UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE l'EDUCATION

(DPSE)

MEMOIRE DE MAITRISE EN PSYCHOLOGIE

Option : Psychologie Clinique

Partage du statut sérologique VIH dans le couple : Facteurs associés et conséquences pour les pvvih suivies à l'ONG Nukundido (Cotonou)

Réalisé et soutenu par:

ATINDEHOU Josué

Sous la direction de :

Dr Ornheilia ZOUNON

Enseignant-chercheur

DPSE/FASHS/UAC

MEMBRE DU JURY :

Président : Dr. Sylvie De CHACUS **(MC)**

Examinateur : Dr. Bernardin DOSSA

Rapporteur : Dr Ornheilia ZOUNON

Mention : Assez bien (13/20)

Soutenu le 07/12/2017

SOMMAIRE

SOMMAIRE……..2
DEDICACE.....3
REMERCIEMENTS 4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 5
LISTE DES TABLEAUX.....6
LISTE DES GRAPHIQUES 7
Résumé 8
Abstract.....8
INTRODUCTION.....9
PREMIERE PARTIE : CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE 12
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....13
CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 25
DEUXIEME PARTIE :ENQUETE ET RESULTAT.....32
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 33
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ...49
CONCLUSION 54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....56
ANNEXE.....58
TABLE DES MATIERES……...63

DEDICACE

Je dédie ce travail à mon papa Lucien ATINDEHOU et ma maman Conforth GBENOU pour leurs encouragements et bénédiction

A ma femme et mes enfants pour leurs soutiens.

REMERCIEMENTS

Nous adressons nos vifs et sincères remerciements au Docteur Ornheilia ZOUNON sous la direction de qui, ce travail a été réalisé et qui malgré ses multiples occupations, nous a offert un précieux encadrement.

Nos remerciements sont aussi formulés à l'endroit de tous les enseignants de l'Institut de Psychologie et Sciences de l'Education pour les connaissances scientifiques qu'ils nous ont transmises durant la formation.

A ma sœur Hélène et mon frère Désiré, sans vos soutiens de toute sorte je ne pourrai parvenir à terminer aujourd'hui ce travail.

A mon épouse Charlotte ATINDEHOU DJIGBE, pour son encouragement, sa patience et son soutien. Merci beaucoup.

A mes enfants Josagath, Patrice, Marie Josée, Jeff, Giscard et Chastine, que ce mémoire soit un exemple pour vous.

A Monsieur Isaac HODONOU coordonnateur de l'ONG Nukundido, pour ses conseils et surtout pour nous avoir donné l'autorisation de faire notre enquête à Nukundido. Infiniment merci.

A Monsieur Vincent HOUEDJISSI, et à madame Sylvie DOSSOU TOGBE, pour leurs accompagnements, soutiens et conseils. Toute ma gratitude.

A tous mes collègues du ministère de la santé pour leurs soutiens.

Mes remerciements vont également à mes amis Faustin GNANGUENON, Farouck FATIOU et Alexis ASSOGBA pour leur assistance, leur orientation et leur soutien indéfectible. Que l'Eternel vous comble de ses biens et vous protège.

Nous exprimons toutes nos sincères reconnaissances aux personnes vivant avec le VIH qui se sont livrés à cet exercice et grâce à qui ce travail a vu le jour. Nous leur disons grand merci pour la confiance accordée.

Enfin à tout le personnel de l'ONG Nukundido de Cotonou, pour l'accueil et la courtoisie et à tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation du présent travail de recherche, merci pour votre participation.

LISTE DES SIGLES

ARCAD/SIDA : Association de Recherche, de Communication et d'Accompagnement à Domicile des Personnes Vivants avec le VIH/SIDA

ARV : Anti Rétro Viraux

CSLS : Comité Sectoriel de Lutte contre le SIDA

CD4 : Cluster Différenciation 4

EDS : Enquête Démographique et de Santé

ESF : Espoir Sans Frontière

IST : Infections Sexuellement Transmissibles

OEV : Orphelin et Enfants Vulnérables

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : *Répartition des enquêtés selon le sexe …….* 33

Tableau II : *Répartition des enquêtés selon l'âge …….* 34

Tableau III : *Répartition des enquêtés selon l'état matrimoniale……* 34

Tableau IV : *Répartition des enquêtées suivant les personnes à qui elles ont partagé leur statut sérologique……* 37

Tableau V : *Répartition des enquêtées suivant la relation qu'il y a entre le statut du conjoint et sa nature en présence de la PVVIH…….* 41

Tableau VI : *Répartition des enquêtées suivant les types de relation sexuelle…….* 41

Tableau VII : *Répartition des enquêtées suivant l'attitude du partenaire face à des situations donnés……* 43

Tableau VIII : *Répartition des PVVIH en fonction du vécu qu'elles ont du partage……* 44

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique I **:** *Répartition des enquêtées suivant le type de mariage dans lequel elles étaient*…… 35

Graphique II **:** *Répartition des enquêtées suivant le partage ou non de leur séropositivité*…… 36

Graphique III : R*épartition des enquêtées suivant la séropositivité de leur conjoint(e)*…… 38

Graphique IV : *Répartition des enquêtées suivant la manière dont elles ont informé leur conjoint(e)* …… 39

Graphique V : *Répartition des enquêtées suivant la relation de couple* …… 40

Résumé

Le présent travail porte sur le partage du résultat de séropositivité dans le couple chez les PVVIH suivies à l'ONG Nukundido de Cotonou. Il vise à étudier le vécu des PVVIH après le partage de ce résultat avec leur conjoint(e). Partant du fait que le vécu des PVVIH, dépend des perceptions négatives du VIH par le conjoint(e), cette étude a été réalisée sur 32 sujets récupérés à l'ONG Nukundido de Cotonou.

Pour mener à bien cette étude, l'analyse documentaire, les investigations en milieu réel et l'observation ont été utilisées comme technique de collecte de données et d'informations afférentes. Le logiciel SPSS statistic 21, nous a permis de faire le dépouillement et l'analyse statistique des données.

Au nombre des résultats obtenus, on peut retenir que la majorité des PVVIH ont partagé leur résultat avec leur conjoint(e) ; mais ont été affecté à certains comportements de la part de ces derniers. Entre autres comportements, nous avons l'abandon du foyer, l'exclusion de certains évènements sociaux, les attaques physiques et verbales… Ces comportements ont eu des conséquences psychiques telles que des troubles dépressifs de l'humeur, des désirs de mort, l'angoisse, des affaiblissements de l'estime de soi, des désespoirs.

Ces affects créent un dysfonctionnement du psychisme des PVVIH, qui doivent donc être prises en charge.
Mots-clés : Partage, Vécu, séropositivité VIH.

Summary

The present work focuses on the sharing of the results of seropositivity in the couple using the case of PHAs followed at the NGO Nukundido of Cotonou. It aims to study the experience of PHAs after sharing this out come with their spouse. Based on the fact that the experience of PLHIV depends on the negative perceptions of HIV by the spouse, this study was carried out on 32 subjects recovered from the NGO Nukundido of Cotonou. To carry out this study, documentary analysis, real-world investigations and observation were used as a technique for collecting data and related information. The SPSS statistic 21 soft ware enabled us to performa statistical analysis of the data. Among the results obtained, it can be noted that the majority of PHAs shared their results with their spouses; But have been affected to some behavior on the part of these. Among other behaviors we have abandonment of the home, the exclusion of certain social events, physical and verbal attacks ... These behaviors have had psychic consequences such as depressive mood disorders, desires for death, anxiety ,Weaknesses in self-esteem, despair. These affects create a dysfunction of the PLHIV's psyche, which must therefore be taken care of.

Key words: Sharing, lived, HIV seropositivity

INTRODUCTION

Depuis la découverte du VIH dans les années 1981, la pandémie qui en a découlé a eu un développement très rapide et frappe tous les pays du globe, mais revêt une gravité particulière dans les pays en voie de développement, ébranlant des structures sanitaires fragiles, et s'ajoutant encore aux problèmes de santé endémique dans ces pays (Gentillili, 1995). Même si à l'heure actuelle il est possible de donner de l'espoir aux personnes vivant avec le VIH/sida quant aux ressources thérapeutiques, aucun médicament ne peut détruire le virus qui s'est fait hôte du corps humain. Ainsi on estimait en 2010 à 33,4 millions le nombre de personnes vivants avec le VIH avec 2,6 millions de nouvelles infections et 1,8 millions de décès (Kante, 2011)

L'Afrique subsaharienne demeure la région la plus touchée avec 22,5 % de PVVIH, 1,8 millions de nouvelles infections et 1,3 millions de décès, mais grâce aux efforts d'investissement dans la riposte au VIH, de 2001 à 2009, on a noté un recul de l'incidence et du nombre de décès dû au VIH de 19% (ONUSIDA, 2010).

Au Bénin, la prévalence du VIH selon la quatrième enquête démographique et de santé (EDS IV, 2012) était de 1,2% avec 1,0% chez les hommes et 1,4% chez les femmes. Selon la même enquête le pic de la séroprévalence se situe dans la tranche d'âge de 30-34 ans (2,1%). Cette séroprévalence est plus importante en milieu urbain (1,6%) qu'en milieu rural (0,9%). Les professionnelles du sexe sont les plus atteintes avec 20,9%.

Près de la moitié des adultes contaminés aujourd'hui sont des femmes (O'donovan, 2000) ; elles sont les plus touchées par cette pandémie, avec un taux global de 2% contre 1,3 % chez les hommes.

Cependant malgré les efforts déployés pour améliorer la prise en charge des malades du sida, évoquer sa séropositivité reste extrêmement difficile, avec la peur de la stigmatisation, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) ne

souhaitent pas informer même leurs conjoints alors que la voie de transmission sexuelle est la plus importante (CSLS, 2010).

Leur dépendance économique, la peur d'être discriminée ou rejetée sont autant d'obstacles à partager leur statut sérologique avec leurs conjoints. Ce secret, pesant pour les malades, est aussi un facteur de contamination important et un frein à l'implication des hommes dans la considération de la maladie. Alors que la question du partage est cruciale, elle reste jusqu'à présent peu prise en charge. La dépendance économique, la peur d'être discriminée ou rejetée sont autant d'obstacles n'incitant pas les femmes à partager leur statut sérologique avec leurs conjoints (Arcad/SIDA, 2011).

La séropositivité est vécue de façon difficile, dans une plus grande solitude, parfois dans le secret et la honte, surtout lorsque la contamination a été sexuelle. Il y a un "regard des autres " encore plus stigmatisant pour le patient et son mode de vie en lien avec la contamination. Ce qui peut être une difficulté supplémentaire pour vivre la séropositivité (CRIPS, 2012).

Ainsi nous avons initié cette recherche dont l'objectif principal est d'étudier le vécu des PVVIH après le partage du statut sérologique avec le conjoint. Ce travail s'organise essentiellement en deux parties. Dans un premier temps, nous allons aborder les différentes théories de recherche existantes en psychopathologie et en psychologie ; après nous exposerons nos méthodes et moyens de recherche. Pour finir, nous aborderons les résultats suivis de quelques recommandations.

PREMIERE PARTIE:

Cadre théorique et méthodologie la de recherche

CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE

Ce chapitre nous permettra d'aborder dans la revue de littérature les auteurs qui ont abordé le partage du résultat de séropositivité avec l'entourage des PVVIH et ceux ayant abordé leur vécu dans le couple, de poser la problématique de la recherche. Ensuite, nous allons poser les différentes hypothèses sur lesquelles le travail va se baser. Aussi, poserons-nous les objectifs à atteindre et enfin aborder la clarification de quelques concepts.

