

Université d'Abomey-Calavi

FAculté des **S**ciences **H**umaines et **S**ociales

(FASHS)

ANNALES DE LA FASHS
Nouvelle édition

N° 003 Décembre 2020
Volume 1

Adresse de contact

Annales de la FASHS

Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS), 01 BP 526

Cotonou, Rép. du Bénin, Tél./Fax +229 21360074

E-mail: viliho2004@yahoo.fr ; vincent.orekan@gmail.com

Téléphone : 00 229 21 04 29 09

Adresse de soumission d'articles

annales.fashs.uac@gmail.com

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.

ANNALES DE LA FASHS

Revue publiée par la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS)

COMITE DE PUBLICATION

Directrice de publication : Pr. Odile DOSSOU GUEDEGBE

Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Rédactrice en Chef : Dr (MC) Sylvie de CHACUS

Vice-Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Rédactrice en Chef-adjoint : Pr. Vincent O. A. OREKAN

Service Coopération, planification et communication FASHS

Sécétariat et mise en page : Dr Bruno MONTCHO

Division communication FASHS

CONSEIL SCIENTIFIQUE

N'BESSA Benoît (Professeur Emérite), HOUNDÉNOU Constant (Professeur Titulaire), BOKO Gabriel (Professeur Titulaire), HOUNSOUNON-TOLIN Paulin (Professeur Titulaire), CLÉDJO Placide (Professeur Titulaire), DOSSOU GUÈDÈGBÉ Odile (Professeur Titulaire), OGOUWALÉ Euloge, (Professeur Titulaire), TENTÉ A.H. Brice (Professeur Titulaire), VISSIN Expédit Wilfrid (Professeur Titulaire), AMOUZOUVI H. Dodji (Professeur Titulaire), BIO BIGOU B. Léon (Professeur Titulaire), KPATCHAVI Adolphe (Professeur Titulaire), TOHOZIN Antoine Yves (Professeur Titulaire), BAGODO Obarè (Professeur Titulaire), BAKO-ARIFARI Nassirou (Maître de Conférences), FOURN Elisabeth (Maître de Conférences), GONZALLO Germain (Professeur Titulaire), ORÉKAN O. A. Vincent (Professeur Titulaire), ADANHOUNME Eustache (Maître de Conférences), METINHOUE Pierre (Maître de Conférences), KISSEZOUNON Gervais (Maître de Conférences), ODOULAMI Léocadie (Professeur Titulaire), AZONHE Thierry (Maître de Conférences), DJOSSOU SEGLA Ariane (Maître de Conférences), GIBIGAYE Moussa (Maître de Conférences), HEDIBLE C. Sidonie (Maître de Conférences), HOUNGNIHIN Roch A. (Maître de Conférences), IMOROU Abou-Bakari (Maître de Conférences), OUASSA KOUARO Monique (Maître de Conférences), TCHIBOZO Romuald (Maître de Conférences), TOKO I. Ismaëla (Maître de Conférences), VIGNINOUE Toussaint (Maître de Conférences), YABI Ibouaïma (Maître de Conférences), AHOLOU Cyprien Maître de Conférences), de CHACUS Sylvie (Maître de Conférences), HOUNMENOU Jean-Claude (Professeur Titulaire), HOUESSOU Patrick (Professeur Titulaire), N'DAH Didier (Maître de Conférences), TOSSOU Rogatien (Maître de Conférences).

COMITE DE LECTURE

Les lecteurs (référés) sont des scientifiques choisis de par le monde selon les thématiques des articles.

BUT ET PUBLICATION

Les annales de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (Nouvelle édition) est une revue scientifique annuelle qui vise à publier des articles originaux dans les domaines des sciences géographique, sociologique, psychologique, de l'éducation, historique et philosophique. Les articles sont rédigés en Français ou en Anglais avec un résumé détaillé en une demi-page au maximum. Les auteurs, s'ayant régulièrement acquitté de leur frais de publication, bénéficient de la publication de leur article. Ils obtiennent le tiré à part de leurs articles après publication du numéro.

FRAIS DE PUBLICATION

La publication de tout manuscrit est conditionnée par le règlement préalable des frais de publication par les auteurs. Les frais de publication sont fixés à 50000 FCFA ou 77 € par manuscrit accepté.

