énergie électrique, la rupture de Bactrim, etc. (PNLS, 2016).

Cette situation nous semble d'autant plus importante que nous avons choisi de mener réflexion sur l'Influence qu'a la prise en charge médicamenteuse et psychologique sur la santé mentale des PV/VIH du centre hospitalier et universitaire de zone Abomey-Calavi/Sô-Ava. Le problème que soulève ce thème est celui de la nécessité et de la légitimité de la prise en charge médico-sociale dans le traitement, l'accompagnement et l'épanouissement des personnes vivants avec le VIH/SIDA. C'est pourquoi la question fondamentale de ce travail est : En quoi une bonne prise en charge médico-sociale se révèle-t-elle indispensable et comment peut-elle être leur lieu d'émergence et d'épanouissement dans le suivi des PVVIH ?

Pour répondre à cette question des objectifs et hypothèses ont été formulées.

3.1.1. Objectif

3.1.1.1. Objectif général

L'objectif général de cette étude est d'évaluer l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse et psychologique des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

3.1.1.2. Objectifs spécifiques

De façon spécifique, il s'agit de :

- apprécier les conditions de vie des PVVIH dans centre hospitalier et universitaire de zone d'Abomey-Calavi et identifier leurs besoins ;
- évaluer la prise en charge médico-sociale des PVVIH et identifier les principales difficultés s'y rapportant ;
- formuler des propositions pour étendre l'accès de la prise en charge médico-sociale et rendre les services disponibles à toutes les PVVIH qui en ont besoin, afin d'améliorer leur qualité de vie.

3.1.2. Hypothèse

3.1.2.1. Hypothèse générale

La prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA serait efficace au centre hospitalier et universitaire de zone d'Abomey-calavi

3.1.2.2. Hypothèse spécifique

- Les conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi seraient défavorables.
- La prise en charge médico-sociale des PVVIH dans l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi connaîtrait des obstacles : elle serait donc partielle.
- Une bonne prise en charge médico-sociale est un axe incontournable pour la santé mentale des PVVIH, dans la mesure où elle permet d'assurer leur protection identitaire et sociale, et leur permet de mener une vie normale et de qualité.

3.2. Considération théorique

3.2.1. Clarification Des Concepts

Les mots n'ont de sens que dans un contexte bien déterminé. Ainsi, il s'agit ici de contextualiser les concepts ou mots clés suivant :

- **VIH**

Le VIH est le seul microbe ou virus responsable du SIDA chez l'être humain. Il fait partie de la famille des lentivirus. Il s'agit d'un virus possédant un génome sous forme d'ARN, contenu dans une capside protéique, elle-même entourée par une enveloppe formée d'une membrane lipidique (Furelaud, 2002). Son nom correspond à son effet pathologique : VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine. Il est donc responsable l'affaiblissement des défenses de l'organisme de l'homme (Akam, 1992). Par ailleurs, le VIH peut être transmis de diverses manières, qui impliquent différents fluides corporels : le sang, les sécrétions génitales et le lait maternel. Au nombre de trois, ces modes de transmission sont : la transmission sexuelle, la transmission sanguine et la transmission de la mère infectée à son enfant (Furelaud, 2002).

- **SIDA**

Syndrome d'Immunodéficience Acquise, le SIDA est le stade avancé de l'infection à VIH lorsque la personne infectée présente des infections opportunistes et un bilan biologique perturber. C'est encore,

l'ensemble des maladies qui découlent de la défaillance du système de défense de l'organisme humain. **S** = Syndromes ou ensembles de symptômes et signes caractérisant une maladie, **I** = Immuno qui vient de l'Immunité ou capacité de l'organisme à se défendre contre une agression (microbe, cancer,...), **D** = Déficitaire qui vient de déficience ou carence ou encore diminution de la défense immunitaire, et **A** = Acquise, c'est-à-dire contractée au cours de la vie, parce que cette déficience n'est ni innée ni héréditaire (Akam, 1992).

- **Personne Vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH)**

D'une manière générale, une personne vivant avec le virus du SIDA, est une personne infectée par le VIH. Cette personne peut être séropositive asymptomatique, c'est-à-dire, sans aucun signe de la maladie ou présentant les signes de la maladie (Hamblin, 2006). Or un malade du SIDA est une personne qui a le virus et qui est malade de ça, hospitalisé ou non.

- **Prise en charge**

C'est une intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités (Bergeron, 1997). Dans le cadre du VIH/SIDA, la prise en charge vise à aider les personnes vivants avec le VIH/SIDA à faire face à leurs besoins psychologique, médical (les médicaments et traitements curatifs ou préventifs), social, nutritionnel, économique et juridique. La prise en charge est dite totale ou globale lorsqu'elle permet de répondre à l'ensemble des besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA ; c'est-à-dire lorsqu'elle englobe toutes les dimensions précitées. Dans le cas contraire, elle est dite partielle (MSP/PNLS, 2004)

- **Santé mentale**

Le terme est polysémique. Généralement, la santé mentale définit le bien-être psychique, émotionnel et cognitif ou une absence de trouble mental. Elle est donc une composante intégrale et essentielle de la santé ; car il n'y a pas de santé sans santé mentale. Isaac Ray, l'un des trente fondateurs de l'Association Américaine de Psychiatrie (AAP), définit la santé mentale comme un art de préserver l'esprit contre les incidents et les influences qui pourraient endommager ou détruire son énergie, sa qualité ou son développement (Mandell, 1995). Pour l'Organisation mondiale de la santé, « on définit la santé mentale comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté. » (OMS, 2014).

Par ailleurs, la Commission Européenne de l'Union européenne et la Conférence ministérielle européenne de l'OMS distinguent deux aspects de la santé mentale : la santé mentale « positive »

(autonomie, bien-être, épanouissement personnel), et la santé mentale « négative » qui regroupe deux formes : d'une part la détresse psychologique réactionnelle (induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles), d'autre part les troubles mentaux, affections psychiatriques de durée variable et plus ou moins sévères et/ou handicapants (MASSDF, 2009). Il est important néanmoins de spécifier que la santé mentale est plus que l'absence de maladie. En ce sens, une personne peut vivre avec une maladie mentale et avoir un bien-être mental qui pourrait se refléter à travers des relations satisfaisantes ou un emploi épanouissant.

Il convient de noter aussi que de multiples facteurs socioéconomiques, biologiques, psychologiques et environnementaux déterminent le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné. Ainsi, les problèmes de santé mentale sont associés aux éléments suivants : pauvreté, faibles niveaux d'instruction, changement social rapide, conditions de travail éprouvantes, discrimination et stigmatisation, exclusion sociale, mode de vie malsain, risques de violence ou de mauvaise santé physique, violations des droits de l'homme, etc. (Cymes, 2017). Pour l'OMS, le VIH est à la base d'un taux élevé ou en augmentation des maladies mentales, notamment dans les de pays en sous-développement (OMS, 2007).

De tout ce qui précède, nous définissons dans le cadre de ce travail, la santé mentale comme un équilibre dynamique entre les différentes sphères de la vie (sociale, physique, spirituelle, économique, émotionnelle et mentale), qui permet à chacun de réaliser son potentiel, d'agir, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

- **Influence**

Du latin *influentia*, l'influence désigne l'action ou l'effet qu'une personne ou une chose exerce sur quelqu'un ou quelque chose. En psychologie, l'influence est perçue comme l'ensemble des empreintes et changements que la vie sociale ou les relations avec autrui produisent sur les individus ou les groupes, qu'ils en soient ou non conscients. Dans ce dernier cas, on parle d'influence sociale (Le Petit Larousse, 2013). Mais, dans le cadre de cette étude, l'influence sera perçue comme l'action, l'effet ou l'impact de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des PVVIH. Autrement dit, il s'agira de voir si la prise en charge médico-sociale favorise ou altère la santé mentale des PVVIH.

3.2.2. Revue de littérature

La littérature en matière du VIH/SIDA est abondante de façon générale ; mais limitée en ce qui concerne l'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des PVVIH. En effet, trois décennies après son émergence, la pandémie du VIH/SIDA n'est plus qu'un simple défi de santé : elle constitue désormais une grave menace au développement durable. Le VIH/SIDA affecte principalement des personnes d'âge productif ; il érode les capacités humaines et institutionnelles et menace la productivité de sociétés entières, laissant à eux-mêmes les enfants et les aînés. Plusieurs pays en voie de développement dont les indicateurs étaient positifs, avant l'épidémie, affichent aujourd'hui une espérance de vie dramatiquement faible moins de 50 ans, dans les régions les plus durement frappées (ONUSIDA, 2016).