1.1- Revue de littérature

Le VIH/sida n'est pas seulement une maladie faite de diffusion microbienne, mais également une « maladie sociale », où le vécu est chargé de souffrances psychologiques et de représentations que chaque culture associe à la maladie et à ses victimes (Desclaux, 2003).

L'infection au VIH/sida est une source de souffrances somatique et psychologique. La souffrance psychologique est parfois lourde de conséquences car elle peut perturber le suivi médical et la réponse du traitement en plus de modifier négativement le reste de la vie du sujet infecté (Kouamé, 2012).

Selon Jose (1992), les personnes vivant avec le VIH présentent des complications psychiatriques, des troubles d'adaptation et affectifs de même que des comportements suicidaires, conséquence du neurotropisme du VIH sur le système nerveux central et du stress psychosocial sévère associé à l'infection. Pour Thibault (2006), les personnes vivant avec le VIH sont confrontées à de nombreux problèmes psychologiques qui sont essentiellement en rapport avec l'efficacité du traitement, l'évolution de la maladie, l'incertitude quant à l'avenir, la vie sociale et professionnelle, la sexualité et la vie du couple.

Plusieurs facteurs contribueraient ainsi à expliquer cette souffrance psychologique chez les personnes infectées. Williams (2006), estime que les sentiments de désespoir et d'incertitude par rapport à une maladie chronique et évolutive sont à l'origine de cette détresse psychologique. D'une manière générale, le suivi médical permanent, la prise de médicaments à vie et ses effets indésirables, l'incertitude quant à l'évolution de l'infection, la dégradation des relations socioaffectives sont autant de facteurs qui peuvent modifier la qualité de vie des personnes infectées par le VIH/sida (Thibault, 2006). Ces dernières ont parfois une peur de l'avenir et se considèrent souvent comme des morts en sursis.

La souffrance psychique est marquée d'autant plus que l'un des modes de transmission du sida (les rapports sexuels) est frappé de tabou et de honte dans certaines cultures (Michael, 2006). Sur ce plan, l'histoire des maladies vénériennes renseigne par exemple que la syphilis, maladie chronique sexuellement transmissible, a été ressentie comme un véritable fléau social, une source de peur et de honte (Radeff, 2001).

La souffrance psychologique associée au VIH/sida passe par plusieurs étapes depuis le diagnostic et se poursuit souvent avec l'évolution de l'infection. Ces étapes sont la peur qui s'installe lors du diagnostic de l'infection; les sentiments de perte des projets, de la vie sexuelle, sociale et socioprofessionnelle; la douleur morale nourrie par les sentiments de perte; la culpabilité de se sentir responsable de sa propre infection et d'avoir peut-être causé celle de partenaires sexuels; le déni qui amène à remettre en doute le résultat du diagnostic et à refuser très souvent le traitement et le suivi médical; la colère d'avoir contracté l'infection et de se sentir malchanceux; l'anxiété et la dépression nourries par l'incertitude de guérir, la crainte de la mort, la fréquence des visites médicales et le traitement à vie, la cessation des sentiments socioaffectifs (Blond, 2006).

Ce pendant pour pouvoir amoindrir ces souffrances les PVVIH sont parfois obligés de partager avec l'entourage leur séropositivité.

Mais ce partage ne va pas de soi à propos d'une maladie qui fait l'objet de discours critiques et de formes de condamnation morale, exposant celui qui divulgue son statut à diverses formes de rejets de la part de ses proches, comme l'ont montré de nombreux travaux depuis vingt ans (Vidal, 1997). Ces effets sociaux expliquaient la prudence dans le choix de la personne à laquelle le statut VIH est annoncé. Ainsi le partenaire n'est pas la personne la plus fréquemment informée, notamment parmi les femmes vivantes avec le VIH en Afrique et victimes d'une « double vulnérabilité » (Desclaux, 2011), et des taux élevés de partage peuvent « cacher » des taux assez faible d'information du partenaire (Bott, 2012). Seulement 33% des femmes contre 67% des hommes avaient révélés leur statut VIH à leur partenaire dans une étude menée au Burkina Faso en 2006 (Makhiouf et *al.,* 2011) ; le taux était similaire dans une étude menée dans quatre pays africains (Hardon, 2012). La situation a beaucoup évoluée, surtout depuis que les antirétroviraux sont plus largement disponibles, ce qui semble avoir facilité l'annonce en général, et l'annonce au partenaire en particulier. Ainsi, une enquête réalisée en 2010 au Cameroun montrait que 86% des femmes partagent leur statut VIH avec leur conjoint dans le contexte d'un programme où le dépistage et le traitement sont accessibles gratuitement et rapidement (Loublère et *al.,* 2011). Ce taux obtenu dans un laps de temps assez court est plus élevé que ceux décrits précédemment dans des programmes de PTME à Abidjan sur une période à peu près identique, qui montraient d'abord le refus du dépistage et les raisons que les femmes peuvent avoir de refuser (Brou, 2007), puis, deux ans plus tard, que les femmes annoncent leur statut parfois longtemps après l'accouchement (Desciaux, 2011). Ces études montraient par ailleurs que les personnes peuvent préférer partager avec un tiers (mère, ami, frère ou sœur, ami vivant avec le VIH) avant de partager leur statut avec leur

partenaire. D'autres études menées en Afrique Sub-saharienne rapportent des taux de partage avec au moins une personne très divers : proches de 90% en Ethiopie (Deribe et *al.*, 2008), en Ouganda (Atuyambe, 2010) et en Afrique du Sud (Wong, 2009), 77% au Nigéria (Akani, 2006), aux alentours de 50% au Kenya et en Zambie (rutenberg, 2011), comme dans d'autres sites sud-africains (Visser, 2008), et 22% en Tanzanie (Akani, 2006). Ces taux ne semblent pas expliqués directement par un des déterminants potentiels que sont la date de l'étude (les plus tardives ayant été menées lorsque les antirétroviraux étaient disponibles), la durée de la période entre l'annonce de la séropositivité et la date de l'enquête, le contexte (programme d'accès aux ARV ou programme PTME) ou le sexe des personnes enquêtées ; ils imposent de considérer l'annonce comme plurifactorielle et invitent à s'intéresser en particulier aux différences entre les taux de partage selon les interlocuteurs (partenaires ou autres).

Le partage avec le partenaire atteste aussi d'écarts, avec des taux allant de moins de 20% en Tanzanie (kilewo, 2001) et au Burkina (Nebié et *al.*, 2001) à plus de 90% dans des études menées en Ethiopie (Deribe, 2010), et en Afrique du Sud (Varga, 2006).

Ces recherches ne permettent pas de comprendre les rapports entre partage avec des tiers et partage avec le partenaire : on ne sait pas si ces modes de partage sont complémentaires ou concurrentiels.

Les écarts observés pourraient aussi être dus à des limites méthodologiques, la plupart de ces études étant basées sur l'auto-déclaration. Les biais liés au caractère déclaratif des données paraissent importants : dans une étude menée à Nairobi, 27% des hommes déclarent avoir partagé leur statut sérologique avec leur partenaire alors que les partenaires déclarent ne pas être au courant (Kart, 2009).

Un élément semble retrouvé dans plusieurs recherche : le partage du statut apparaît plus fréquent avec le partenaire stable qu'avec les partenaires occasionnels, ainsi qu'avec les partenaires séropositifs plutôt qu'avec les séronégatifs ou ceux dont la sérologie est inconnue (De Rosa, 1998). De même, les hommes ou les femmes qui ont une sérologie négative après un dépistage partagent davantage leur statut sérologique que les autres (Brou, 2007).Par ailleurs, toutes les annonces ne sont pas forcément faites avec le consentement de la personne concernée. Une étude menée en Afrique du Sud montre que 32% des PVVIH interrogées déclaraient que leur statut avait été dévoilé à leur famille sans leur consentement, souvent par une personne à laquelle elles avaient annoncé leur statut volontairement (Varga, 2006).

On retient de ces études, souvent réalisées au cours des premières années de la mise en œuvre des programmes d'accès aux antirétroviraux, des résultats contrastés en termes de taux de partage, et la possibilité que le partage soit différé au-delà de la période immédiatement postérieure à la découverte du statut sérologique. Il en ressort également des différences de pratiques entre hommes et femmes, ces dernières ayant annoncé plus fréquemment leur statut à leur conjoint lorsqu'elles ont découvert leur séropositivité dans les suites de leur mise sous traitement ARV à titre curatif, plutôt que dans le cadre de la PTME.

Bien que les AVR aient offrir aux personnes vivant avec le VIH une amélioration majeure de l'expérience de vie, le vécu psychologique de ces patients, dans la durée reste toutefois peu exploré. La stigmatisation liée au VIH continue à représenter un facteur de stress conséquent pour les patients séropositifs, les effets négatifs étant plus fréquemment ressenti lorsque le statut séropositif a été dévoilé à d'autres personnes que leur partenaire sexuel. Elle a été associée à une augmentation de prévalence des symptômes dépressifs et à une baisse du niveau d'adhérence au traitement anti rétroviral, sans toutefois montrer de liens significatif avec un comportement sexuel à risque. Ainsi il

n'est pas rare que les liens familiaux en soient affectés, et si le dévoilement de la séropositivité permet donc de partager sa souffrance, trouver du réconfort et protéger son entourage, cela peut engendrer, pour certains patients, des ruptures de liens sociaux, l'isolement, des changements de dynamique relationnelle (affective et/ou sexuelle), ou encore des violences verbales et physiques (Kouanda et *al.,* 2012).Outre le lien entre la stigmatisation, le dévoilement de la séropositivité l'état de santé psychique est également affecté, et les troubles les plus fréquents sont des réactions de stress, des troubles anxieux, d'adaptation, de l'humeur et des abus de substances toxiques (Keizer et *al.*, 2010), selon le vécu des patients, par le fait de se savoir atteint du VIH.

1.2. Problématique

Depuis plusieurs années, l'infection par le VIH est devenue une maladie chronique. En effet, l'avènement des traitements antirétroviraux (ARV) en 1996 en Europe et plus tard en Afrique, a transformé le visage du VIH. Même sans guérir les personnes infectées, allongent considérablement leur durée de vie. La prévention à long terme est donc un nouveau champ de réflexion d'intervention, dans les pays du Nord comme dans les pays du Sud.

Ainsi l'OMS estime en 2001 que :

> «*La mise à disposition du traitement de prévention va non seulement encourager les personnes à effectuer un dépistage sur le VIH, mais également les inciter à révéler leur statut sérologique, à discuter des options de prévention anti-VIH avec leur partenaire et à se rendre dans les services centraux anti-VIH. En outre, cette mise à disposition va fortement contribuer à réduire les stigmatisations et les discriminations qui entourent le VIH »*

Les professionnels de santé vont dans le même sens et encouragent également les personnes séropositives à partager l'information avec leur conjoint, et toute personne de confiance de leur entourage susceptible de leur

fournir un soutien psychologique, moral ou financier pour faire face aux contraintes de l'infection à VIH. Le partage de l'information apparait donc comme un outil de prévention (Loubiere, 2009) et pourrait permettre de réduire le taux de transmission en limitant les comportements à risque (Medley, 2003).

Ainsi sur une enquête réalisée par Kouanda et ces collaborateurs au Burkina Faso en 2011 montre que le partage du statut est plus fréquent chez ceux qui vivent en couple que chez ceux qui vivent seul. Une telle configuration du partage du statut sérologique apparait propice mais se trouve confronté à la stigmatisation et à la discrimination liées aux VIH.