ISSN : 1840-8583

Dépôt légal n° 10104 du 16 Janvier 2018. Bibliothèque nationale du Bénin, 1er trimestre

SOMMAIRE

Titres	Pages
LE GULMU (PAYS GULMANCE) ET LES VICISSITUDES DE LA POLITIQUE COLONIALE : 1895-1960 IDANI Salifou, TANAI Aboubakar	5
MIGRATIONS, MOBILITE DES TRAVAILLEUSES DE SEXE ET PROPAGATION DU SIDA EN CÔTE D'IVOIRE : 1981 -1999 ZRAN Toily Anicet	25
IMPORTANCE DES FORETS SACREES DANS LA PROTECTION DE L'ENVIRONNEMENT DANS LA COMMUNE DE COME AU SUD OUEST DU BENIN ADJAKPA Tchékpo Théodore	42
SEGMENTATION DES VISITEURS TOURISTIQUES DU MUSEE NATIONAL DU MALI DE 2005 À 2019 ET NOUVELLE POLITIQUE MUSEALE TESSOUGUE Moussa dit Martin, KEITA Daouda	68
DETERMINANTS DU CONSENTEMENT A SOUSCRIRE AUX STRUCTURES DE PRE-COLLECTE DES DECHETS SOLIDES MENAGERS PAR LES MENAGES NON ABONNES DANS L'ARRONDISSEMENT D'ABOMEY-CALAVI AU BENIN BONI Gratien	96
CARTOGRAPHIE DE LA DYNAMIQUE SPATIO-TEMPOREL DE L'OCCUPATION DES TERRES DANS L'ARRONDISSEMENT D'IFANGNI AU SUD-BENIN MAMA Adi, DJAUGA Mama, MAZO Ismaël, ABIALA Soulkifouli	111
PRATIQUE DE LA MIGRATION ET DEVELOPPEMENT DE LA COMMUNE DE DJOUGOU AU BÉNIN SOULEYMANE Modibo Karim Talata1, ATIKOU Ilalaou Mouhamadou ² , OUASSA KOUARO Monique ³	126
L'ENGAGEMENT ASSOCIATIF DES PERSONNES À LA RETRAITE DE CÔTE D'IVOIRE COMME MODÈLE DE "RÉINITIALISATION" IDENTITAIRE TOOWLYS Gnakouri Prosper Henri Exupère, DAYORO Zoguehi Arnaud Kevin	144

CONSCIENCE IDENTITAIRE ET PARTICIPATION CITOYENNE AU BENIN : ANALYSE DE PERCEPTIONS ET D'OPINIONS ISSUES D'ENQUETES AFROBAROMETRE CHABI IMOROU Azizou	165
LE CONSOMMATEUR ET L'INFLUENCE PSYCHOLOGIQUE DE LA PUBLICITÉ DANS SA DÉCISION D'ACHAT MEHINTO Michel Mètonou, de CHACUS Sylvie V. & HONVOU S. Olivier	188
INFLUENCE PSYCHOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS ET ATTITUDES DE L'ENTOURAGE SUR LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH/SIDA DANS UNE MAISON D'ACCUEIL AU TOGO MENDOUNA Séma, FIOSSI KPADONOU Emilie, HOUESSOU Patrick (3) & BOKO Coovi Gabriel	206
QUAND L'ECOLE NE RASSURE PLUS A L'EMPLOI : ANALYSE DES DETERMINANTS DE L'ABANDON DES ETUDES PAR LES JEUNES YORUBA POUR LA PRATIQUE DU COMMERCE A PORTO-NOVO AHOUANDJINOU Raymond-Bernard· TOSSOU Jean Tata, ASSOGBA Cédric	223

**INFLUENCE PSYCHOLOGIQUE DES COMPORTEMENTS ET
ATTITUDES DE L'ENTOURAGE SUR LES PERSONNES VIVANT
AVEC LE VIH/SIDA DANS UNE MAISON D'ACCUEIL AU TOGO**

**PSYCHOLOGICAL INFLUENCE OF THE BEHAVIORS AND
ATTITUDES OF THE FAMILY CIRCLE PERSONS ON PEOPLE
LIVING WITH HIV / AIDS IN A GUEST HOUSE IN TOGO**

**MENDOUNA Séma ⁽¹⁾, FIOSSI KPADONOU Emilie ⁽²⁾, HOUSSOU
Patrick ⁽³⁾ & BOKO Coovi Gabriel ⁽⁴⁾**

(1) Ecole Doctorale Pluridisciplinaire Espaces, Cultures
et Développement, Université d'Abomey-Calavi/Bénin,
Doctorant en Psychologie Clinique, Tél : (00229) 63525384.
E-mail : sema.marcel@gmail.com. **Auteur correspondant**