Selon le PNLS (2016) le VIH/SIDA est à la fois une cause et une conséquence de la pauvreté ; ce cycle complexe requiert des stratégies multisectorielles à court et à long terme. L'impact du VIH/SIDA sur les capacités humaines et institutionnelles se répercute sur l'économie, la main-d'œuvre, les filets de sécurité sociale formels et informels, les systèmes de santé, l'éducation et la sécurité alimentaire, au palier national et jusque dans les ménages. Vu son vaste impact, le VIH/SIDA est le plus important obstacle à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement, qui visent à éliminer la pauvreté extrême et la faim, à assurer l'éducation, à promouvoir l'égalité des sexes, à améliorer la santé et réduire le fardeau de la maladie, à protéger l'environnement et à renforcer le partenariat mondial (Zongo, 2005). Par ailleurs, dans les pays durement frappés par l'épidémie du SIDA, la disparition tragique et prématurée de parents et de citoyens à l'âge le plus productif a non seulement affecté les familles, mais aussi les exploitations agricoles et d'autres lieux de travail, les écoles, les systèmes de santé et les gouvernements. L'épidémie affecte pratiquement tous les volets de l'existence (Morlat, 2013).

En outre, la stigmatisation et la discrimination sont deux fléaux surajoutés auxquels la lutte contre le VIH/SIDA est confrontée aujourd'hui. Ces phénomènes aggravent le vécu des personnes déjà infectées. Elles ont des conséquences psychologiques importantes sur la manière dont les personnes infectées se considèrent, entraînant dans certains cas les dépressions, la perte de l'estime de soi et le désespoir (Hamblin, 2006). De plus, elles entravent les efforts de prévention car les individus ont peur de découvrir s'ils sont ou non infectés par crainte de réactions des autres. De même, elles poussent ceux qui sont exposés au risque d'infection et certains de ceux qui sont affectés à continuer à pratiquer une sexualité sans protection parce qu'il pense qu'en changeant de comportement ils susciteront des doutes sur leur statut sérologique (CIF/SANTE, 2007)

En matière de prise en charge, les besoins des PVVIH ne se limitent pas à l'accès aux médicaments et aux soins médicaux. Elles ont aussi besoin entre autre d'un soutien psychologique, social et spirituel. En effet, ce soutien peut atténuer la perception de la relation de causalité inéluctable entre l'infection par le VIH et le décès et favoriser ainsi une meilleure intégration dans la société (Djoudalbaye, 2007). Selon l'ONUSIDA (2013), les PVVIH ont besoin de soins médicaux et infirmiers de qualité, pouvant contribuer à améliorer leur qualité de vie. La prise en charge médicale comprend la prévention et le traitement des infections et autres maladies opportunistes ; le traitement par les antirétroviraux. De même, le soutien psychologique intègre l'ensemble des interventions destinées à aider les PVVIH et leur entourage immédiat à gérer l'angoisse suscitée par leur état et de vivre positivement avec le VIH/SIDA. Le vécu de l'infection à VIH peut provoquer dans certains cas des réactions disproportionnées nécessitant l'intervention d'un spécialiste en santé mentale (psychologues, psychiatre, psychothérapeute). Dans ce cas, la personne doit être référé ou orienter vers le spécialiste (PNLS, 2012). En outre, la prise en charge socio-économique consiste à aider les PVVIH et leurs familles à satisfaire leurs besoins quotidiens : aide alimentaire, aide pour l'accès aux soins, appui à la scolarité des enfants, dotation en vêtements et autres produits d'usage courants (Zongo, 2005). Selon Piot (2001), les besoins juridiques se justifient par le fait que les PVVIH sont confrontées à la stigmatisation, à la discrimination et à d'autres violations des droits humains (licenciement du fait de la séropositivité, etc.). Ces personnes ont donc besoin d'une protection contre les différentes violations de droits humains à leur encontre du simple fait de leur séropositivité au VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

Cependant, la recherche documentaire révèle des insuffisances des prestataires de soins et des services, l'implication de la communauté dans la prise en charge globale des malades ; l'absence de motivation du personnel ; l'insuffisance des postes de soins et de supervision (PNLS, 2016). La discrimination accroît l'impact de l'épidémie sur les PVVIH qui voient leur charge augmenter du fait de la maladie (Makano, 2007). L'une des raisons majeures de la propagation de l'infection est la peur de révéler sa sérologie positive à son entourage. La souffrance physique et psychologique conduit à un épuisement, à une inaptitude au travail ou à la compétition pour l'emploi et donc à une réduction importante des ressources (Ashford, 2006). Ainsi, l'infection à VIH est en effet venue révéler les nombreuses failles du système de cohésion sociale. Cette situation discriminante constitue un frein important à la prise en charge médico-sociale des PVVIH dans un contexte où l'accès aux ressources est faible, très limité ou le respect de la personne infectée, le droit au travail, le droit aux soins, à la confidentialité, à la succession, le droit à la propriété privée, sont ignorés souvent par les principaux

acteurs (PNLS, 2016). Face à ce lourd constat, il serait bien d'attirer l'attention des prestataires de soins et des services sur l'importance de l'accueil fait aux PVVIH. D'où l'importance, une fois de plus, de ce travail qui vise à mettre l'accent sur l'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des PVVIH.

3.3. Approche Méthodologique

Toute recherche exige l'utilisation d'un ensemble de moyens bien coordonnés dont l'application permet d'obtenir des résultats cohérents et fiables.

3.3.1. Modèle d'analyse

R. Mucchielli (1984), classifie 3 types de méthode d'analyse de contenu :

- Les méthodes logico-sémantiques : ces méthodes s'en tiennent au contenu manifeste. Elles procèdent par dénombrement, inventaire, codification, recherche éventuelle de relation et de corrélation entre les mots et les idées ;
- Les méthodes logico-esthétiques et formelles : elles visent particulièrement la forme et de l'esthétique de la phrase ; par la forme, elle aboutit au contenu ;
- Les méthodes d'analyse sémantique et structurale : elles cherchent à dépasser le contenu manifeste explicite et à atteindre par une analyse au second degré, un sens implicite et non immédiatement donné à la lecture.

Pour l'analyse des données recueillies, nous avons choisi d'utiliser la méthode logico-sémantique. Ce choix est guidé par le fait que nous recherchons le sens manifeste des données. De plus, cette étude porte sur les perceptions de la prise en charge médico-sociale et son influence sur la santé mentale des PVVIH, deux variables pouvant être mesurées à la fois de façons qualitative et quantitative.

3.3.2. Démarche méthodologique

3.3.2.1. Population mère

Elle est constituée des enfants orphelins et vulnérables ; des indigents ; des personnes vivant avec le VIH et des malades du SIDA qui fréquentent le service social hospitalier de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi. (Environ 89 personnes)

3.3.2.2. Population cible

Elle est constituée des personnes vivant avec le VIH et des malades du SIDA fréquentant le service social hospitalier de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi

3.3.3. Échantillonnage

Selon Landheere (1976), un échantillon est un nombre limité d'individus dont l'observation permet de tirer les conclusions applicables à la population entière, de laquelle le choix est fait. Notre étude se basant sur l'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale, évoque une manière d'étude et la sélection des sujets de notre échantillon en tiendra compte.

L'échantillon d'étude estimée à 89 PVVIH/SIDA a subi des critères de sélection qui sont :

- Être âgé de 18 ans et plus
- Être suivi dans le service social hospitalier de l'hôpital de zone d'Abomey-calavi ou appartenir à une association des PVVIH
- Être informé de son état sérologique.

L'échantillon de notre travail est constitué de 58 participants toute catégorie confondue choisit au hasard suite à la distribution des questionnaires et à l'entretien, ce qui représente un taux de représentation de 65.16%.

3.3.4. Technique et outils de collecte des données

3.3.4.1. Enquête

L'enquête prend selon Chauchat (1985) le sens d'insatisfaction dans le domaine de la recherche. Elle s'applique à des phénomènes tout à fait spécifiques. Il existe trois principales techniques que nous avons pratiquées dans la réalisation de cette étude à savoir :

- Le questionnaire
- L'entretien
- L'observation

3.3.4.1.1. Enquête par questionnaire

Nous nous sommes servis d'un questionnaire d'enquête (en Annexe) comportant notamment des questions ouvertes et des questions fermées. Ces questionnaires ont été rédigés en langue française. Cependant comme la plupart de nos enquêtés ne savent ni lire ni écrire, nous leurs avons posé les questions dans une des langues locale qu'ils maîtrisent (fon, mahi, goun, etc.). Les fiches d'enquêtes ont été complétées au fur et à mesure qu'on évoluait avec les questions-réponses.