Si le dévoilement de la séropositivité permet donc de partager sa souffrance, trouver du réconfort et protéger son entourage, cela peut engendrer, pour certains patients, des ruptures de liens sociaux, l'isolement, des changements de dynamique relationnelle (affective et/ou sexuelle), ou encore des violences verbales et physiques (Kouanda et *al.*, 2012).Outre le lien entre la stigmatisation, le dévoilement de la séropositivité l'état de santé psychique est également affecté, et les troubles les plus fréquents sont des réactions de stress, des troubles anxieux, d'adaptation, de l'humeur et des abus de substances toxiques (Keizer et *al.*, 2010), selon le vécu des patients, par le fait de se savoir atteint du VIH.

Dans la même veine sur 32 PVVIH en situation de couple suivies à l'ONG Nukundido 18 se sont retrouvés seuls abandonnés par leur conjoint(e)ou vivent avec lui sous le même toit sans aucun contact. Dans cette situation ils n'ont souvent que leurs yeux pour pleurer ; d'autres se posent des questions comme pourquoi moi ? Combien de temps me reste-t-il à vivre ?, A qui je vais laisser mes enfants etc.

Cette situation préoccupante et difficile nous amène à poser la question de savoir, en quels termes s'expriment les conséquences liées au partage du statut

sérologique sur la vie de couple? Des hypothèses ont été émises pour répondre à cette interrogation.

1.2.1. Hypothèses de la recherche

1.2.1.1. Hypothèse générale

Le vécu des PVVIH, dépend des perceptions négatives du VIH par le conjoint(e).

1.2.1.2. Hypothèses spécifiques

1. La stabilité des relations de couple dépend de l'attitude du conjoint ou de la conjointe face à la séropositivité de son partenaire;
2. Le partage de statut sérologique, induit chez les PVVIH en situation de couple des souffrances psychiques et somatiques.

1.2.2. Objectifs de recherche

1.2.2.1. Objectif général

Décrire les problèmes psychologiques et sociaux auxquels une personne séropositive peut être confrontée dans le couple après le partage du résultat.

1.2.2.2. Objectifs Scientifiques

1. Montrer que la séropositivité influence la stabilité du couple;
2. Décrire les conséquences du partage du statut sérologique chez les PVVIH en situation de couple.

1.3. Clarification conceptuelle

Pour délimiter le champ d'étude et répondre aux exigences d'une bonne recherche, nous clarifions ici les concepts qui participent à la compréhension du sujet.

1.3.1. VIH

1.3.1.1. Définition et description

Le VIH ou le virus de l'immunodéficience humaine, est un type de virus qui peut causer une maladie appelée SIDA (Syndrome d'ImmunoDéficience Acquise). L'infection au VIH atteint le système immunitaire, c'est-à-dire les défenses naturelles du corps contre la maladie. Si elle n'est pas traitée, de graves maladies peuvent survenir. Des infections normalement anodines, comme une grippe ou une bronchite, peuvent s'aggraver, devenir très difficiles à traiter ou même entrainer le décès. De plus le risque de cancer est aussi accru.

Ce qui distingue le VIH des autres virus, c'est qu'il atteint au système immunitaire en prenant le contrôle des cellules T CD4. Ces derniers ont pour rôle de coordonner la réponse immunitaire lorsqu'un virus se présente. Lorsque le VIH utilise les cellules CD4 pour se propager, il les endommage et les détruit ; ce faisant, le VIH mine de l'intérieur le système immunitaire qui a pour rôle de le combattre.

1.3.1.2. Mode de transmission

Le virus du Sida est présent dans les liquides biologiques de l'organisme des personnes atteintes : le sang, le sperme et le liquide séminal (pré-éjaculatoire) chez l'homme, les sécrétions vaginales et le lait chez la femme. C'est par l'intermédiaire de ces liquides que le VIH se transmet. Pour pénétrer dans l'organisme, le virus doit trouver une porte d'entrée. Il existe trois modes de transmission du VIH qu'il faut connaître pour éviter une contamination, car il n'existe à ce jour aucun vaccin pour prévenir une infection par le VIH.
Comme modes de transmission on a :

- **par voie sexuelle,** lors de rapports sexuels non protégés ;
- **par le sang**, à travers un contact avec du sang contaminé;
- **d'une mère porteuse du virus à son enfant**.

Quel que soit le mode de contamination, la présence d'une autre infection sexuellement transmissible (IST) comme la syphilis, l'herpès, la chlamydiose, la gonorrhée ou une vaginite bactérienne constitue un facteur de risque qui expose les personnes à un risque accru de contracter l'infection à VIH.

- **Contamination par voie sexuelle**

Le VIH peut se transmettre lors de rapports sexuels non protégés : pénétration vaginale, pénétration anale et contacts buccaux-génitaux (fellation) sans préservatif. Le virus pénètre alors par les muqueuses qui tapissent les parois internes de la bouche, du vagin et du rectum. La transmission du VIH peut se produire lors d'un seul rapport sexuel non protégé avec une personne infectée par le VIH. Le risque de contamination par voie sexuelle est aggravé lorsque les muqueuses comportent des lésions, au cours du premier rapport sexuel ; lors des règles de la femme ; si l'un des partenaires est porteur d'une infection sexuellement transmissible (IST), si le rapport s'accompagne de violence, ce qui peut provoquer des lésions des muqueuses, même si elles sont invisibles.

La transmission du VIH en cas de contact non protégé de la bouche avec le sexe féminin (cunnilingus) ou avec l'anus (anulingus) reste faible. Toutefois d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent être transmises par ces pratiques.

- **Contamination par voie sanguine**

Le VIH peut se transmettre en cas de partage, avec une ou plusieurs personnes, d'aiguilles, de seringues ou d'autres instruments utilisés pour une injection de drogue par voie intraveineuse. Ce risque s'ajoute aux autres dangers pour la santé liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse (exemples : hépatites B et C).

Le VIH peut aussi se transmettre en cas de blessure avec un objet souillé de sang frais contaminé : les piqûres accidentelles, notamment chez les agents de santé. La transfusion sanguine et les soins impliquant l'injection de produits sanguins ne représentent encore un risque de contamination que dans les pays où le dépistage sanguin n'est pas effectué.

- **Contamination de la mère à l'enfant**

Il y a un risque de transmission du VIH à l'enfant durant la grossesse, lors de l'accouchement ou pendant l'allaitement (par le lait maternel). Le suivi médical des femmes enceintes et les traitements antirétroviraux ont cependant considérablement réduit ce risque. Le risque de transmission du virus d'une femme enceinte sous traitement à son enfant est aujourd'hui faible.

1.3.1.3. Mode de prévention

Pour prévenir le virus du sida il faudrait que:

- Lors des relations sexuelles, l'utilisation du préservatif masculin ou féminin est indispensable. Le préservatif est le seul moyen de protection efficace contre le Sida et contre la plupart des autres IST.
- Il est impératif d'utiliser systématiquement, pour chaque injection ou sniff, du matériel de préparation neuf et une seringue stérile neuve, de paille à usage personnel. Les usagers de drogues ne doivent donc jamais partager ni une seringue, ni le matériel utilisé pour la préparation du produit, ni une paille.
- Un test de dépistage du VIH est systématiquement proposé aux femmes enceintes. Un traitement antirétroviral est proposé en cas de séropositivité. Quand une mère est atteinte par le VIH, l'allaitement mixte est tout à fait déconseillé.

1.3.2- Partage

Selon le dictionnaire petit Larousse, « le partage » s'entend comme une action de diviser en parts : faire le partage d'une succession. Or en santé et plus précisément dans le langage de la lutte contre le sida comme la manière dont les personnes vivant avec le VIH informent des tiers de leur statut sérologique, et se distingue de « l'annonce » qui qualifie la délivrance de l'information sur le statut VIH par le médecin à la personne concernée.

Dans le présent travail de recherche le partage est dans le même sens que celui du langage de lutte contre le sida.

1.3.3. Couple

Selon le dictionnaire Larousse le couple est l'ensemble des personnes unies par le mariage, liées par un pacte ou vivant en concubinage. En science juridique le couple n'a pas de définition, on ne parle pas de couple mais de concubin, d'époux, de partenaire, … il apparaît donc difficile d'expliquer cette notion. Cette difficulté est due au fait qu'historiquement, quand on parle de couple, on parle de mariage. Le mariage a depuis toujours été considéré comme le modèle classique de la famille. La famille se reconstruit autour du couple mais la notion de couple ne fait plus référence aujourd'hui au couple tel qu'il était entendu par le code civil de 1804.

Ici est considéré comme couple, les couples hétérosexuels.

CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

2.1. Cadre physique de l'étude

2.1.1. Justification du thème de recherche et de l'espace de recherche

2.1.1.1. Justification du thème de recherche

L'épidémie du VIH est une crise mondiale et l'un des plus grands défis jamais lancés au développement et au progrès social (ONU, 2001).

Les multi thérapies permettent aujourd'hui à la plupart des patients de retrouver une immunité quasi normale pendant une période indéterminée. Si partagé son statut sérologique, permet un traitement antirétroviral dont le bénéfice est indéniable sur l'état immunitaire, il ne permet pas pour autant de résoudre toutes les difficultés auxquelles sont confrontées les personnes infectées par le VIH : problèmes de revenus, d'emploi, de logement, de relation avec les autres, de vie affective et sexuelle. La prise en charge doit donc aujourd'hui dépasser les seuls aspects biomédicaux pour prendre en compte l'individu dans sa globalité.

Ainsi notre recherche est née à la suite des rencontres mensuelles d'échange effectuées par l'ONG Nukundido avec les PVVIH/SIDA, dans le but de leur faire un bilan et d'évaluer leurs besoins. Cette évaluation des besoins a révélé entre autre que le dévoilement de la séropositivité au VIH était un défi important, que tout le monde n'a pas encore relevé du fait des rejets liés à leur statut sérologique au VIH d'où l'intérêt de notre étude.

2.1.1.2. Justification de l'espace de recherche

Notre investigation est menée dans la commune de Cotonou plus précisément à l'ONG Nukundido parce que c'est un centre d'accompagnement qui fait un excellent travail dans l'accompagnement des PVVIH, en créant un

climat de confiance entre elle et les amis (PVVIH) ce qui facilite l'entrée en contact avec ces derniers.

2.1.2. Présentation des sites d'accueil

Nukundido est une ONG à but non lucratif qui a pour mission d'assister les personnes pauvres vivant avec le VIH. Son siège est situé au quartier Sètovi au prolongement de la rue de la ''buvette Projet'' côté opposé au stade de l'amitié, non loin de l'Eglise Catholique Sètovi, maison DJANKAKI C. Claude dans le 10ème arrondissement, téléphone 95.84.60.59. Elle est financée par Prof.Dr. Peter Eicher et Maria Elisabeth Eicher de l'Association « Sterne der Hoffnung – Aidshilfe International » / Etoile de l'Espérance.

L'ONG a pour objectifs :

1. Assister et organiser les soins à domicile pour les personnes pauvres vivant avec le VIH ;

2. Organiser et assister les groupements de femmes pauvres vivant avec le VIH et des femmes défavorisées dans leur autonomisation ;
3. Mener toutes actions nécessaires de sensibilisation du grand public aux Infections Sexuellement Transmissibles (IST), aux nouvelles maladies et épidémies ;

4. Soutenir activement les Orphelins et Enfants Vulnérables (OEV), les handicapés, les femmes enceintes, les personnes âgées et les exclus de la société vivant dans des situations socioéconomiques précaires du département du littoral en particulier et du Bénin en général.

2.1.3. Le personnel

L'ONG a d'énorme difficulté : le personnel est insuffisant puisque actuellement ne disposant que :

- Un Coordonnateur du projet ;
- Un psychologue ;
- Deux Infirmières Diplômées d'Etat (IDE) ;
- Un Technicien Supérieur de l'Action Sociale ;
- Un comptable ;
- Une secrétaire.