(2) Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey-Calavi, (UAC)/Bénin,
Professeur Titulaire de Pédopsychiatrie, Tél : (00229) 97588927.
E-mail : kpaddonou_emilie@yahoo.fr

(3) Département des Sciences de l'Education et de la Formation,
Université d'Abomey-Calavi/Bénin, Professeur Titulaire des Sciences
de l'Education, Tél : (00229) 96605806. E-mail : yelindopatrick@yahoo.fr

(4) Département des Sciences de l'Education et de la Formation,
Université d'Abomey-Calavi/Bénin, Professeur Titulaire de Psychopédagogie
Tél : (00229) 97249649. E-mail : gabricoovibok@hotmail.com

Résumé

La présente étude analyse la détresse psychologique des personnes vivant avec le VIH/Sida, liée à leur vécu face aux comportements et attitudes de l'entourage. Elle s'appuie sur une collecte de données, réalisée par un entretien et un questionnaire auprès de 131 sujets, dont 123 PVVIH et 08 personnes ressources de la Maison « Vivre l'Espérance » de Dapaong au Togo. L'échantillonnage a été à choix raisonné. Des résultats obtenus, on comprend que les PVVIH/Sida éprouvent, dans leur vécu lié à l'infection au VIH, un sentiment d'immoralité, d'atteinte narcissique, d'effondrement de l'image de soi, de la déception, de l'angoisse, de la culpabilité, de la honte, se disent qu'ils ont échoué dans leur vie. Ce tableau est une conséquence, partielle du regard stigmatisant que porte l'entourage sur eux. L'entourage, de par son comportement, joue donc un rôle néfaste dans l'évolution de la détresse psychologique observée chez les PVVIH. Partant, les résultats montrent que lorsque la personne vivant avec le VIH vit négativement les comportements et les attitudes que son entourage familial et

socioprofessionnel manifeste à son égard, son vécu et son état psychologique se dégradent.

Mots-clés : détresse psychologique ; PVVIH ; vécu ; culpabilité ; Dapaong/TOGO.

Abstract

This research analyzes the psychological distress of people living with HIV / AIDS arising from their experiences with the behaviours of those around them. It is based on the literature search, data collection carried out with the clinical interview and the questionnaire with 123 HIV - Positive selected using the so-called "all-round" sampling technique. Data collection was done at the Maguy house of the association living in hope. The results lead us to conclude that HIV- positive / AIDS experience in the experience of HIV infection, a feeling of immorality, narcissistic attack, collapse of self-image, disappointment, loss of anguish, guilt, shame for the failure of their lives. This table, based on the research data, is partly the result of the stigmatizing view of the patients' entourage on the latter. The entourage, by its behaviour, has a responsibility in the evolution of the psychological distress observed with the HIV-positive. Consequently, the results show that when the HIV- positive lives negatively the behaviours that his close entourage has, with respect to him.

Keywords: *psychological distress; PVVIH; lived ; guilt ; Dapaong/TOGO.*

Introduction

Le nombre d'infectées par le VIH/Sida dans le monde est estimé à 38 millions de personnes dont 25,8 millions vivant en Afrique (ONUSIDA, 2019). Le rapport de l'ONUSIDA fait état en 2019 de ce que 1,7 million de personnes ont été infectées et 690 000 personnes sont mortes de causes liées au Sida. Le Sida apparaît donc comme la cause principale de la mortalité en Afrique et la quatrième cause de mortalité à l'échelle mondiale (C. Tsafack Temah, 2009, p. 74). Au Togo, la prévalence du VIH évaluée lors de la troisième enquête démographique et de santé (EDST-III) est de 2,5% dans la population sexuellement active de 15-49 ans. Cette prévalence du VIH est deux fois plus élevée chez la femme (3.1%) que chez l'homme (1.7%) (Conseil National de Lutte Contre le Sida et les Infections Sexuellement Transmissible, 2015). Elle était estimée à 5,9 % en 2000, mais a connu une réduction de moitié en quinze ans selon le rapport CNLS-IST (2015). Une disparité au niveau des régions et au niveau des lieux de résidence est observée sur le plan du profil épidémiologique spatial du VIH au Togo. En effet, la prévalence du VIH est plus élevée dans les

régions méridionales (Lomé 3.4% ; région maritime : 3%) que dans les régions septentrionales (Kara : 1.8%, Savanes : 0.3%) (République Togolaise, EDST-III, 2015). De ces prévalences, il s'observe que le VIH/SIDA n'épargne personne, quels que soient le sexe et la race, et nul n'ignore aujourd'hui sa gravité et son intensité sur les malades.