3.3.4.1.2. Enquête par entretien

L'entretien ou interview est la situation au cours de laquelle un chercheur, l'enquêteur, essaie d'obtenir d'un sujet, l'enquêté, des informations détenues par ce dernier, que ces informations résultent d'une connaissance, d'une expérience ou qu'elles soient la manifestation d'une opinion (Le Petit Larousse, 2013). Aussi, il existe plusieurs formes d'entretiens ; mais ils ont été lors de l'enquête, semi directifs et individuels. En effet, ils ont consisté à laisser toute latitude de réponse à l'entretenu, tout en l'orientant par moment afin de rester dans le champ de vision de la recherche. Le guide d'entretien (en Annexe) a été adressé à des personnes ressources, eu égard à leurs connaissances ou expériences à propos du VIH/SIDA. Il s'agit notamment de tous les membres de l'échantillon sauf les PVVIH. Les entretiens nous ont permis d'obtenir des informations de premières sources nécessaires sur les perceptions de la prise en charge et son influence sur la santé mentale des PVVIH.

3.3.4.1.3. Enquête par observation

A côté des techniques précédentes, nous avons par moments fait appel à l'observation. Cette dernière peut être définie comme la considération attentive des faits afin de mieux les connaître et de collecter des informations à leur propos (Le Petit Larousse, 2013). C'est une technique de collecte de données qui utilise les sens pour renseigner les préoccupations formulées par sa recherche. Dans le cadre de cette étude, les observations ont été directes. C'est-à-dire que nous avons fait appel à nos sens pour observer les PVVIH et les acteurs de la lutte contre le VIH/SIDA en situation.

La technique d'échantillonnage utilisée est le sondage exhaustif pour les PVVIH et le choix raisonné pour les agents socio sanitaires, les personnes ressources, les religieux et les médiateurs.

3.3.4.2. L'exploitation des documents ou recherche documentaire

Toute étude suppose un travail bibliographique de lecture de livres et d'articles qui traitent du sujet. De fait, la recherche documentaire constitue la première étape de la collecte des données. Elle est constituée par l'ensemble des investigations faites dans les centres de recherche ou centres de documentation spécialisés, les bibliothèques, les institutions et les structures de recherche, sur le réseau Internet et autres organismes susceptibles de fournir les informations relatives au sujet de recherche. Ces investigations ont permis de suivre l'historique de la maladie depuis sa découverte jusqu'à nos jours et de déblayer le champ de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin.

3.3.5. Méthodes de traitement et d'analyse des données

Cette étape a consisté à mettre sous forme exploitable les données recueillies auprès des membres de l'échantillon à l'aide du questionnaire, des entretiens, de l'observation directe et des données issues de la documentation. Ainsi, les données qualitatives collectées ont été catégorisées, triangulées, transcrites et saisies à l'aide du logiciel Word 2010. En effet, au terme des investigations et avant de présenter les données sous forme de résultats, il est procédé à des traitements manuels et automatiques de toutes les informations recueillies. Le traitement manuel a consisté en la vérification et en la codification des données collectées. Cette étape qui n'est autre que le dépouillement des données recueillies, a permis de mettre en évidence les informations relatives à la prise en charge médico-sociale des PVVIH et son influence sur leur santé mentale. Quant aux données quantitatives collectées, elles ont été saisies et traitées à l'aide du logiciel Excel 2010. Par ailleurs, le tableur Excel 2010 a été utilisé pour le traitement statistique des données, la réalisation des figures et des tableaux, les calculs statistiques, etc.

3.3.6. Difficultés éprouvées

La principale difficulté rencontrée au cours de notre stage et de l'élaboration de cette étude est la réticence de certains patients à collaborer. Leur attitude se justifie par le fait qu'ils sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination suite à la découverte de leur état sérologique. Par ailleurs, nous avons aussi été confrontés au manque de moyens financiers et matériels. Toutefois, la détermination et la persévérance nous ont permis de venir à bout de toutes ces difficultés.

CHAPITRE IV : PRESENTATION, DISCUSSION DES RESULTATS ET SUGGESTION

4.1. Présentation des résultats

Il s'agit de présenter essentiellement les résultats relatifs à l'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi.

Tableau II : Répartition par genre

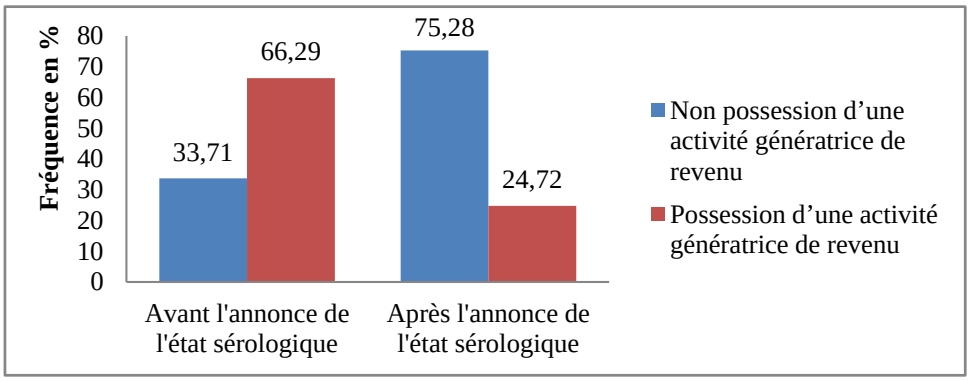
Genre	Effectif	Pourcentage (%)
Homme	22	37,93
Femme	36	62,07
Total	58	100

Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

4.1.1. Conditions de vie et besoins des PVVIH/SIDA

- **Possession d'activité génératrice de revenu par les PVVIH**

Graphique 1: Répartition des enquêtés selon l'activité génératrice de revenu

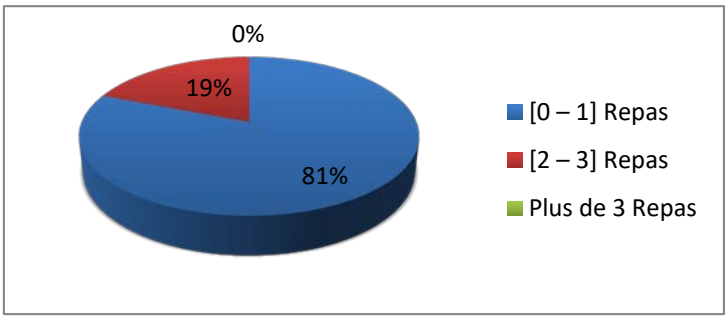


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017

Le graphique ci-dessus montre que 66,29 % contre 33,71 % des PVVIH exerçaient une activité génératrice de revenu avant la découverte de leur état sérologique. Mais actuellement, 75,28 % d'entre eux sont des chômeurs tandis que seulement 24,72 % travaillent encore. Ceci serait dû à leurs stigmatisations car les employeurs ont peur de les embaucher.

❖ **Nombre de repas pris par jour par les PVVIH**

Graphique 2: Répartition des enquêtés selon le nombre de repas pris par jour

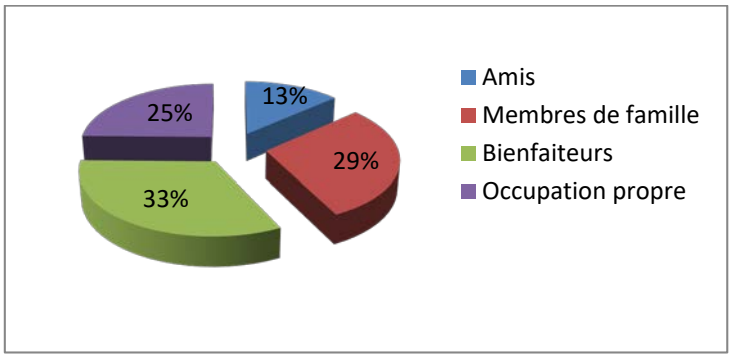


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Au regard du graphique ci-dessus, nous constatons que la majorité (81 %) des enquêtés estiment que les PVVIH ne prennent qu'un seul repas par jour. A l'opposé, 19 % d'entre eux affirment que les PVVIH prennent 2 à 3 repas par jour.