N'exerçant que dans l'accompagnement (psychologique, nutritionnel, social et médical) des PVVIH/SIDA s'est mise en partenariat avec l'ONG Espoir Sans Frontière (ESF) à travers le Centre de Santé St Pothin qui est un centre de prise en charge des PVVIH/SIDA afin de mettre les anti rétroviraux à temps à la disposition des PVVIH.

2.2. Démarche méthodologique

La démarche méthodologie adoptée pour la présente étude est structurée autour de la recherche documentaire, les enquêtes de terrain et le traitement.

2.2.1. Nature de la recherche

La présente recherche est de nature mixte c'est-à-dire qu'elle est à la fois qualitative et quantitative. L'aspect quantitatif est basé sur une approche systématique de collecte et d'analyse de données. Elle aborde le phénomène à l'aide d'instruments de quantification et traite les données chiffrées obtenues à l'aide de modèles statistiques. Le volet qualitatif donne un aperçu de ce que vivent les PVVIH dans leurs foyers après le partage du statut sérologique.

2.2.2. Population d'étude

La recherche concerne toutes les personnes qui ont un état sérologique au VIH positif et qui ont été admises dans les services de l'ONG Nukundido de Cotonou.

2.2.2.1. Population cible

La recherche a pris en compte les personnes vivant avec le VIH et qui sont en situation de couple au moins avant l'annonce de leur séropositivité par l'agent de santé dépisteur et qui font les soins à l'ONG Nukundido de Cotonou. Sont exclus de l'étude, toutes personnes vivant avec le VIH qui n'étaient pas en situation de couple et qui ne sont pas suivis par Nukundido.

2.2.2.2. Echantillonnage

Pour mener à bien notre recherche, nous avions dû recourir à la liste de tous les patients (PVVIH) suivis par l'ONG Nukundido. Partant de là, nous avons fait recours à la technique du choix raisonné pour atteindre les PVVIH en nous basant sur des critères bien définis. Cette technique nous a permis d'arrêter la taille de l'échantillon de personnes vivant avec le VIH à 32 sujets.

- **<u>Critères d'inclusion</u>**

- Avoir au moins 18 ans
- Etre séropositif VIH
- Etre marié avant l'annonce de la séropositivité
- Etre un patient de l'ONG Nukundido.

- **<u>Critères d'exclusion</u>**

- être mineur (âgée de moins de 18 ans)
- n'avoir jamais été marié ou l'avoir été après l'annonce de la séropositivité ;
- n'avoir jamais été patient de l'ONG Nukundido.

2.2.3. Techniques et outils de collecte des données

Dans le cadre de cette recherche, nous avons eu recours à trois techniques de collecte des données en vue de recueillir des informations. Il s'agit de la recherche documentaire, de l'observation et de l'administration du questionnaire. Pour chacune de ces techniques, correspond un outil de collecte bien précis. Ainsi, pour la recherche documentaire, une grille de lecture a été utilisée. Le questionnaire et la grille d'observation ont été utilisés respectivement pour l'administration du questionnaire et l'observation.

2.2.3.1. Recherche documentaire

En vue de recueillir un maximum d'informations sur le sujet de recherche, plusieurs ouvrages ont été consultés. Ces ouvrages ont permis de relever et d'analyser la littérature déjà existante sur la question de partage du résultat de séropositivité dans le monde en général et en Afrique en particulier. Cette phase du terrain nous a permis de mieux cerner la problématique. Dans notre démarche, des centres de documentation, des bibliothèques ainsi que des sites Internet ont été consultés.

2.2.3.2. Le questionnaire

Le questionnaire est une série de question méthodiquement posée en vue d'une enquête. Un questionnaire a été utilisé pour recueillir des données auprès des personnes vivant avec le VIH. Le questionnaire est subdivisé en des sections contenant plusieurs questions pour recueillir des données en adéquation avec les hypothèses et les objectifs de l'étude. Précisément dans le cadre de ce travail de recherche, le questionnaire nous a permis de recueillir les informations sur la manière dont le partage du résultat sérologique est fait avec le ou la partenaire et d'apprécier les conséquences, que cela a sur la vie du couple.

2.2.3.3. L'observation

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la méthode d'observation non participante. Cette méthode a été utilisée en raison du caractère discret des pratiques de la cible.

Nous avons de ce fait, à l'aide d'une grille d'observation, nous focalisé sur l'usage des sens pour la collecte des informations qualitatives. Dans le cadre de cette recherche nous avons observé le comportement de nos enquêtés par rapport à certaines questions touchant plus ou moins leur sensibilité ; il s'agissait essentiellement des crises de larmes, la tristesse, les soupires, etc. L'intérêt de cette technique a été aussi de confronter certains propos recueillis par rapport à l'attitude corporelle de l'enquêtée.

2.2.4. Modes de traitement et d'analyse de données

Du retour du terrain, les questionnaires remplis ont été vérifiés, dépouillés de façon manuelle et codifiés, suivis de la saisie des données dans le programme de traitement SPSS 21, qui est un logiciel d'analyse de données quantitatives. Des tableaux ont été réalisés sur la base des objectifs et des thèmes issues de l'enquête. Le traitement des données issues des questionnaires a été fait par un statisticien démographe qui nous a assistés. Les données issues des entretiens ont été saisies et catégorisées sur la base de thèmes saillants qui s'en dégageaient. Des citations pertinentes de ces entretiens ont été utilisées pour étayer l'analyse des résultats obtenus grâce à l'analyse de contenu.

2.2.5. Difficultés et contraintes

Dans la réalisation de notre recherche, nous avons été confrontés à certaines difficultés en ce qui concerne la recherche des études antérieures et la collecte des données. En effet, la rareté des travaux sur l'aspect du partage dans

le couple et du vécu des PVVIH après ce partage dans nos bibliothèques nous a rendu très difficile la réalisation de la revue de littérature. Alors nous avions dû recourir à l'internet pour y arriver. Pour la collecte des informations, nous n'avions pas eu l'accès facile pour pouvoir nous entretenir avec les PVVIH compte tenu de la position sociale qu'ils occupent dans la vie des Prostituées. Nous avions dû faire recours à la Directrice de l'Association Solidarité (Association des Prostituées) pour servir d'intermédiaire afin de pouvoir les interviewer.

DEUXIEME PARTIE :

Enquête et résultats

CHAPITRE 3 : PRESENTATION, ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Ici il sera question de présenter dans un premier temps les résultats suivis de quelques commentaires. Ensuite nous allons aborder la discussion de ces résultats avant de faire quelques recommandations susceptibles d'améliorer la prise en charge des PVVIH.

3.1 - Présentation des résultats

3.1.1- Description des variables quantitatives

- **Caractéristiques sociodémographiques**

Plusieurs caractéristiques dont ceux sociodémographiques permettent d'expliquer le partage ou non du statut sérologique.

- **Renseignement général**

Tableau I: *Répartition des enquêtés selon le sexe*

Sexe	Effectif	Pourcentage %
Masculin	08	25,00
Féminin	24	75,00
Total	32	100,00

Source : Données de terrain_ 2017

Les résultats du tableau révèlent que plus de la moitié soit 75% des PVVIH sont de sexe féminin et 25% de sexe masculin ; ce fort taux de féminité serait dû au fait que une fois enceinte les femmes sont obligées de procéder au dépistage du VIH lors des consultations prénatale.

Tableau II : *Répartition des enquêtés selon l'âge*

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
25-34	14	43,75
35-44	10	31,25
45 et plus	08	25,00
Total	32	100,00

Source : Données de terrain_ 2017

De la lecture de ce tableau, il convient de retenir que les personnes vivant avec le VIH ont en moyenne 40 ans et la tranche d'âge de 25-34 ans (43,75%) était plus représentée. L'âge minimum est de 25 ans et l'âge maximum est de 70ans. Ce qui nous renseigne que les PVVIH enquêtés sont majoritairement jeunes et on y retrouve également des personnes de troisième âge, ce qui fait dire tout simplement qu'il 'y pas d'âge pour être malade du VIH.

Tableau III : *Répartition des enquêtés selon l'état matrimoniale*

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Marié(e)	12	37,70
Divorcé(e)	10	31,25
Union libre	08	25,00
Veuf (ve)	02	06,25
Total	32	100,00

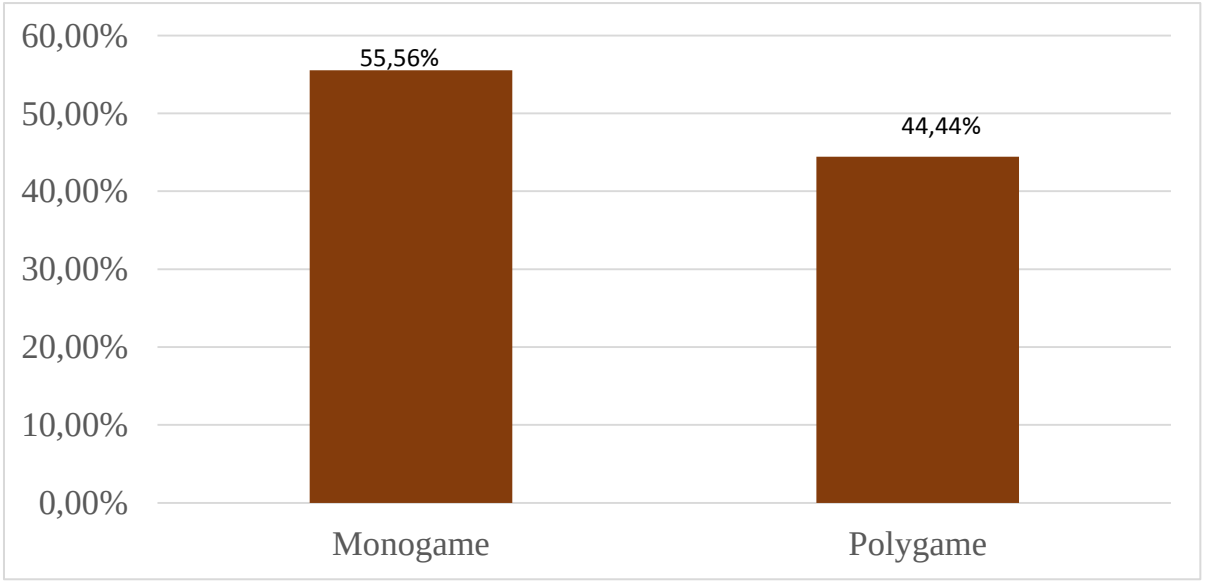
Source : Données de terrain_ 2017

Il ressort de la lecture de ce tableau que 37,70% des enquêtés sont mariés, 31,25% divorcés quand 25% sont en union libre. On peut donc dire au vu de ces résultats que les personnes vivantes avec le VIH enquêtés sont majoritairement plus avec leurs conjoints ou conjointes après que le partage du statut sérologique a été fait. Cela voudra signifier que la séparation des PVVIH avec leur

partenaire pourraient être à la base de la souffrance psychique de ces dernières après le partage du statut sérologique avec leur partenaire.