La gravité et la durée de toute pathologie renvoient souvent à une épreuve qui peut marquer durablement, le corps, l'état psychique et la vie sociale de l'individu. Les défenses psychologiques du malade s'en trouvent ébranlées, ce qui crée bien des fois chez ce dernier, un processus de décompensation psychique (BERPS, 2006). De même, la gravité propre de la maladie et l'organisation de la personnalité pré morbide du malade sont des facteurs de décompensation et dépendent aussi de la capacité d'adaptation du sujet. On comprend de plus en plus qu'il existe une interaction entre l'esprit et le soma ; deux entités distinctes formant la personne.

L'infection au VIH peut être un exemple de pathologie somato-psychique, du fait qu'elle appose son caractère chronique et sa gravité sur l'atteinte de la personne entière. L'ampleur des conséquences drainées par cette pathologie n'est pas des moindres. Notons qu'au Togo, 37,9 % de personnes vivant avec le VIH/Sida (soit deux personnes sur cinq) ont vécu au moins une expérience de stigmatisation et/ou de discrimination de la part d'autres personnes au cours des 12 derniers mois (CNLS-IST, 2015). C'est la preuve que les personnes vivantes avec le VIH/Sida subissent les affres des commérages, de l'exclusion sociale, familiale..., de la part leur environnement.

Les données empiriques ne contredisent pas cet état de choses, malgré l'existence de nombre d'associations et services de prise en charge des PVVIH/Sida, dans le cadre des investigations de cette recherche. L'exemple en est qu'au sein des associations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida, comme AIDE MÉDICALE ET CHARITÉ (AMC), LONLONYON, basée à Lomé, et à la Maison d'Accueil "MAGUY" de Dapaong, nous avons constaté que les PVVIH/Sida se plaignent d'une exclusion de la part de leurs familles et entourage. Ces personnes déclarent que cette exclusion les amène à regretter leur vie, car cela les plonge dans une grande culpabilité et les amène à diaboliser la maladie. L'autre constat, effectué à la maison « Vivre l'Espérance », sise dans la ville de Dapaong, est l'observation de propos incohérents auprès de certains patients tardivement pris en charge, à un stade très évolué de la maladie. La stigmatisation de la maladie et les critiques souvent proférées à l'endroit des personnes contaminées amènent les nouveaux dépistés à dénier tout résultat confirmant leur état sérologique positif. Leur état de santé dénié les plonge dans une angoisse qui débouche la plupart du temps, selon leurs propos, sur des états d'insomnie, de fatigue excessive, de douleurs chroniques,

de dégoût à la vie. Ces différents constats viennent une fois encore poser la problématique de l'accompagnement psychologique en amont et en aval de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH/Sida. La réussite de l'accompagnement psychologique de ces personnes dépend des conditions de la prise en charge. Bien des fois, les objectifs ne sont pas atteints, quant aux résultats escomptés. C'est le constat fait à la maison Vivre l'Espérance de Dapaong au nord Togo, où, malgré le soutien psychologique et social aux patients, on note toujours des problèmes particuliers liés à leur vécu négatif de la pathologie. Il y a donc nécessité de faire participer spécifiquement l'entourage et plus particulièrement les familles à la prise en charge, dans l'espoir d'amoinrir les difficultés d'ordre affectif, social, sexuel, professionnel et psychologique constatées (A. Diarra et A. Moumouni, 2018, p. 3 ; 4).

Des divers constats liés à la gestion de leur pathologie, nous avons remarqué que les PVVIH vivaient mal leurs relations avec l'entourage. Cette situation nous a amené à nous interroger : en quels termes s'exprime le vécu psychologique des PVVIH de la maison Vivre l'Espérance de Dapaong et quelle est l'influence de leur entourage social sur l'évolution à leur état de santé ? Afin d'obtenir une réponse à cette question, nous avons été amené à investiguer la problématique du vécu psychologique des PVVIH à la maison vivre l'espérance de Dapaong.