❖ **Sources de revenu des PVVIH**

Graphique 3: Répartition des enquêtes selon les sources de revenu

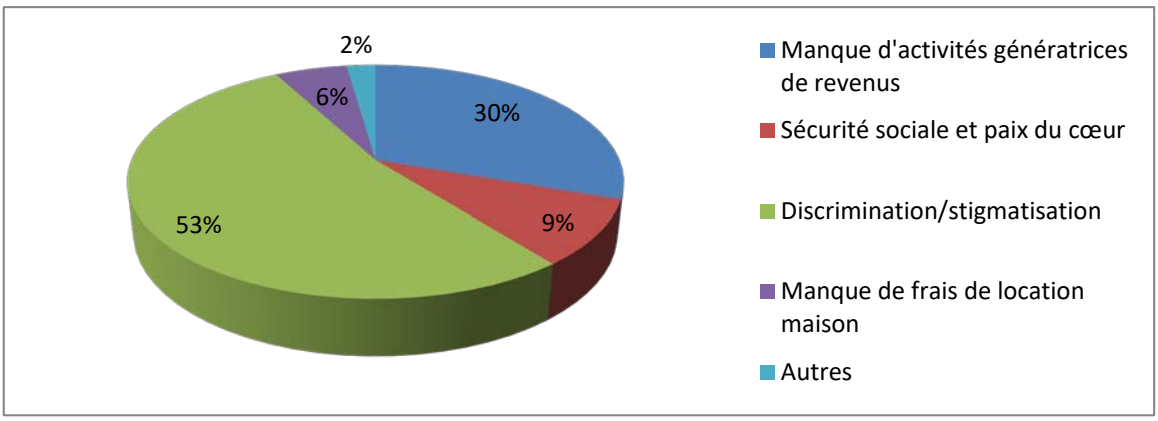


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Selon ce graphique, les revenus des PVVIH proviennent à : 33 % de leurs bienfaiteurs, 29 % des membres de leur famille, 25 % de leurs occupations propres et 13 % de leurs amis.

❖ Difficultés rencontrées par les PVVIH

Graphique 4: Répartition des enquêtés selon les difficultés rencontrés

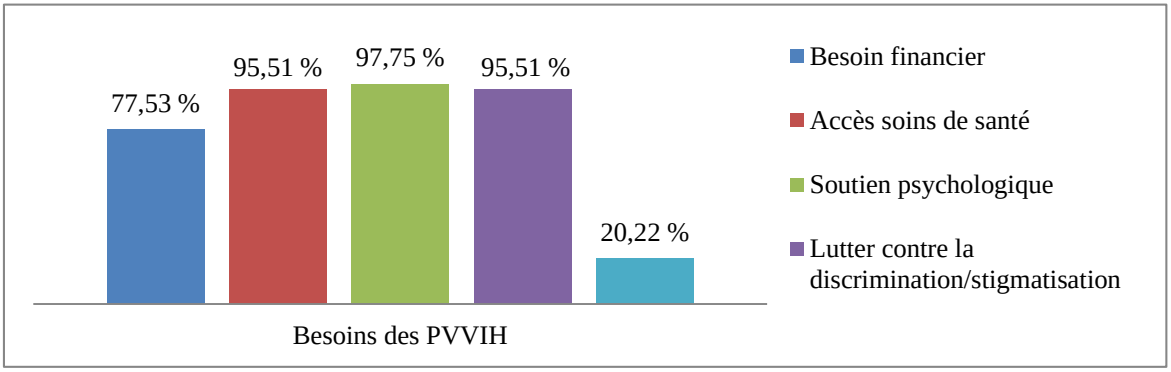


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Il ressort de ce graphique que 53 % des PVVIH sont confrontées à la stigmatisation/discrimination ; 30 % n'ont pas d'activités génératrices de revenus ; 9 % sont victimes d'insécurité sociale et de manque de « paix du cœur ». Dans le même temps, 6 % manquent de frais de location maison et 2 % sont confrontés à d'autres types de difficultés.

❖ Besoins des PVVIH

Graphique 5: Répartition des enquêtés selon les besoins

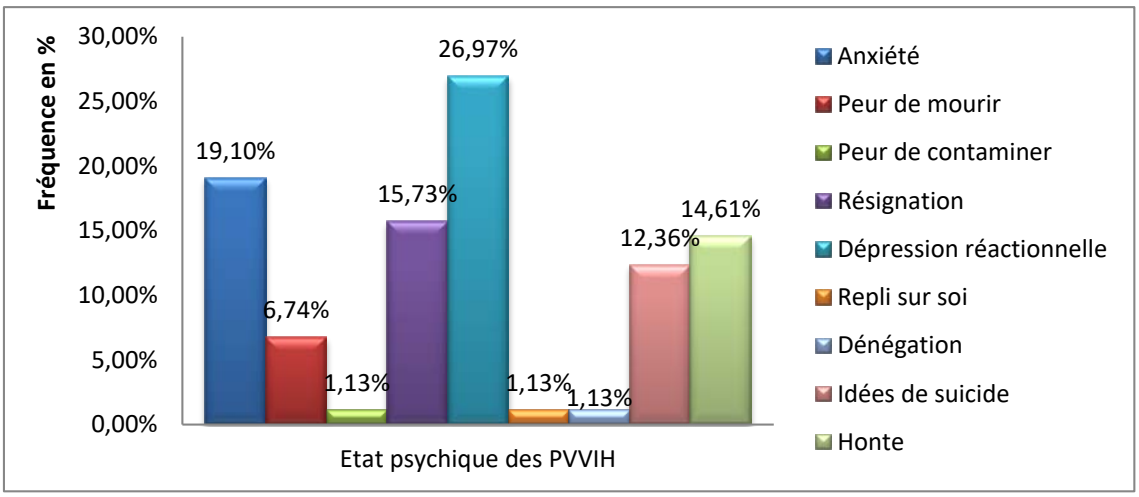


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

A la lumière de ce graphique, nous constatons que les principaux besoins des PVVIH sont : le soutien psychologique (97,75 %) ; l'accès facile et même gratuit aux soins de santé (95,51 %), la lutte contre la discrimination et stigmatisation (95,51 %) ; les besoins financier (77,53 %) et le besoin de manger (20,22 %).

❖ **Climat de vie des PVVIH**

Graphique 6: Répartition des enquêtés selon l'état psychique



Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Ce graphique indique que la dépression réactionnelle (26,97 %), l'anxiété (19,10 %), la résignation (15,73 %), la honte (14,61 %) et les idées de suicide (12,36 %) sont les attitudes premières que l'on observe dans le vécu quotidien des PVVIH. En second plan, viennent la peur de mourir (6,74 %), le repli sur soi (1,13 %), la peur de contaminer (1,13 %) et la dénégation (1,13 %).

4.1.2. La prise en charge médico-sociale

❖ **De la réception d'une assistance par les PVVIH**

Tableau III: Répartition des enquêtés selon qu'ils reçoivent ou non des assistances

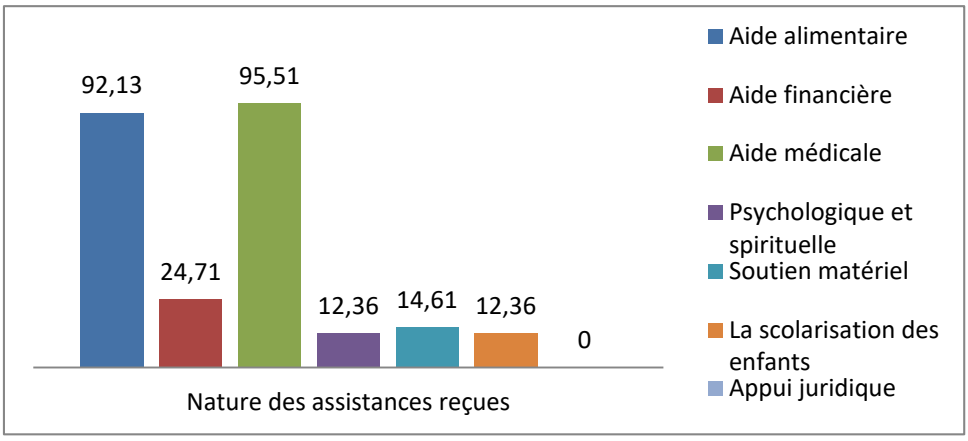
Réception d'assistances	**Effectifs**	**Fréquence (%)**
Oui	55	94,83
Non	03	5,17
Total	**58**	**100**

Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

De ce tableau, nous remarquons que 94,83 % PVVIH ont déjà reçu au moins fois une Assistance provenant des donateurs ; tandis que 5,17 % n'en ont jamais reçue.

❖ **Nature des assistances reçues par les PVVIH**

Graphique 7: Répartition des enquêtés selon le types d'assistance reçues



Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Comme on peut l'observer sur ce graphique, les assistances reçues par les PVVIH sont principalement : l'aide médicale (95,51 %) et l'aide alimentaire (92,13 %). Mais, ils reçoivent aussi : des aides financières (24,71 %), du soutien matériel (14,61 %), de l'aide pour la scolarisation des enfants (12,36 %) et du soutien psychologique et spirituel (12,36 %). Enfin, ils n'ont jamais reçu d'appui juridique (0 %).