- ***Type d'union***

Graphique I : *Répartition des enquêtés suivant le type de mariage dans lequel ils étaient*



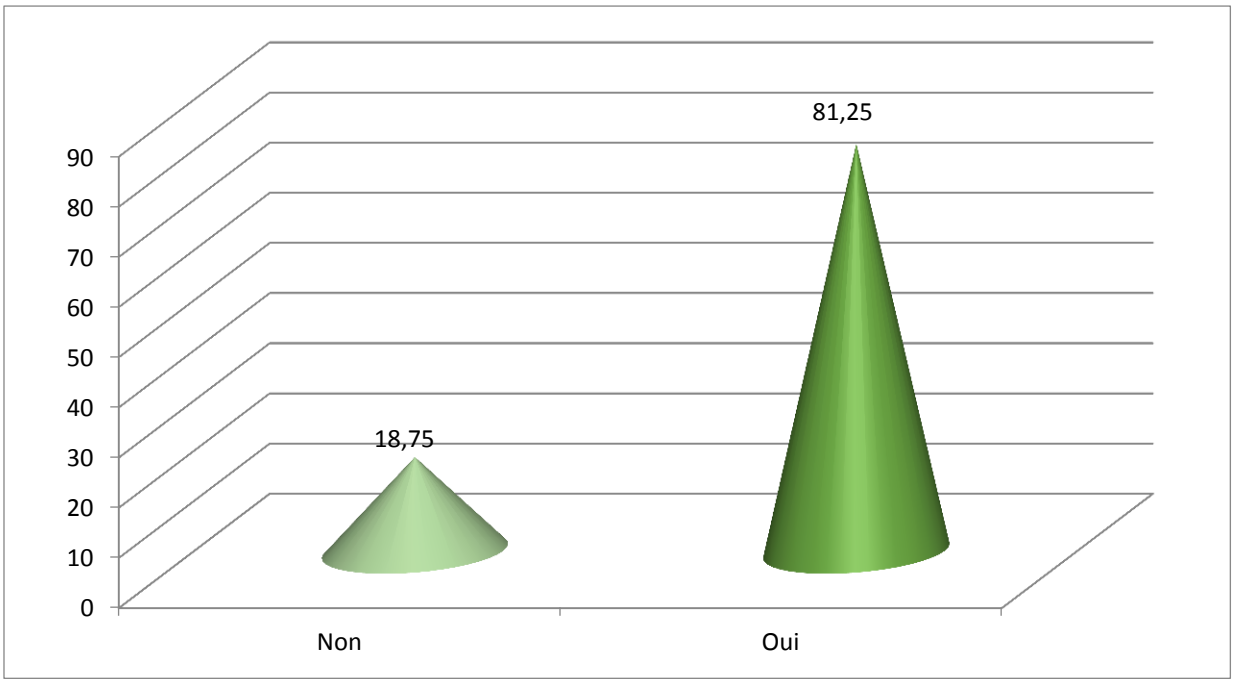
Source : Données de terrain_ 2017

Il se dégage de l'examen de ce graphique que, plus de la moitié (53,10%) des personnes vivant avec le VIH enquêtées lors de leur union avec leur partenaire ont contracté un mariage de type monogamique quand 46,90% se sont mises en polygamie. Il convient de retenir de cette lecture que la polygamie favorise la réticence du séropositif en ce sens que la séropositive a peur de le dire à son mari qui selon elle va surement informer sa coépouse qui la vilipenderait plus tard une atmosphère de méfiance s'installe donc.

➢ **Vie sociale**

- **Partage du statut sérologique**

Graphique II : *Répartition des enquêtées suivant le partage ou non de leur statut sérologique*



Source : Données de terrain_ 2017

Il ressort de la lecture de ce graphe que tous les VIH+ ne partagent leur statut avec leurs proches. Ainsi 81,25% des enquêtées ont partagé leur séropositivité avec au moins une personne de leur entourage, quand 18,75% ont préféré garder le secret pour n'avoir pas eu confiance à l'entourage. Ce non partage est justifié par le manque de confiance envers leurs proches.

- **Personnes avec qui on a partagé la séropositivité**

Tableau IV : *Répartition des enquêtées suivant les personnes à qui ils ont partagé leur statut sérologique*

Partage du statut sérologique		**Effectif**	**Pourcentage**
Parent	Non	13	40,63%
	Oui	13	40,63%
Conjoint(e)	Non	9	28,13%
	Oui	17	53,13%
Mes enfants	Non	14	43,75%
	Oui	12	37,50%
Personnel de santé	Non	21	65,63%
	Oui	5	15,63%

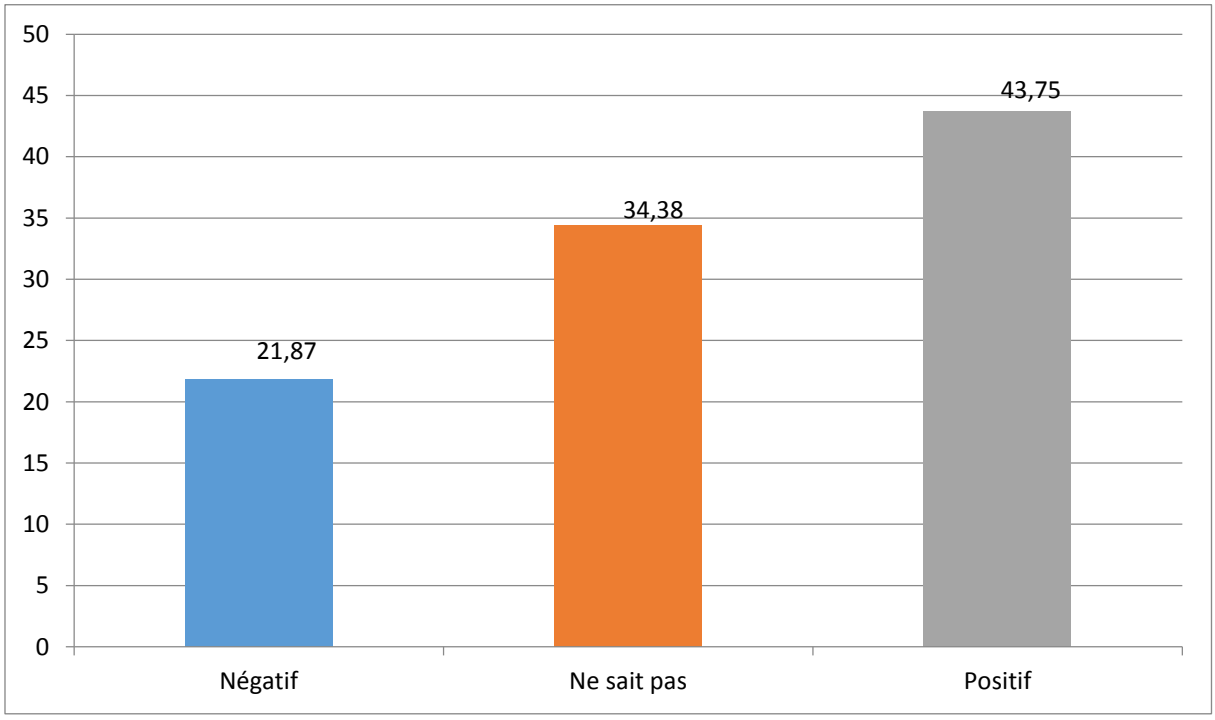
Source : Données de terrain_ 2017

Le tableau ci-dessus nous renseigne que les personnes vivant avec le VIH partagent leur séropositivité avec leur entourage immédiat ; ainsi nous avons 53,13% des PVVIH enquêtées qui ont partagé leur séropositivité avec leur conjoint ou conjointe, quand 40,63% l'ont fait avec leur parent. Il n'y a que 37,50% qui ont préféré informer leurs enfants. Il ressort donc qu'aucune PVVIH n'a partagé ce résultat avec un ami, ce qui montre que les PVVIH craignent toujours la stigmatisation.

➢ **Relation avec conjoint(e)**

- **Séropositivité du conjoint(e)**

Graphique III: *Répartition des enquêtés suivant la séropositivité de leur conjoint(e)*

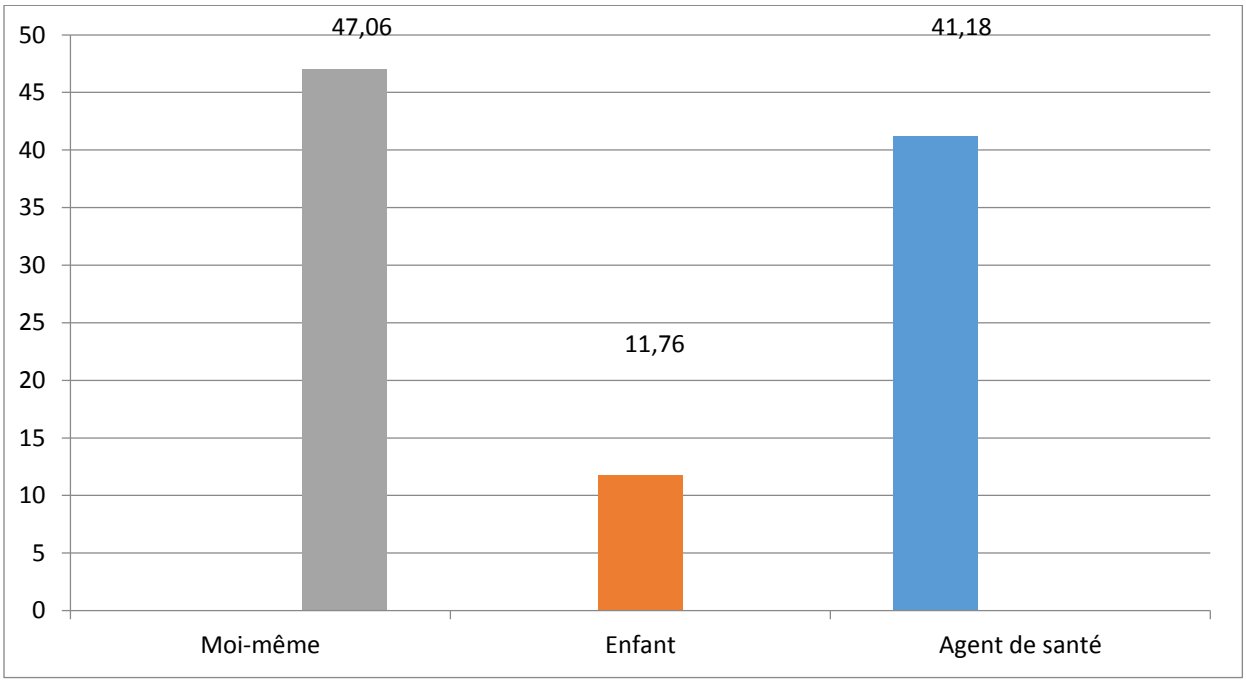


Source : Données de terrain_ 2017

Le graphe III nous renseigne que tous les enquêtés ne connaissent pas la sérologie de leur conjoint(e) ; ainsi on a 21,87% qui savent que leur conjoint(e) est séronégatif, dans le même temps plus de 43% ont eu la confirmation que leur partenaire est également infecté par le virus du SIDA. Ce qui montre qu'il y un nombre important de PVVIH qui laissent la maladie se développée en eux, ce qui de façon évidente est une course vers la mort ; notons également qu'il y a une part non moins négligeable parmi eux vivent dans cette négligence du fait de non partage du résultat.