1. Brève présentation du cadre de la recherche

La recherche a été menée à la maison d'accueil Maguy de l'association vivre dans l'espérance du Togo. Cette association est basée à Dapaong dans la région des savanes située à plus de 600 km de Lomé. Créée en 1998 à l'initiative des sœurs Augustines, de son personnel, celui du CHR, ainsi que des religieux et laïcs du diocèse de Dapaong, l'objectif premier de cette association a été l'explication du logo. Pour cette association, le sida touche le cœur de l'homme et brise toute sa vie entière. Au creux du cœur brisé par la souffrance se trouve l'humiliation, le désespoir. L'association essaie, par son écoute, son accompagnement, ses soins, de rallumer le feu de l'espérance en remettant l'homme debout et en lui redonnant un nouveau goût à la vie, l'espoir, le sourire la confiance, même si cela ne dure que quelques minutes, quelques mois, et pourquoi pas, quelques années. La spécificité de la maison d'accueil de cette association est qu'elle n'est pas considérée comme un hôpital, mais comme une maison familiale où tous les exclus du Sida trouvent paix, joie et accueil ; cette ambiance est spécifique à Maguy. La maison d'accueil Maguy comprend une salle de conseil, une pharmacie, une salle de consultation des salles de soins sanitaires un bureau pour le personnel et une salle de couture pour des activités occupationnelles.

2. Approche méthodologique de la recherche

Notre étude est aussi bien quantitative que qualitative. 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 du comportement et du vécu des patients ciblés par l'enquête.

L'étude s'est focalisée sur trois catégories d'acteurs. Il s'agit d'abord des patients accompagnés par la maison d'accueil Maguy de l'association vivre dans l'espérance, car ils sont les premiers acteurs à être concernés par le phénomène. Une autre catégorie d'acteurs, identifiée dans le cadre de cette étude est constituée du personnel du centre. Ils sont retenus, car sont indirectement concernés par le phénomène abordé et sont susceptibles de nous fournir des informations sur le vécu des patients qu'ils accompagnent. La troisième catégorie de cible est constituée des personnes ressources spécialistes et expertes des questions liées au VIH/Sida. Nous les avons approchés parce qu'ils sont susceptibles de nous fournir des informations utiles et exploitables sur la prise en charge globale de l'affection.

La technique d'échantillonnage utilisée pour identifier les trois catégories d'acteurs est basée sur un choix raisonné. L'échantillon des patients est composé de tous les PVVIH/Sida des deux sexes, adultes (âge supérieur à 18 ans), consultés et pris en charge par l'Association Vivre dans l'espérance au niveau du centre Maguy, au cours de notre période d'étude. Comme critères, il fallait être un malade ayant fait un test de dépistage de VIH/Sida au centre Maguy et/ou référé par d'autres institutions sanitaires de la région (CDVA, CHR, services de pédiatrie) pour une prise en charge médicale, psychologique et psychosociale. Nous avons donc exclu de cette étude, les malades ayant un âge inférieur à 18 ans, des deux sexes et ceux chez qui le test de dépistage n'a pas été réalisé ou est indéterminé. Ces critères appliqués à cette catégorie de cible nous a permis d'avoir un échantillon d'une taille de 123 patients. Pour le personnel du centre, il fallait :

- Être un intervenant reconnu comme employé au centre ;
- Avoir au moins deux ans d'expérience dans ce domaine ;
- Avoir reçu une formation dans le domaine ;
- Être disponible à répondre aux questions liées à la recherche.

Pour ce qui est des experts et personnes ressources, il faut avoir une connaissance approfondie sur la question du VIH/Sida. Ces critères appliqués à ces cibles nous ont permis d'obtenir 08 experts et personnes ressources. Au total, 131 personnes ont été enquêtées, dont 123 patients et 08 experts et personnes ressources, pour le compte de cette recherche.

Quatre techniques de collecte de données ont été employées pour mener à bien la collecte des données empiriques. Il a été question de la recherche documentaire, de l'administration de questionnaire, et de l'entretien semi-structuré. Les outils correspondant respectivement à ces procédés sont la grille de lecture, le questionnaire et le guide d'entretien.