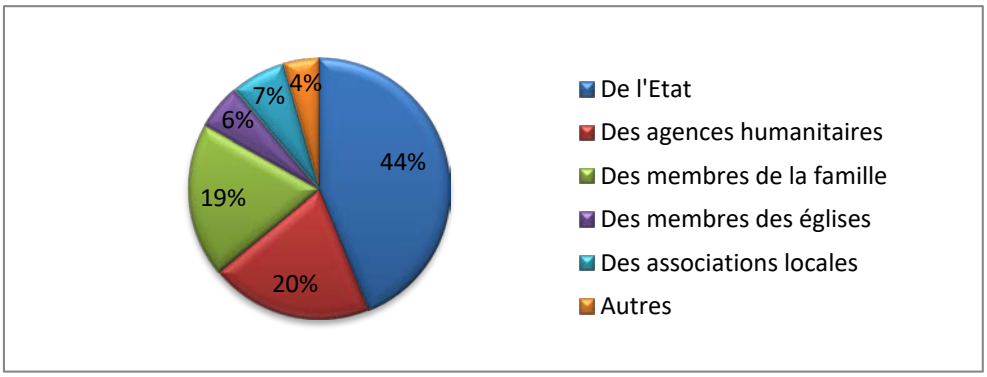
Photo 3: Les ARV de l'hôpital



Prise de vue : Hounou Assogba, juin 2017

❖ Sources de provenance des assistances reçues par les PVVIH

Graphique 8: Récapitulation des sources de provenance de ces assistances

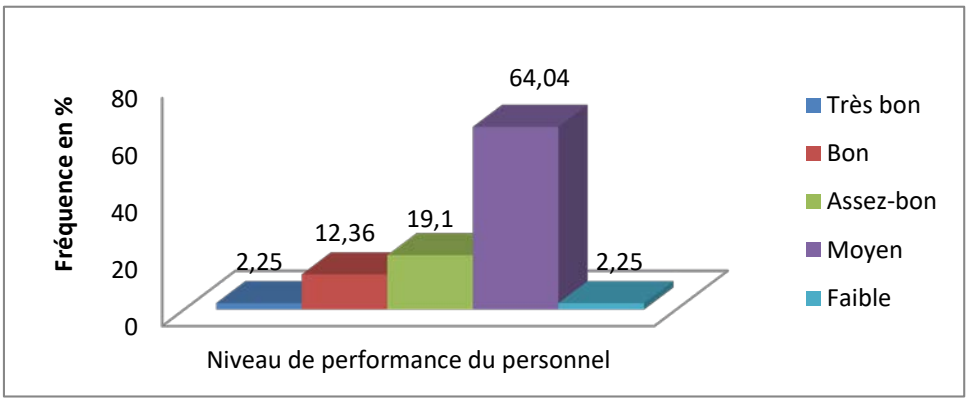


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Il ressort de ce graphique que, les assistances dont bénéficient les PVVIH proviennent essentiellement de l'Etat (44 %), des agences humanitaires (20 %) et des membres de la famille (19 %). Mais, à côté de ces principales sources, existent des sources secondaires que sont : les associations locales (7 %), les membres des églises (6 %) et autres (4 %).

❖ Niveau de performance du personnel de la prise en charge médico-sociale

Graphique 9: Répartition des enquêtés selon le niveau de performance du personnel de la prise en charge médico-sociale

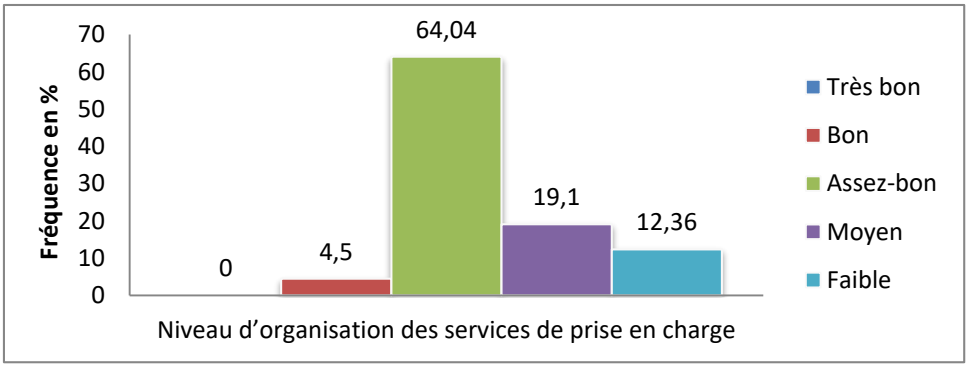


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Il ressort de ce graphique que les PVVIH estiment que le niveau de performance du personnel de la prise en charge médico-sociale est généralement moyen (64,04 %), parfois assez-bon (19,10 %), quelque fois bon (12,36 %) et rarement très bon (2,25 %) ou faible (2,25 %).

❖ Niveau d'organisation des services de prise en charge médico-sociale

Graphique 10: Répartition des enquêtés selon l'organisation des services de prise en charge médico-sociale

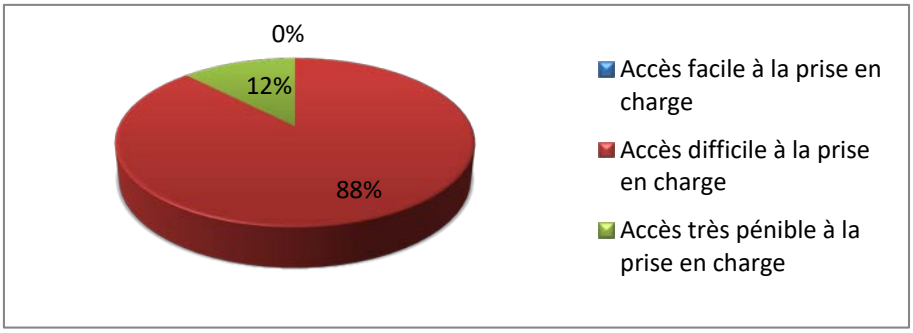


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

De ce graphique, nous notons que les enquêtés estiment que le les services de prise en charge médico-sociale ont en général une moyenne (19, 10 %) ou assez-bonne organisation (64,04 %). Mais, il arrive que cette organisation soit parfois bonne (4,5 %) ou faible (12,36 %).

❖ Accessibilité des PVVIH à la prise en charge médico-sociale

Graphique 11: Répartition des enquêtés selon l'accessibilité à la prise en charge médico-sociale

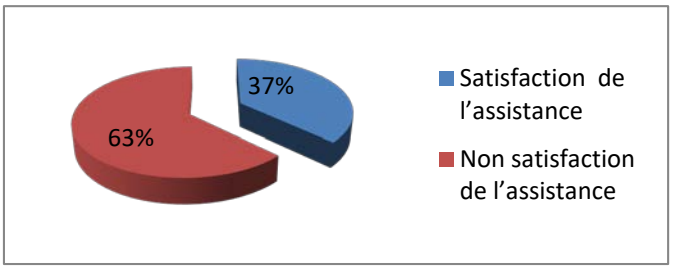


Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Il ressort de ce graphique qu'aucun (0 %) PVVIH n'a un accès facile à la prise en charge médico-sociale. Bien au contraire, la grande majorité (88 %) y accède difficilement, alors que certains (12 %) y accèdent très difficilement.

❖ **La satisfaction des PVVIH par rapport à l'assistance reçue**

Graphique 12: Répartition des enquêtés selon la satisfaction d'assistances



Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

De ce graphique, nous retenons que 63 % des PVVIH affirment qu'elles ne sont pas satisfaits des assistances octroyées ; tandis que 37 % estiment qu'elles sont satisfaites.

4.1.3. L'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des PVVIH

❖ **Rapport entre prise en charge médico-sociale et bien-être**

Tableau IV: Répartition des enquêtés par rapport au bien-être.

la prise en charge médico-sociale permet au PVVIH un bien-être, un épanouissement personnel	Effectif	Fréquence (%)
Oui	47	81,03
Non	11	18,97
Total	**58**	**100**

Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

Il ressort de ce tableau que, pour 81,03 % contre 18,97 % des enquêtés, la prise en charge médico-sociale permet au PVVIH de réaliser un bien-être et un épanouissement personnel.

- **Rapport entre prise en charge médico-sociale et capacité à travailler avec succès**

Tableau V: Répartition des enquêtés selon le rapport entre la prise en charge médico-sociale et la capacité à travailler

La prise en charge médico-sociale permet au PVVIH de travailler avec succès et de manière productive	Effectif	Fréquence (%)
Oui	56	96,55
Non	02	3,45
Total	**58**	**100**

Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

De ce tableau nous retenons que pour 96,55 % des enquêtés, la prise en charge médico-sociale permet au PVVIH de travailler avec succès et de manière productive. Seulement 3.45 % ne sont pas de cet avis.