- **La manière dont le conjoint(e) est informée**

Graphique IV: *Répartition des enquêtés suivant la manière dont ils ont informé leur conjoint(e)*

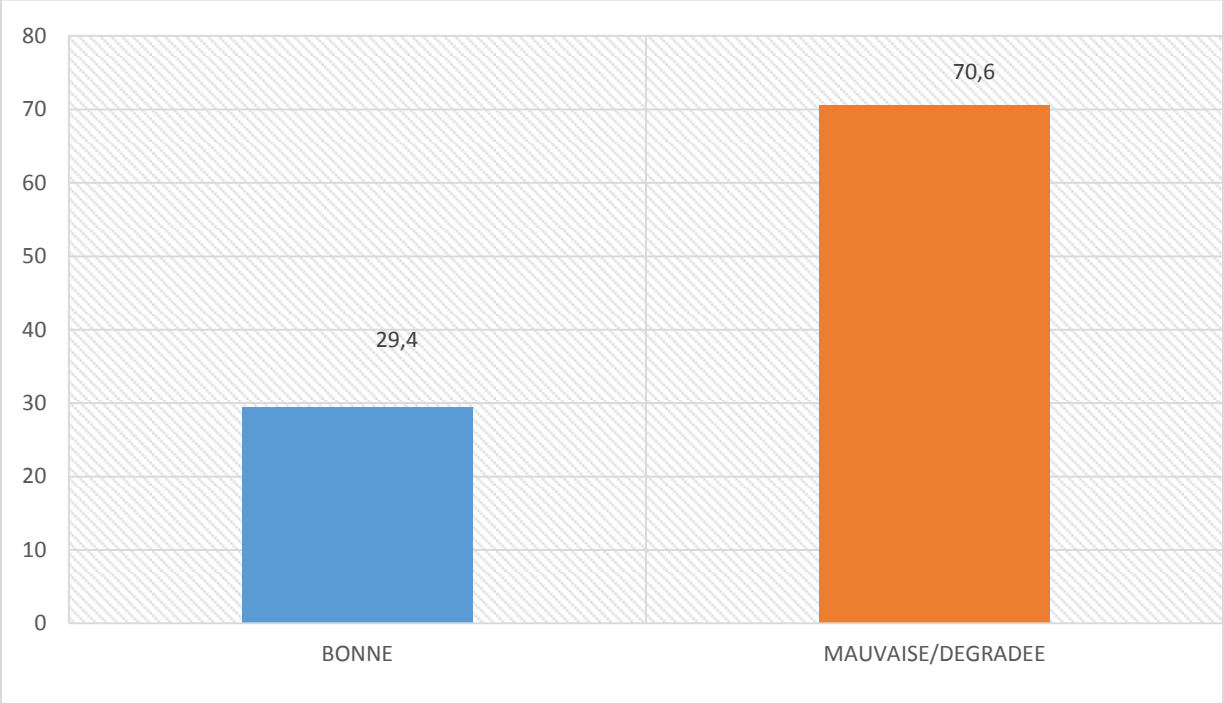


Source : Données de terrain_ 2017

Il ressort de la lecture de ce graphique que 47% des enquêtés qui ont partagé leur statut sérologique avec leur conjoint(e), ont informé le partenaire eux même, quand 41% l'ont fait par le biais d'un agent de santé ; ce pourcentage un peu élevé de ceux qui l'on fait eux même est dû au fait que une fois enceinte les femmes sont obligés lors des consultations prénatale de faire l'examen de séropositivité et une fois la séropositivité établit les femmes se trouvent dans une contrainte d'informer leur mari afin de sauver la vie qui germe en elles. Dans le même temps plus de 11% de cette frange de la population ont préféré passer par leurs enfants pour pouvoir faire ce partage.

- **Relation avant et après partage**

Graphique V: *Répartition des enquêtés suivant la relation dans le couple après partage*



Source : Données de terrain_ 2017

Tous les enquêtés estiment avoir eu, une relation harmonieuse avec leurs conjoint(e)s avant le partage de leur statut sérologique. Mais après le partage par certaine PVVHI, cette relation s'est détériorée. Le graphique ci-dessus montre l'ampleur de cette détérioration. Ainsi plus de 2/3 des enquêtés soit 70,6% des PVVIH qui menaient une bonne relation avec leur conjoint(e) se sont retrouvées abandonnées, évitées… par leur partenaire.

- **Relation qu'il y a entre le statut du conjoint(e) et sa nature en présence du PVVIH**

Tableau V: *Répartition des enquêtés suivant la relation qu'il y a entre le statut du conjoint(e) et sa nature en présence du PVVIH*

	Nature du conjoint en sa présence	
Statut sérologique du conjoint	Mal à l'aise	A l'aise
NSP	07 63,64%	04 36,36%
Négatif	04 57,14%	03 42,86%
Positif	06 42,86%	08 57,14%
Total	17 53,13%	13 46,87%

Source : Données de terrain_ 2017

On remarque de la lecture de ce tableau que plus de la moitié (57,14%) des conjoint(e)s avec un statut sérologique positif sont à l'aise en présence des enquêtés contre 42,86% au niveau des conjoint(e)s non positif et 63,64% du conjoint(e) des enquêtés qui ne savent pas la séropositivité au VIH de leur partenaire sont mal à l'aise. Le test de Khi2 réalisé sur ces données montre que le fait que les conjoint(e)s soient à l'aise n'est pas influencé par leur statut sérologique, au risque d'erreur de 5% (P-value=0,399).

- **Type de relation sexuelle**

Tableau VI: *Répartition des enquêtés suivant les types de relation sexuelle*

	Nature de la relation sexuelle		
Statut de partage avec le (la) conjoint(e)	Relation protégée	Relation non protégée	Abstinence
Conjoint(e) informé(e)	5 29,41%	2 11,76	10 58,82%
Conjoint(e) non informé(e)	2 22,22%	7 77,78%	0 00,00%
Total	7 26,92%	9 34,62%	10 38,46

Source : Données de terrain_ 2017

Il ressort de la lecture de ce tableau que plus de ¼ des PVVIH enquêtées et qui ont partagé leurs statut tiennent des rapports sexuel protégé, dans le même temps 34,62% le font non protégé en exposant ainsi le partenaire à des risques de contamination si il n'était séropositif ou à augmenter sa charge virale si il l'était déjà. 10 PVVIH soient 38,46% se sont carrément abstenir, ceci du fait que leur conjoint(e) les a abandonné. Retenons que tous ceux qui non pas partagés leur statut sérologique tiennent toujours des relations sexuelles non protégée avec leur conjoint(e), ceci surement dans l'intention de ne pas produit un changement brusque des habitudes du couple, ce qui malheureusement les expose à une augmentation de la charge virale.

- **Attitude du conjoint (e)**

Tableau VII: *Répartition des enquêtés suivant l'attitude du partenaire face à des situations donnée*

		Effectif	Pourcentage
Exclu d'évènements sociaux	Non	18	69,23%
	Oui	8	30,77%
Abandonné par le (la) conjoint(e)	Non	16	61,54%
	Oui	10	38,46%
Abandonné par les enfants	Non	23	88,46%
	Oui	3	11,54%
Abandonné par les autres membres de la famille	Non	22	84,62%
	Oui	4	15,38%
Ridiculisé ou insulté verbalement	Non	09	34,62%
	Oui	17	65,38%
Attaqué, violenté physiquement	Non	21	80,77%
	Oui	5	19,23%

Source : Données de terrain_ 2017

Il ressort de la lecture du tableau ci-dessus présenté que les PVVIH enquêtées et qui ont partagé leurs résultats sérologique sont à plus de 65% ridiculisé ou insulté après le partage de leur statut sérologique, quand 19,23% ont été violenté physiquement. Sur les 17 PVVIH qui ont informé leur conjoint(e) 10 soit près de 59% ont été abandonnées par leurs conjoint(e)s, lorsque 30,77% se font exclus d'évènements sociaux. Il ressort donc que les PVVIH subissent à la fois des violences physique comme verbale et à tout ceci s'ajoute l'exclusion d'une frange de leur famille.

- **Vécu des PVVIH après partage**

Tableau VIII : *Répartition des PVVIH en fonction du vécu qu'elles ont du partage*

Vécu après le partage	Nombre de PVVIH	Pourcentage
Anxiété	20	76,92%
Désespoir	14	53,85%
Dépression	12	46,15%
Peur	15	57,69%
Culpabilité	18	69,23%
Affaiblissement de l'estime de soi	12	46,15%
Désire de mort	03	11,54%

Source : Données de terrain_ 2017

Il ressort de ces résultats que 76,92% des PVVIH, sont anxieux, 53,85% vivent dans le désespoir, 46,15% s'auto dénigre. Il ressort également de ce tableau que 11,54% des PVVIH désire mourir parce que dépassé par ce qui leur arrive, quand 46,15% sont déprimées. Il émerge de ces données que les vécus liés au partage du statut sérologique ne sont pas à négliger surtout chez les PVVIH suivies à l'ONG Nukundido.

3.1.2. Résultat de l'enquête qualitative

Les résultats qualitatifs qui suivent, présentent l'analyse du discours des PVVIH sur les questions qualitatives aux questions ouvertes du questionnaire, ainsi nous aurons les discours sur le récit du partage, les motifs de partage et de non partage, les méthodes de partage ainsi que le vécu du couple après le partage.

- **Récits de partage**

Le temps mis pour partager le résultat avec des tiers peut suivre le temps des besoins et bénéfices attendus, chaque interlocuteur étant susceptible d'apporter un appui à un moment différent : Victorine, une femme de 42 ans qui n'avait pas informé son mari de son statut sérologique avant que celui-ci ne décède 2ans après qu'on lui est annoncé le résultat. Par la suite elle informe son frère, qui lui, informe une de ses filles sur instruction de cette dernière. Elle a choisi d'informer les personnes qui peuvent lui apporter un soutien moral et financier.

> *« Après le décès de mon mari j'ai beaucoup pleuré, puisque je me sentais seule et surtout coupable de son décès. Trois ans après le décès de mon mari je suis tombé gravement malade, n'ayant pas les moyens j'ai été obligé d'informer mon frère afin qu'il m'assiste et c'est lui qui m'a conseillé d'en parler à ma fille, qui depuis m'apporte un soutien moral important. »*

Le partage peut également être tardif parce que la PVVIH attend des conditions précises pour pouvoir le faire. Ainsi Ablavi une femme de 27ans a attendu sa deuxième grossesse avant que son mari ne soit informé.

> *« J'ai su pour ma séropositivité lorsque j'étais enceinte de mon aîné et comme j'avais peur qu'au début d'une vie de couple que mon mari m'abandonne, puisque je me dis que je serai peut être la cause de la maladie. J'ai attendu une nouvelle grossesse, pour que le médecin puis lui remettre les résultats d'examen prénatal en main propre. Pleur... et ce que je crains est arrivé. »*

Judicaël un homme de 70 ans n'a informé ses femmes que 5ans après la découverte de sa séropositivité.

> *« C'était à la suite d'une série de maladies que le médecin qui m'a pris en charge a demandé que je fasse le test du VIH. Ayant deux femmes je ne savais pas quoi faire, à qui le dire ?*

Et comment le dire ? Ce n'est qu'à la suite d'une grossesse que ma seconde femme a connu sa séropositivité. »

- **Les motifs de partage et de non partage**

Il y a des PVVIH qui ont partagé leur séropositivité parce qu'elles attendent de soutien financier, quand d'autre le font afin de mieux suivre le traitement.

> *« Je lui ai dit les raisons qui me pousse à ne pas me remarié… il m'a beaucoup soutenir financièrement lorsque j'ai été hospitalisée… »* (Victorine 42ans).

> *« Compte tenu de mon travail je trouve que je peux oublier de prendre les antis rétroviraux, ce qui m'a amené à informer ma femme. »* (Geoffroi, 45ans)

Il y a d'autre qui ne trouve pas nécessaire d'informé tiers personne de leur séropositivité et préfère le garder et mourir avec parce que craignant la dislocation du foyer et des amitiés.