Les données collectées ont été structurées de façon à être analysées efficacement. La première étape de notre travail a consisté en la transcription intégrale des informations recueillies auprès de chaque personne interrogée à l'aide du logiciel de traitement de texte Word. Ensuite a suivi le traitement des données. Pour ce faire, les informations recueillies par le biais du guide d'entretien ont été soumises à un traitement qui a consisté à rechercher des similitudes dans les descriptions et à faire des catégorisations par axe d'analyse et à en faire une synthèse. Nous avons par la suite fait usage de l'analyse de contenu pour la catégorisation des informations issues du guide d'entretien. Ces analyses ont suivi les axes de la structuration faite lors du traitement. Nous avons fait des croisements de variables, soit à l'intérieur de la même catégorie d'acteurs, soit en inter-catégorie ; puis une comparaison des éléments dégagés de l'analyse avec les tendances ressorties de la littérature. Pour les données quantitatives recueillies, l'analyse a été fondée sur les méthodes statistiques permettant de dégager des tendances, exprimées en pourcentages, et d'élaborer des tableaux récapitulatifs. Pour ce faire, le logiciel informatique Excel a été d'une grande aide.

3. Présentation des résultats de la recherche

Cette rubrique est consacrée essentiellement à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus auprès des PVVIH, des agents du centre ainsi que des personnes ressources. Ces résultats se présentent sous forme de tableaux, de figures et d'extraits d'entretien, sous forme d'encadré. Une discussion fait suite aux résultats.

3.1. Profil sociodémographique des patients enquêtés

Ont été identifiés : le sexe, l'ethnie, la religion, la tranche d'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, la profession, des patients retenus dans le cadre de l'étude (confer tableau N°1).

Tableau N°1 : Répartition des patients enquêtés selon le profil sociodémographique

Sexe	N	%
Féminin	99	80,49
Masculin	24	19,51
Ethnie		
Moba	90	73,17
Gourma	06	4,88
Kabye	07	5,69
Nawda	04	3,25
Kotokoli	03	2,43
Nago-Haoussa	04	3,25
Tchokossi	04	3,25
Mossi	02	1,62
Peulh	03	2,43
Religion		
Religion catholique	77	62,60
Religion protestant	20	16,26
Islam	17	13,82
Religion endogène	09	07,32
Tranche d'âge		
18 ans	01	0,81
19-25 ans	09	7,32
26-35 ans	62	50,41
36-45 ans	47	38,21
46-55 ans	04	3,25
Situation matrimoniale		
Marié polygame	19	15,45
Célibataire	17	13,82
Divorcés	29	23,58
Veuf (ve)	28	22,76
Marié monogame	30	24,39
Niveau d'instruction		
Sans instruction	29	23,58
Niveau primaire	45	36,59
Niveau secondaire		
2 ^{ème} degré	39	31,71
3 ^{ème} degré	05	4,07
Niveau supérieur	05	4,07
Profession		
Ménagère	45	36,59
Revendeur (se) et commerçant(e)	25	20,33
Activités libérales	40	32,52
Fonction d'État	11	08,94
Élève	02	01,62
TOTAL	123	100,00

Source : Données de terrain_2019

3.2. Vécu psychologique lié à l'infection au VIH/SIDA

Les patients enquêtés ont fait part de leur vécu lié à leur infection au VIH et/ou à la maladie Sida. La figure 1 en fait état.

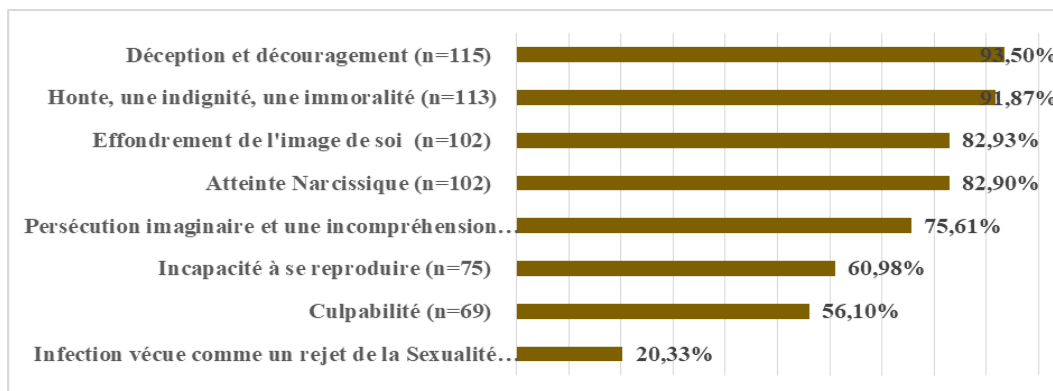


Figure 2 : Répartition des patients suivant leur vécu psychologique de l'infection au VIH