- **Rapport entre prise en charge médico-sociale et capacité à établir un équilibre entre tous les aspects de la vie**

Tableau VI: Répartition des enquêtés selon le rapport entre la prise en charge médico-sociale et la capacité d'un équilibre de vie

la prise en charge médico-sociale permet au PVVIH de parvenir à établir un équilibre satisfaisant entre tous les aspects de sa vie	Effectif	Fréquence (%)
Oui	47	81,03
Non	11	18,97
Total	**58**	**100**

Source : Enquêtes de terrain, juin 2017.

De ce tableau, il ressort que pour la grande majorité (81,03 %) des enquêtés, la prise en charge médico-sociale permet au PVVIH de parvenir à établir un équilibre satisfaisant entre tous les aspects de sa vie (physique, psychologique, économique, spirituel et social). Toutefois, la minorité (18,97%) n'est pas de cet avis.

4.2. Analyse et discussion des résultats obtenus

4.2.1. Conditions de vie et des besoins des PVVIH

De l'analyse de nos résultats, il ressort que les conditions de vie des PVVIH de l'hôpital d'Abomey-Calavi ne sont pas toujours reluisantes. En effet, la grande majorité d'entre eux (81 %) ne prend qu'un seul repas par jour. Cela est dû surtout au fait qu'elles (75,28 %) se sont retrouvées au chômage après l'annonce de leur état sérologique et au fait qu'elles doivent faire fassent à de grandes dépenses de santé. Ces malades constituent alors, pour la plupart, des charges supplémentaires pour les parents (33 %), amis (13 %) ou bienfaiteurs (29 %). Le sujet infecté et surtout malade, n'est plus capable de se prendre en charge convenablement, encore moins porter des aides à ses parents. L'amenuisement des ressources associé à la charge qu'elles doivent constituer contribue au relâchement des liens familiaux. Les PVVIH/SIDA sont par conséquent rejetées par les leurs et victimes d'agressivité. Mahamoud Zongo souligne que le SIDA met en péril la solidarité africaine, créant la faillite du système de la famille élargie surtout lorsqu'il y a plusieurs vieillards à prendre en charge (Zongo, 2005). Un autre facteur contribuant au relâchement des liens familiaux est l'atteinte à la renommée de la famille par la société. Les PVVIH sont dans ce cas victime de stigmatisation et de discrimination (53%). Or, la stigmatisation et la discrimination contre les PVVIH renforcent les inégalités sociales existantes et peuvent provoquer une exclusion, un retrait et une isolation sociale. La stigmatisation est associée à des sentiments de faible amour propre, de détresse psychologique, de solitude, de désespoir, de dépression et d'autres conséquences négatives pour la santé mentale des PVVIH (ONUSIDA-UNICEF, 2013). Cette situation lorsqu'elle perdure, fait que les PVVIH développent facilement un état de résignation (15,73 %), de d'anxiété (19,10 %) ou de dépression mentale (26,97 %) pouvant parfois aboutir aux idées de suicide (12,36 %). Il se pose alors un problème, comment récupérer ces PVVIH déprimés et comment assurer leur prise en charge ?

Par rapport aux besoins, les PVVIH enquêtés souhaiteraient une assistance matérielle et financière (77,53 %), un accès facile aux soins de santé (95,51 %), un soutien psychologique (97,75 %) et un peu plus d'affection, plus d'amour des parents et de la société qui se traduit par la lutte contre la stigmatisation et la discrimination (95,51 %). Tout malade souhaite avoir des moyens pour se traiter. Les besoins d'amour, d'affection, exprimés ne traduisent qu'une situation réelle. La société ne semble pas percevoir tout le mal qu'elle se fait en rejetant ces personnes. Alors que prêter compagnie à ces patients pourrait leur remonter le moral et les inciter à mener une vie constructive. Notons ici, que ces besoins ont été retrouvés aussi dans une étude conduite

par Alphonse Makano au Congo sur la prise en charge de personne vivant avec le VIH/SIDA en ville de Butembo (Makano, 2007).

4.2.2. La prise en charge médicamenteuse et psychologique

L'analyse des résultats précédemment obtenus révèle que la prise en charge médicamenteuse et psychologique des PVVIH au centre hospitalier et universitaire de zone d'Abomey-Calavi est confrontée à des difficultés non négligeables. En effet, même si 94,83 % des PVVIH enquêtés estiment avoir reçu de l'assistance de ce centre, elles ne sont pas pour autant satisfaites de cette assistance. Cela se justifie surtout par le fait que le volet psychologique (12,36 %) et le volet juridique (0%) sont relégués au dernier plan. Or le volet psychologue est très indispensable pour la santé mentale des PVVIH, tandis le volet juridique est censé leur apporter la sécurité sociale et la protection contre la stigmatisation et la discrimination. De plus, l'aide médical (95,51 %) et l'aide alimentaire (92, 13 %) qui sont le plus valorisées ne sont pas toujours disponibles, à cause des ruptures de stocks fréquentes (rupture fréquente en ARV et autres vivres nécessaires aux PVVIH, non disponibilité de toutes les formes pédiatriques d'ARV). À cela s'ajoutent les effets secondaires des ARV comme alucination, céphalées, vomissement, nausées, manque d'appétit, insomnie. Par ailleurs, l'organisation du service de prise en charge médico-sociale des PVVIH est assez satisfaisante (64, 04 %). Ce qui favorise une bonne relation inter personnelle et une bonne collaboration entre le centre et le PNLS. Cependant, ce service est confronté à l'inadéquation du cadre de travail et à l'absence de matériels informatiques pour la gestion et l'exploitation informatique des dossiers médicaux. Aussi, les patients n'ont pas de douches ni de toilettes.

Il y a également un manque de personnel, surtout un manque de psychologue. Cette situation ne permet pas une bonne visibilité des activités réalisées par le centre et fait même que la performance des agents est taxée de moyenne (64,04 %). De plus, l'insuffisance du personnel peut agir sur la qualité de service et ce sont les patients déjà fragilisés qui en subissent les conséquences. Un médecin travaillant au sein de cet hôpital nous a confié au cours d'un entretien l'importance du manque de personnel et surtout du rôle du psychologue dans la structure en ces termes : « c'est lui la première personne responsable de la santé mentale des PVVIH ». Or l'absence de psychologue des structures s'occupant des malades du SIDA et séropositifs (structures, publiques ou privées) est patente. Nous imaginons alors ce qu'un personnel non suffisant peut entraîner comme désagrément. Le CNLS souligne l'importance de la prise en charge psychologique en ces termes : « Je crois que les psychologues doivent nous aider à

fortement soutenir les PVVIH pour qu'ils puissent avoir un moral fort, prendre leurs médicaments et ne pas abandonner les traitements » (PNLS, 2016). Enfin, les PVVIH (88 %) accèdent difficilement ou très difficilement (12 %) à la prise en charge médico-sociale. Cette situation est contradictoire à l'engagement des Etats membres des Nations Unies signé en 2001 qui stipule que « la gratuité et l'accessibilité aux soins est un droit des PVVIH » (ONUSIDA-UNICEF, 2013). Notons aussi, que la dernière étude du PNLS a révélé les mêmes difficultés au plan national (PNLS, 2016). En somme, la prise en charge médico-sociale des PVVIH à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi est confrontée à d'énormes difficultés auxquelles il urge de trouver des solutions.

4.2.3. L'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des PVVIH

À ce niveau également, l'analyse de nos résultats révèle une corrélation positive entre la prise en charge médico-sociale et la santé mentale des PVVIH. En effet, la santé mentale, telle que précédemment définie au chapitre II, est un équilibre dynamique entre les différentes sphères de la vie : sociale, physique, spirituelle, économique, émotionnelle et mentale. Or, dans le cadre du VIH/SIDA, la prise en charge médico-sociale globale vise à aider les personnes vivants avec le VIH/SIDA à faire face à leurs besoins psychologique, médical (les médicaments et traitements curatifs ou préventifs), social, nutritionnel, économique et juridique (Cf. chapitre II). Par conséquent, une bonne prise en charge médico-sociale est un déterminant (facteur) important qui favorise la santé mentale positive des PVVIH. Cette position se justifie par le fait que, les enquêtés (81,03 %) attentent qu'une prise en charge médico-sociale permet aux PVVIH de réaliser un bien-être et un épanouissement personnel. De même, elle leur permet de se sentir suffisamment en confiance pour s'adapter et faire face aux difficultés normales de la vie

De plus, une bonne prise en charge médico-sociale permet aux PVVIH de travailler avec succès et de manière productive. Elle leur permet en outre, d'être capables d'aimer la vie et de nouer et entretenir des relations avec les autres. Elle leur permet enfin, de parvenir à établir un équilibre satisfaisant entre tous les aspects de leur vie (physique, psychologique, économique, spirituel et social. Or tous ces éléments témoignent d'une santé mentale de qualité. Dans une étude au Bénin dans la ville de Porto-Novo auprès de PVVIH, Mahamoud Zongo avait confirmé qu'investir dans la prise en charge peut assurer une vie meilleure et plus longue aux employés vivant avec le VIH et contribué au maintien en poste le plus longtemps possible d'individus

qualifiés, expérimentés et loyaux (Zongo, 2005). Il urge alors, de renforcer qualitativement et quantitativement la prise en charge médico-sociale à l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, afin d'assurer la santé mentale et la protection identitaire et sociale des PVVIH, et leur permettre de mener une vie normale et de qualité. Mais que faut-il faire concrètement ? La réponse à cette préoccupation, fera l'objet du point à suivre.