> *« Je préfère souffrir seul jusqu'en mourir que de dire à quelqu'un que j'ai SIDA. Je viens à l'hôpital sans qu'aucune femme ni aucun n'enfant ne sache là où je vais ; et comme cela ne m'empêche pas de suivre mes traitements où est le problème ? »* (Jean 53ans)

> *« Je ne peux le dire à personne, ils sont tous bavard, si j'informe mon mari sa maman le saura de même dans ma famille si quelqu'un est informé les autres le sauront et je ne veux pas perdre l'attention qu'ils ont pour moi et mes deux enfants »* (Viviane 32ans)

> *« Ce qui ne va pas à la bouche on ne le met pas dans la bouche ; j'ai vu ce qui se passe avec ceux qui l'on fait dans mon groupe de partage et je vais oser ; jamais, ne chercher même pas à me convaincre la confiance a déserté le forum »* (enquêté 12)

- **Les méthodes de partage**

Pour pouvoir informer leur conjoint(e) ou leur entourage certaines PVVIH préfèrent le faire eux même en guettant une occasion bien définir ou en passant par un proche ou un médecin.

> « *Je suis le père de famille, et je connais les uns et les autres, si je dis à ma femme et qu'elle va le dire au dehors ça fait sa honte ; moi je n'ai pas eu de peine pour l'informer hein. »*(Pierre, 41ans)

> « *C'est lors de mes consultations prénatales que le test a été fait et j'ai demandé à la sage-femme d'appeler mon mari de le lui dire de vive voix puisque moi-même je ne me voir pas capable de le lui dire. Donc c'est comme ça le lendemain elle est partie à l'hôpital et la dame nous l'a annoncé ensemble. »* (Sylvie, 33ans)

> *« A la suite d'une série de maladie j'ai été hospitalisé au camps Guézo et le médecin a demandé que nous fassions tous deux le test de VIH, c'est comme ça qu'on a été tous déclaré séropositif. Ma grande sœur était à mes côtés donc j'ai profité pour le lui dire en même temps et avec mon autorisation elle a informé son mari. » (*Angèle, 30 ans)

> *« Quand je suis arrivé dans le bureau du médecin, il m'a regardé, il a hésité, a regardé un papier qui était sous ses yeux avant de se décider à parler. Il a dit que mon enfant et moi sommes atteints d'une maladie des temps actuels, avant même qu'il termine j'ai dit : le sida n'est-ce pas ? Il a pris un petit temps avant de dire oui. J'ai fondu en larmes sans le savoir. Il m'a dit que ce n'est pas grave et qu'il y a un médicament pour ça. Après j'ai tout simplement dis, je vous envoie mon mari. Je ne peux jamais oublier ce moment »* (Chantal, 33ans)

- **Les vécus après partage**

Le partage du statut sérologique a profité aux uns et a mis d'autre dans le regret, puisque cela a causé la dislocation de leur foyer, leur a fait perdre des

gens auxquels ils tenaient, cela a carrément été la base du malheur des PVVIH enquêtées.

> *« Depuis que mon mari et moi avions fait le test suite à ma maladie, je ne l'ai plus revu jusqu'à présent hors on a trois enfants ensemble. Ses parents estiment que c'est moi qui l'ai contaminé. Le mari de ma sœur chez qui je me suis réfugié tient des propos blessant, ce qui m'a obligé à aller louer à glo. Ne faisant rien j'ai aujourd'hui de difficulté à manger et à payer le loyer qui ne coute que cinq mille francs »* (Angèle, 30 ans).

> *« Ma femme depuis qu'elle est informée de cette histoire-là ne veut plus me sentir et refuse même d'avoir d'intimité avec moi, depuis 15 ans ont vis sous le même toit mais je n'ai plus jamais fait l'amour, dedans c'est problème dehors c'est problème.»* (Judicaël, 70ans)

> *« Je n'arrive pas m'imaginer qu'il a pu m'abandonner, je suis dépassée. Que la maladie m'emporte, je ne sais plus à quoi je sais, il est même parti avec mon seul enfant. Parfois j'ai même envie de me suicider. »* (Chantal, 33ans)

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

4.1. Discussion des résultats de la recherche

Le travail ici consistera à comparer nos résultats avec ceux des travaux antérieurs précités dans la revue de littérature.

4.1.1. Facteurs explicatifs de rupture du couple

De l'analyse des résultats obtenus à l'issu de ce travail il ressort que plus de 53% des PVVIH enquêtées ont partagé avec leur conjoint(e) leur statut sérologique (tableau IV), à la suite de ce partage on a observé une dégradation de plus de 70% des relations entre mari et femme (graphique VI). Ces résultats se justifient par le fait que certaines personnes vivant avec le VIH que nous avons enquêtées sont aux prises avec des attitudes de stigmatisation, de discrimination et de rejet de la part de leur conjoint(e) et entourage ; ceci est bien justifié par les résultats présents dans le tableau VII qui nous montre clairement que ces PVVIH sont exclues d'évènements sociaux auxquels elles étaient acceptées avant le partage, d'autres sont insultées ou ridiculisées (65,38%). Ces attitudes sont le plus souvent nourries par des préjugés et autres clichés négatifs liés à la maladie du sida, mais il y a également l'ignorance de l'entourage concernant la maladie.

Certains de ces préjugés font croire que le simple contact physique avec un sujet infecté, ou avec un objet qu'il aurait utilisé pourrait constituer un risque de contamination au VIH. C'est le cas de l'enquêté Judicaël qui depuis 15ans n'a plus passé la nuit au côté de sa femme et cette dernière ne lui fait également plus la lessive mais l'exalte à passer loin d'elle avec sa maladie. Ces comportements exercent une pression de rupture sur les relations affectives. Les infectés se sentent ainsi abandonnés, rejetés, exclus de certains endroits à cause de leur statut de séropositif ; ils se replient donc sur eux-mêmes et se sentent

humiliés, bafoués... Cette rupture des liens de couple ou sa dégradation devient difficilement supportable et augmente ainsi leur stress psychologique et dégrade leur qualité de vie.

Ces résultats vont à peu près dans le même sens que plusieurs études qui abordent le vécu de l'infection au VIH, tel que l'étude conduite par Kouamé en 2012 à Abidjan qui montre que les répercussions psychosociales liées au VIH se traduisent principalement par des affects psychologiques, une dégradation de l'environnement socio-affectif et une préoccupation pour la vie du couple et la procréation et surviennent à la suite du pronostic de l'infection et du traitement, mais aussi en raison de la pression qu'exerce l'entourage social.

Au regard de ces résultats nous pouvons ainsi valider l'hypothèse 1 qui stipule que la stabilité des relations de couple dépend de l'attitude du conjoint(e) face à la séropositivité de son partenaire.

4.1.2. Les conséquences du partage chez les PVVIH de Nunkundido

Les résultats de notre étude, réalisée selon une approche tant quantitative que qualitative, montrent que les souffrances psychologiques sont bien présentes chez les PVVIH de Nunkundido et, au-delà, chez les personnes vivant avec le VIH à Cotonou. Elles s'expriment dans le tableau VIII à travers la culpabilité (69,23%), l'anxiété (76,92%), l'affaiblissement de l'estime de soi (46,15%), la dépression, le désir de mort (11,54%). Ces résultats vont dans le même sens que l'étude de Diakité (2002) portant sur la dépression chez les personnes vivant avec le VIH suivies à l'Unité de soins ambulatoires et de conseils (USAC) du CHU de Treichville d'Abidjan. Cette étude rapportait que différents affects psychologiques se rencontraient chez les patients atteints de VIH ; il s'agissait entre autres de la dépression, de l'anxiété, des idées de persécution, du pessimisme par rapport à l'avenir, des idées suicidaires, de l'abandon du traitement… Ces résultats se rapprochent également des affects psychologiques

nommés par Le Blond (2006) dans son analyse sur le parcours psychologique du séropositif ainsi que de Kouamé (2012). Les troubles psychologiques liés au VIH trouvent leur origine dans différents états émotionnels, auxquels sont confrontées les enquêtés.

Ainsi les PVVIH avec lesquelles nous avons discuté n'arrivent pas à oublier les circonstances douloureuses ou attristantes qui ont découlé du partage de leur statut sérologique, ce qui provoque davantage leur culpabilité ou un sentiment de colère. Il se lit également un regret, parce que au lieu d'avoir un soutien de la part de leur conjoint(e), se sont vu en majorité rejeter, abandonner par ceux-ci. L'impossibilité de guérir l'infection fait regretter également certains actes du passé, constituent des situations douloureuses pour les enquêtés qui regrettent amèrement. Le regret de la perte de l'indépendance sociale, financière et matérielle augmente aussi leur souci.

Les signes de dépression sont aussi fréquents chez les PVVIH rencontrées selon Halman (2001), la prévalence de la dépression chez les sujets à VIH/sida varie de 22 à 45 % ce qui n'est pas loin des résultats de notre étude qui fait 46,15% (tableau VIII). Elle constitue de plus un facteur important de risques de suicidaire, son évolution peu donc créer un sentiment d'insécurité. L'équilibre psychique est donc perturbé.

Toutes ces perturbations psychologiques et tous ces états émotionnels ont été rapportés, d'une manière générale, chez des patients d'autres cultures non africaines tels que Williams (2006), Thibault, (2006) et Jose, (1992).

Ainsi nous pouvons dire que les PVVIH subissent après leur partage des bouleversements émotifs (peur, anxiété, culpabilité, dénigrement, dépression), la perte de statut social (abandon, dépendance, problèmes économiques, dépendance), ainsi que des remises en question de leur projet de vie (refus de se remarier et d'avoir des enfants).

Au regard de tout ceci nous pouvons dire que l'hypothèse spécifique 2 est également validée.

4.2. Récapitulatif

Dans le présent travail, quand bien même nous n'avons pas pu estimer l'indice de relation entre les facteurs qui ont favorisé le partage et le vécu du couple après ce partage, le calcul de pourcentage ainsi que la répétition de certains propos des enquêtés nous ont permis de penser que certains facteurs qui ne sont pas forcément liés aux objectifs de l'OMS sont à la base du partage de statut sérologique. Il s'agit des facteurs comme le besoin de soutien financier, de la PTME, la crainte de mort…

Le partage n'est pas resté sans influence sur la stabilité du couple, et bien que nos résultats aient montré que il n'y a pas une corrélation entre le comportement des conjoints de nos enquêtés et leur statut sérologique, il est quand même à noter que la plupart de ces conjoint(e)s ont rejeté ou abandonné les PVVIH, après avoir été informé d'une manière ou d'une autre de la séropositivité au VIH de leur partenaire, ce qui montre que l'information relative à la séropositivité du couple, favorise un rejet ou une stigmatisation et la représentation que le partenaire a de la maladie crée donc des malentendus entre les conjoints, ce qui fait quitter l'un du foyer, impliquant ainsi une autre union avec tout ce que ceci implique comme risque de nouvelle contamination.

Nous pouvons donc dire en ce qui concerne les hypothèses de cette étude, qu'elles sont toutes confirmées.

La comparaison de nos résultats avec ceux des travaux antérieurs ne révèle pas un grand écart. Comme nous le savons, ces travaux ont été effectués majoritairement en Afrique, et les réalités étant les mêmes la fine écart serait dû au différent type de personnalité qui ont pris part à toutes ces études.