4.3. Suggestion

Apporter des solutions à un problème, c'est proposer les conditions d'éradication des causes se trouvant à sa base tout en tenant compte des objectifs préalablement fixés. C'est dans cette logique que notre modeste participation à la problématique des PVVIH, consiste à formuler des suggestions, dont la mise en application pourrait contribuer à l'amélioration des conditions de vie des populations victimes du VIH/SIDA. Ainsi, eu égard à tout ce qui précède et dans l'objectif de parvenir à une meilleure prise en charge médico-sociale des PVVIH, qui favorisera leur santé mentale et leur épanouissement dans toutes les sphères de la vie, nous formulons des suggestions d'ordre spécifique à tous les acteurs dans la prise en charge des PVVIH. Il s'agit de :

- assurer une éducation de qualité pour une riposte plus efficace au VIH et soutenir des plans multisectoriels de lutte contre le SIDA.
- la mise à disposition des psychologues et des assistants sociaux, de moyens adéquats et de cadre idéal pour une meilleure prise en charge médico-sociale des PVVIH.
- promouvoir l'accompagnement psychologique des PVVIH,
- favoriser une intégration et une pratique effective de cette prise en charge par des psychologues sur tous les sites de prise de en charge des PVVIH dans notre pays.
- scinder la prise en charge psychologique du volet social afin d'initier des consultations psychologiques.
- former périodiquement le personnel médical dans le but de les informer sur l'importance de la prise en charge médico-sociale (surtout le volet psychologique) et savoir repérer les premiers signes de difficultés pour mieux orienter les patients.
- renforcer le leadership et la gouvernance dans le domaine de la santé mentale.
- fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins des PVVIH dans un cadre communautaire.
- un engagement effectif de la part du Gouvernement et des différents acteurs sociaux.
- favoriser un engagement des partenaires pour un accroissement des ressources financières.

- encourager l'implication des organisations de la société civile notamment des associations des PVVIH dans la prise en charge médico-sociale.
- une implication véritable de la famille, des amis et de l'entourage dans le processus d'accompagnement des PVVIH s'avère nécessaire ; car les liens de parenté, de solidarité et de fraternité réduisent les charges psychoaffectives des PVVIH.
- accentuer la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des PVVIH par une protection juridique qui passe par la mise en application effective de la loi N° 2005-31 du 10 Avril 2006 portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin.

Pour réaliser tout cela, nous suggérons qu'un accent particulier soit mis sur la sensibilisation communautaire, sur le soutien psychosocial aux parents et aux PVVIH, sur les soins médicaux et l'appui à l'observance des traitements ARV, et sur le soutien économique. De même il faut qu'un accent particulier soit mis sur l'appui alimentaire, nutritionnel et la rééducation psychomotrice.

Il convient de noter pour finir que toutes les approches de solutions que nous avons formulées ne seront utiles que si les autorités politico-administratives à divers niveaux et la population en général, prennent effectivement en compte les différentes suggestions que nous leur proposons. Enfin, nous ne prétendons en aucun cas, avoir épuisé tous les aspects de la prise en charge médico-sociale des PVVIH et son influence sur leur santé mentale. Par conséquent, la porte reste ouverte à tout chercheur voulant s'aventurer dans ce domaine.

CONCLUSION

Le service social hospitalier est une entité capitale chargé de secourir les personnes vulnérables. A cet effet, un mois de stage effectué au service social de l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi, nous a été d'une grande utilité. En effet, cet exercice pratique nous a permis d'acquérir des connaissances et expériences qui nous seront utiles tout au long de notre formation et de notre vie socioprofessionnelle. L'un de ces acquis fondamentaux est la problématique de la prise en charge des PVVIH. Face à cette problématique, notre objectif principal, au cours de cette étude, est d'évaluer la prise en charge médicamenteuse et psychologique des PV/ VIH, afin de leur assurer une bonne santé mentale et une vie heureuse et épanouie. Nous avons procédé alors à une étude descriptive. Ce faisant, les résultats obtenus nous ont permis de constater que la question de la prise en charge médico-sociale des PVVIH est une question d'envergure qui mérite des mesures pressantes.

En effet, nos résultats ont permis de relever que l'infection du SIDA cause d'énorme ravage dans la société, notamment sur la santé et l'épanouissement des PVVIH. Ces dernières n'ont pas une situation reluisante, puisqu'elles sont le plus souvent confrontées à des difficultés identitaires et relationnelles dans la fratrie. Elles sont tout aussi confrontées à de multiples et divers problèmes de santé, de malnutrition, d'accès aux soins de santé, d'isolement social, de stigmatisation, de discrimination et de déni de leurs droits patrimoniaux. Cette situation lorsqu'elle perdure, fait que les PVVIH développent facilement un état de résignation, de d'anxiété ou de dépression mentale pouvant parfois aboutir au suicide. Dès lors, une prise en charge médico-sociale des PVVIH s'avère plus que jamais indispensable pour leur intégration sociale, leur épanouissement et leur émergence.

Toutefois, force est de constater que dans l'hôpital de zone d'Abomey-Calavi en particulier et au Bénin en général, cette prise en charge médico-sociale est très limitée (surtout le volet psychologique) et confrontée à de sérieux handicaps. Il s'agit entre autres de : l'insuffisance de l'intégration de l'accès des PVVIH à la thérapie antirétrovirale dans les services des centres de santé, réduisant l'accessibilité géographique ; la non disponibilité de toutes les formes pédiatriques d'ARV ; l'insuffisance des ressources humaines au niveau des sites de prise en charge des PVVIH ; la rupture fréquente en ARV, médicaments pour les PVVIH, consommables et produits de laboratoire, la très faible intégration des volets psychologique et juridique, etc. Or, force est de constater dans le même temps qu'une bonne prise en charge médico-sociale est un déterminant (facteur) important qui favorise et assure la santé mentale

et la protection identitaire et sociale des PVVIH, et leur permet de mener une vie normale et de qualité. Nous avons alors formulé des approches de solutions afin de palier à ces handicaps. Certes, les approches de solutions en la matière ne manquent pas. Mais, il n'est pas superflu d'insister davantage sur les pistes d'éradication du problème ; car c'est la vie d'êtres humains qui est en enjeux. Il est donc temps que tous les acteurs et structures chargées de la prise en charge des PVVIH/SIDA (surtout les béninois) s'unissent et revoient les approches globales de la prise en charge médico-sociale des PVVIH pour un suivi de qualité. Ce n'est que dans ces conditions que nous parviendrons à assurer le bien-être mentale, psychologique, social, physique, économique, sanitaire, etc. des PVVIH.

BIBLIOGRAPHIE

Agence de la santé publique du Canada (2010). Rapport d'étape sur le VIH/SIDA et les populations distinctes : Autochtones. Ottawa.

AKAM E. et al. (1992). Les connaissances, Attitudes, Pratiques et croyances relatives au SIDA dans les Provinces du Nord-Ouest (rapport d'étude). Yaoundé, IFORD.

ASHFORD Lori S. (2006). L'impact du VIH/SIDA sur les populations. PRB.

BERGERON et al. (1997). Dictionnaire de la réadaptation. Tome 2 : termes d'intervention et d'aide techniques, Québec.

CIF/SANTE (2007). Module de Formation des Communicateurs communautaires sur le VIH/SIDA.

CYMES Michel (2017). Votre cerveau, comment le protéger. Éd. Stock (ISBN 9782234082472)

DJOUDALBAYE B. (2007). Analyse de la Prise en Charge des OEV du VIH/SIDA à l'AJPO de Ouagadougou. Mémoire de Licence, Ouagadougou.

FURELAUD Gilles (2002). « Le virus du SIDA », in Planet-Vie, 12 février 2002. Repéré à http://planet-vie.ens.fr/article/1463/virus-SIDA

HAMBLIN, J. (2006). Personnes vivant avec le VIH : le Droits, l'Ethique et la discrimination. Paris.

Le Petit Larousse illustré (2013). Paris.