4.3. Recommandations

Suivant les différents stéréotypes que les gens ont du VIH, le partage ne se fait pas sans avoir une conséquence sur la stabilité ou non du couple. Ainsi nous jugeons nécessaires et utiles que ces recommandations soient prises en considération. Il s'agit de:

- Associer des psychologues à l'annonce ainsi qu'au partage du résultat de séropositivité au VIH. Puisque nous avons en effet constaté au cours de nos enquêtes que chaque mot utilisé au cours de l'annonce reste gravé dans la mémoire des personnes infectées, aussi il est à noter que les stéréotypes liés à la maladie du SIDA font que les gens rejettent et stigmatisent les PVVIH. Ainsi les psychologues qui utilisent la parole comme un outil principal de travail pourront :
  - Améliorer la représentation que l'on a du VIH/SIDA,
  - Aider les PVVIH à adopter leur vécu à la séropositivité sans grande difficulté,
  - Assurer un soutien et accompagnement psychologique adapté.
- Adopter un mécanisme de dépistage des hommes

CONCLUSION

Après leur dépistage 81,25% des PVVIH suivies à l'ONG ont partagé avec leur entourage, leur statut sérologique et spécifiquement 53,13% l'ont fait avec leur conjoint(e), dans l'espérance que ceux-ci leur apportent de soutiens et les aider à mieux suivre les traitements anti rétroviraux. Mais l'attente n'a pas été comblée puisque plus de 70% ont été confronté à la dégradation de leur relation de couple, cette dégradation de la vie de couple est due aux attitudes du partenaire vis-à-vis de la séropositivité de l'autre.

Les comportements enregistrés chez le partenaire de ces PVVIH étaient soit l'exclusion d'évènements sociaux, l'insulte, soit des attaques physiques ou verbales, soit l'abandon du foyer.

Les répercussions psychosociales associées à ces comportements sont de plusieurs ordres et se traduisent principalement par l'isolement, des préoccupations en lien avec la sexualité et la procréation, la cessation de relations de couple. Ces PVVIH sont donc déprimées, anxieuses, désespérées, affaiblissement de l'estime de soi… Il faut noter qu'une minorité de ces PVVIH a désiré mourir. Ces affects sont notamment liés aux pressions et attitudes du partenaire de ces PVVIH.

Au vu de tout ce qui précède, nous pouvons dire que le partage d'un statut sérologique avec son conjoint(e) et ceci quel que soit la sérologie de ce dernier a dans la majorité des cas des retombées psychologiques, et ceci à cause des attitudes du conjoint(e) vis-à-vis de la personne infectée tels que l'abandon du foyer, les attaques physique et verbale… Pour cela, il faudrait qu'une prise en charge psychologique bien définie soit intégrée aux soins attribués à ces PVVIH après le partage de leur sérologie afin de réduire l'ampleur de ces retombées.

Pour finir, nous reconnaissons que notre travail n'a pas abordé le problème de partage dans sa totalité, et que d'autres études pourront être faites sur d'autres aspects du problème. En somme, nous estimons que le partage du statut n'est pas sans dommage psychologique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Arcad/SIDA. Dialogue, échange, débat : les femmes maliennes font reculer ensemble le tabou de la séropositivité .2011 . P.1

2. Bott S, Obermeyer CM (2013) The social and gender context of HIV disclosure in sub-Saharan Africa: a review of policies and practices. SAHARA J 10(sup1):S5-16

3. Cellule Sectorielle de lutte contre le SIDA (CSLS).Politique et procédures de prise en charge antirétrovirale du VIH et du SIDA Secrétariat général Ministère de la santé. Juin 2010 (Abidjan)

4. CRIPS. femmes infection à VIH : Ressources documentaires et pédagogiques http:/www.aidsmap.com /V634436470425970000/Sile/1050707/hiv_women_FR.pdf- Site visité le 11 Octobre 2016.

5. Desclaux A. Msellati P. Sow K. les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du sud .Genre et accès universel à la prise en charge. Paris ANRS ; 2011.256.

6. Egger M., Hirschel B, Francioli P, et al impact of new antiretroviral combination therapies I HIV infected patient in Switzerland: Prospective multicenter study. SWISS HIV Cohort study.

7. EDSB IV Bénin 2011-2012

8. Julie coutherut: le partage du statut sérologique avec l'entourage,2012

9. Getillini M. : Médecine tropicale 5ème éd. Paris : Flammarion ; 1995. P.435

10. Obermeyer CM, Sankara A, Bastien V, Parsons M (2009) Gender and HIV testing in Burkina Faso: an exploratory study. Soc Sci Med 69(6):877–884

11.O'DONOVAN D. Aryashik ,Milligan P. et col. : Materal plasma viral RNA levels determine marked differences in mother –to – child transmission rates of HIV-1 and HIV- 2 in the Gamiba .AIDS ; 2000- P. 448

12.OMS Surveillance mondiale du SIDA. Rel Epidemiol Hebd ; 1999.74. 409-14

13.OMS Opening up the HIV / AIDS epidemic BOHS. 2000.

14.OMS (2000) Opening up the HIV/AIDS epidemic. L'épidémie de VIH/SIDA: en parler ouvertement. Principes directeurs pour la divulgation à des fins bénéfiques, le conseil au partenaire dans le respect de l'éthique, et l'emploi approprié de la déclaration des cas d'infection à VIH. Genève

15.ONUSIDA / OMS : le point sur l'épidémie de SIDA rapport spécial sur la prévention du VIH, décembre 2006. P. 34

16.ONU : Déclaration d'engagement sur le VIH /SIDA, résolution A / RES/S-62/2 de l'assemblée générale des Nations Unies ; 2001 P.1

17. Simona Toma ; Marlène Sartori, Kerstin weber bénéfice d'un accompagnement psychologique des personnes vivants avec le VIHwww.revmed.ch /RMS/2013/RMS-373/ Bénéfices d'un accompagnement psy des personnes vivant avec le VIH consulté le 20 Mai 2017

ANNEXE

Questionnaire

Nous enquêtons dans le cadre de notre mémoire de fin de cycle II en psychologie clinique. Nous essayons de comprendre et d'exposer les répercussions psychologiques liées au partage du résultat de séropositivité dans le couple.

Toute les informations que vous pourriez nous fournir, seront d'une grande utilité, et resteront confidentielles.

Merci pour votre collaboration.

Code questionnaire |__||__| Nom……..

Informations relatives aux données sociodémographiques

1- Quel âge avez-vous actuellement ? (*en année révolue*) |__||__| ans

2- Sexe : |__| masculin=1 ; |__| féminin=0

3- De quelle nationalité êtes-vous ? |__| Bénin=1 |__| Togo=2 |__| Ghana=3 |__| Nigéria=4 |__| Cote d'ivoire=5 |__| Congo=6 |__| Cameroun=7 |__| Sénégal=8 |__| autre=9

4- Quel est votre niveau d'instruction ? |__| primaire=1 ; |__| secondaire=2 ; |__| supérieur=3 ; |__| non instruit=0

5- Quelle est votre situation matrimoniale actuellement? |__| séparé(e) ou divorcé(e)=1 ; |__| marié(e)=2 ; |__| union libre=4 ; |__|.

6- Dans quel type de mariage étiez ou êtes-vous? |__| polygame=1 ; |__|monogame=2

Vie sociale

7- Depuis combien de temps êtes-vous séropositif ? |__| en mois.

8- Avez-vous partagé votre statut sérologique avec quelqu'un ? |__| oui=1 ; |__| non=0

9- Si oui avec qui ? et combien de temps après l'avez-vous informé ?

……

……

10- Si non pourquoi ?

……

……

11- Vous sentez-vous isolé ? |__| oui=1 ; |__| non=0

12- Avez-vous besoins de partager votre expérience ? |__| oui=1 ; |__| non=0

Relation avec le conjoint

13- Quel est le niveau d'instruction de votre conjoint ou conjointe? |__| primaire=1 ; |__| secondaire=2 ; |__| supérieur=3 ; |__| non instruit=0

14- Quelle est la sérologie de votre conjoint ou conjointe ? |__| positif ; |__| négatif ; |__| ne sait pas.

15- Comment avez-vous informé votre conjoint ou conjointe ?

……

……

16- Comment vous vous êtes sentis après avoir partagé votre statut avec votre conjoint ou conjointe ?

17- Quelle relation existe-t-il entre vous et votre conjoint ?

- Avant le dépistage :

  ……

  ……

  ……

- Après le dépistage :

  ……

  ……

  ……

18- Quel est la place qui vous est accordée dans le foyer ?

……

……

……

19- Votre partenaire se trouve-t-il mal à l'aise avec vous depuis qu'il a connaissance de votre sérologie ? |__| oui=1 ; |__| non=0

20- Avez-vous déjà été confronté aux situations suivantes à cause de votre statut ?

- Exclu d'évènements sociaux |__| oui=1 ; |__| non=0
- Abandonné (e) par votre conjoint |__| oui=1 ; |__| non=0

- Abandonné par les enfants |__| oui=1 ; |__| non=0
- Abandonné par d'autres membres de la famille |__| oui=1 ; |__| non=0
- Ridiculisé ou insulté verbalement |__| oui=1 ; |__| non=0
- Attaqué, violenté physiquement |__| oui=1 ; |__| non=0

21- Est-ce que des personnes de votre entourage connaissent votre statut sans que vous ne les informiez ? |__| oui ; |__| peut être ; |__| non.

22- Quelles sont les personnes que vous pensez être au courant de votre séropositivité même si vous ne leur avez rien dit ?

……

……

……

23- Comment avez-vous vécu les moments qui ont suivi, le partage de votre sérologie ?

……

……

……...

24- Qu'est-ce que vous auriez voulu qu'on fasse pour vous soulager ?

……

……

……

……

Merci pour votre collaboration.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE……..2
DEDICACE.....3
REMERCIEMENTS.....4
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....5
LISTE DES TABLEAUX.....6
LISTE DES GRAPHIQUES.....7
Résumé.....8
Abstract.....8
INTRODUCTION.....9
PREMIERE PARTIE : CADRES THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....12
CHAPITRE I : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE.....13
1.1. Revue de littérature ……. 13
1.2. Problématique.....18
1.2.1. Hypothèses de la recherche……...20
1.2.1.1. Hypothèse générale……..20
1.2.1.2. Hypothèses spécifiques……..…..20
1.2.2. Objectifs de la recherche……..20
1.2.2.1. Objectif général……..…..20
1.2.2.2. Objectifs spécifiques…….....20
1.3. Clarification conceptuelle…….20
1.3.1. VIH……...21
1.3.1.1. Définition et description……...21
1.3.1.2. Mode de transmission……..21
1.3.1.3. Mode de prévention…….23
1.3.2. Partage ……..24
1.3.3. Couple……..24

CHAPITRE II : CADRE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 25
2.1. Cadre physique de l'étude ……...25
2.1.1. Justification du thème de recherche et de l'espace de recherche…….25
2.1.1.1. Justification du thème de recherche……..…..…25
2.1.1.2. Justification de l'espace de recherche……...25
2.1.2. Présentation du site d'accueil……...26
2.1.3. Le personnel ……....27
2.2. Démarche méthodologique ……27
2.2.1. Nature de l'étude ……..……27
2.2.2. Population d'étude ……...28
2.2.2.1. Population cible ……....28
2.2.2.2. Echantillonnage ……28
2.2.3. Techniques et outils de collecte des données ……..29
2.2.3.1. Recherche documentaire……...29
2.2.3.2. Le questionnaire ……...29
2.2.3.3. L'observation ……30
2.2.4. Modes de traitement et d'analyse de données ……30
2.2.5. Difficultés ……30
DEUXIEME PARTIE :ENQUETE ET RESULTAT……32
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE…….33
3.1. Présentation des résultats ……33

3.1.1. Description des variables quantitatives ……..33

3.1.2. Résultat de l'enquête qualitative ……..44

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE ...49

4.1. Discussion ……49

4.1.1. Facteurs explicatifs de rupture du couple…….49

4.1.2. Les conséquences du partage ……50

4.2. Récapitulatifs ……..52

4.3. Recommandation ……....53

CONCLUSION…….…..54

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES……56

ANNEXE……58