MAKANO Alphonse (2007). Prise en charge des personnes vivant avec le VIH/SIDA en ville de Butembo. Mémoire de Licence en Genre et Développement, Université officielle de Ruwenzori/Congo Démocratique, FASSPA.

MANDELL Wallace (1995). Origins of Mental Health, The Realization of an Idea. Johns Hopkins University.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (2009). La conférence européenne ministérielle sur la santé mentale.

MORLAT Philippe (2013). Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Rapport 2013, CNS/ANRS, La documentation Française.

MSP/PNLS (2004). Guide du prestataire dans la prise en charge des PVVIH/SIDA. Kinshasa.

OMS (2007). Rapport OMS sur la santé mentale. Genève.

OMS (2014). La santé mentale: renforcer notre action. Genève, Aide-mémoire N°220.

ONUSIDA (2005). Le point sur l'épidémie du SIDA. Genève.

ONUSIDA (2007). Intensification de la prévention du VIH. Genève.

ONUSIDA (2016). Le point sur l'épidémie du VIH/SIDA. Genève.

ONUSIDA-UNICEF (2013). Vers une génération sans SIDA. Enfant et SIDA. Sixième bilan de la situation.

PIOT P. (2001). Conférence Mondiale des Nations Unies Contre le Racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance. Discours (extrait). Durban du 31 août au 07 septembre 2001.

PNLS (2012). Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin. Bénin.

PNLS (2016). Rapport de suivi de la Déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin. Cotonou.

ZONGO Mahamoud (2005). Prise en charge psychosociale des PVVIH/SIDA dans trois centres sociaux de Porto-Novo au Bénin. Mémoire de maîtrise en Santé Publique, IRSP-Ouidah-Bénin.

ANNEXES

QUESTIOINNAIRE D'ENQUETE

I. IDENTIFICATION DU REPONDANT

a. Sexe :…….

b. Age :……..…

c. Etat matrimonial…….....

d. Niveau d'étude.

Néant ☐ Primaire ☐ Supérieur ou universitaire ☐ Autres……

II. INFORMATIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE VIE DES PVVIH

a. Que faites-vous dans la vie ?

**avant votre état sérologique positif ?*.....

** actuellement.*……

b. Combien de repas prenez-vous par jour ?

- [0 – 1] repas ☐ [2 – 3] repas ☐ Plus de 3 repas ☐

c. Quelles sont les sources de vos revenus ?

Bienfaiteurs ☐ Parents ☐ Occupation propre ☐

Autres……

d. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre vie entant que PVVIH ?

……

……

……

e. Dans quelle ambiance psychologique vivez-vous depuis la découverte de votre sérologique positive ?

Anxiété ☐ Dépression réactionnelle ☐ Peur de mourir ☐ Repli sur soi ☐

Peur de souffrir ☐ Honte ☐ Peur de contaminer ☐ Idées de suicide ☐

Autres……..

f. Quels sont les besoins prioritaires que vous éprouvez ?

Appui financier les AGR ☐ Accès facile et même gratuit aux soins médicaux ☐

Soutien psychologique ☐ Lutter contre la discrimination et la stigmatisation ☐

Scolarisation des enfants ☐ Appui matériel A manger ☐

Autres……..

III. INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

a. Recevez-vous des assistances ?

- Oui ☐ Non ☐

b. Si oui, de qui les recevez-vous ?

L'Etat ☐ Membres de l'église ☐ Agences Humanitaire ☐ Associations locales ☐

Membres de famille ☐ Autres ……..

c. Quel genre d'assistance recevez-vous ?

Aide alimentaire ☐ Soutien matériel ☐ Aide financier ☐ Médico-sanitaire ☐

Appui juridique ☐ Psychologique et spirituelle ☐ La scolarisation des enfants ☐

d. Avez-vous un accès facile aux soins de santé ?

Oui ☐ Non ☐

e. Etes-vous satisfaites de cette assistance ?

Oui ☐ Non ☐ Partiellement ☐

Justifiez votre réponse :……..……..

f. Comment pouvez-vous qualifier le niveau de performance du personnel de la prise en charge médico-sociale ?.....

g. Comment qualifiez-vous l'organisation des services de la prise en charge médico-sociale ?

……

IV. INFORMATIONS RELATIVES A L'INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE SUR LA SANTE MENTALE DES PVVIH

a. Pensez-vous que la prise en charge dont vous bénéficiez a un impact positif sur votre santé mentale ?.....

b. justifiez votre réponse…….....

……..

GUIDE D'ENTRETIEN

I. IDENTIFICATION DU REPONDANT

a. Sexe :…….

b. Age :……..…

c. Etat matrimonial…….....

d. Situation socioprofessionnelle……..

II. INFORMATIONS RELATIVES AUX CONDITIONS DE VIE DES PVVIH

a. Que pouvez-vous dire des conditions de vie des PVVIH avant et après la découverte de leur état sérologique positif ?

b. Quelles sont les difficultés que rencontrent les PVVIH dans leur vécu quotidien ?

c. Quels sont les besoins prioritaires des PVVIH ?

III. INFORMATIONS RELATIVES A LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

a. Quelles sont les sources de provenance de la prise en charge des PVVIH ?

b. Quelle est la nature de l'assistance que reçoivent les PVVIH ?

c. Que pensez-vous de la satisfaction des PVVIH de cette assistance ?

d. Que pouvez-vous dire du niveau de performance du personnel de la prise en charge médico-sociale ?

e. Comment pouvez-vous qualifie l'organisation des services de prise en charge médico-sociale ?

f. Que pensez-vous de l'accessibilité des PVVIH à la prise en charge médico-sociale ?

IV. INFORMATIONS RELATIVES A L'INFLUENCE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE SUR LA SANTE MENTALE DES PVVIH

Pensez-vous que la prise en charge dont bénéficient les PVVIH a un impact (influence) positif sur leur santé mentale ?

Comment pouvez-vous justifier votre affirmation ?

TABLE DE MATIERES

SOMMAIRE ii

DEDICACES iii

REMERCIEMENTS iv

LISTES DES TABLEAUX, GRAPHIQUES ET PHOTOS v

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES vii

RESUME viii

ABSTRACT viii

INTRODUCTION 1

PREMIERE PARTIE : CADRE INSTITUTIONNEL DE LA RECHERCHE 3

CHAPITRE I : PRESENTATION DU CADRE DE L'ETUDE 4

1.1. Généralité sur l'hôpital de zone 4

1.2. Service social de l'hôpital de zone d'Abomey-calavi 5

1.2.1. Organisation du service 5

1.2.2. Attribution du service 6

1.2.3. Activités du service 6

1.2.4. Les ressources du service social 6

1.2.5. Les partenaires du service social 7

CHAPITRE II : BILAN DU STAGE 9

2.1. Déroulement du stage 9

2.2. Activités de la stagiaire 9

2.3. Difficultés du service social 10

DEUXIEME PARTIE : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 12

CHAPITRE III : CONSIDERATION THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE. 13

3.1. Problématique 13

3.1.1. Objectif 15

3.1.1.1. Objectif général 15

3.1.1.2. Objectifs spécifiques 15

3.1.2. Hypothèse 16

3.1.2.1. Hypothèse générale 16

3.1.2.2. Hypothèse spécifique 16

3.2. Considération théorique 16

3.2.1. Clarification Des Concepts 16

3.2.2. Revue de littérature 19

3.3. Approche Méthodologique 21

3.3.1. Modèle d'analyse 21

3.3.2. Démarche méthodologique 21

3.3.2.1. Population mère 21

3.3.2.2. Population cible 21

3.3.3. Échantillonnage 22

3.3.4. Technique et outils de collecte des données 22

3.3.4.1. Enquête 22

3.3.4.1.1. Enquête par questionnaire 22

3.3.4.1.2. Enquête par entretien 23

3.3.4.1.3. Enquête par observation 23

3.3.4.2. L'exploitation des documents ou recherche documentaire 23

3.3.5. Méthodes de traitement et d'analyse des données 24

3.3.6. Difficultés éprouvées 24

CHAPITRE IV : PRESENTATION, DISCUSSION DES RESULTATS ET SUGGESTION 25

4.1. Présentation des résultats 25

4.1.1. Conditions de vie et besoins des PVVIH/SIDA 25

4.1.2. La prise en charge médico-sociale 28

4.1.3. L'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des PVVIH 32

4.2. Analyse et discussion des résultats obtenus 34

4.2.1. Conditions de vie et des besoins des PVVIH 34

4.2.2. La prise en charge médicamenteuse et psychologique 35

4.2.3. L'influence de la prise en charge médico-sociale sur la santé mentale des PVVIH 36

4.3. Suggestion 37

CONCLUSION 39

BIBLIOGRAPHIE 41

ANNEXES 43

TABLE DE MATIERES 46