Source : Données de terrain 2019

En matière de vécu de la pathologie, le personnel nous fait part de ce suit :

Encadré n°1 :

« [...] Cette dame que vous voyez est venue consulter pour les préventions primaires. À l'annonce de son résultat de dépistage, elle a gardé le silence pendant un bon moment et une fois à la maison, elle a voulu se suicider parce qu'elle venait de réaliser que son avenir n'avait plus sa place. Elle a partagé le résultat deux semaines plus tard avec sa tante et son mari. Quand elle a eu sa première dermatose, ses parents lui ont donné sa case à part à l'entrée de la maison. Quand elle a eu sa première crise de diarrhée, tout le quartier venait par curiosité la saluer et tellement elle a eu honte. Elle a arrêté son travail de coiffeuse. Elle a eu peur de la mort, mais souhaitait mourir sans vivre la douleur atroce. Dans le quartier on l'insulte " Sidéen" et pire ces clientes sont parties [...] ». [Extrait d'entretien avec G.S., personnel du centre, 36 ans].

L'analyse de ce discours nous permet de noter chez cette patiente, la perte de ses amis et clients, le désir de se donner la mort, le rejet de la douleur de séparation et l'isolement familial.

3.3. Comportements et attitudes de l'entourage des PVVIH

Les données de terrain nous ont permis de catégoriser les comportements de l'entourage en des comportements négatifs et comportements positifs.

3.3.1. Comportements et attitudes positifs

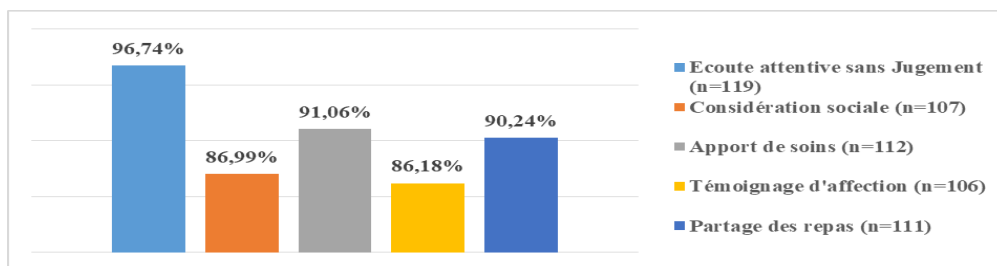


Figure 2 : Répartition des patients suivant les fréquences des comportements et attitudes positives de l'entourage

Source : Données de terrain_2019

Voici ce que nous a confié un patient à ce propos :

Encadré n°2 :

« [...] C'était lui qui me donnait les frais de transport quand je viens prendre mes produits. Nous sommes des frères consanguins [...] ». [Extrait d'entretien avec S.M., patient, 36 ans].

3.3.2. Comportements et attitudes négatifs

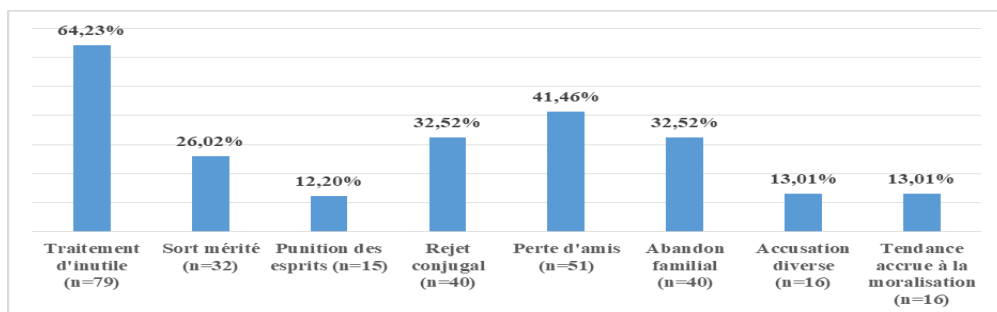


Figure 3 : Répartition des patients suivant les fréquences des comportements et attitudes négatives de l'entourage

Source : Données de terrain_2019

Pour B. J., servante de bar, voici ce qu'elle nous livre comme vécu :

Encadré n°3 :

« [...] Je suis de l'ethnie moba, et je suis servante de bar. J'ai fait mon test de dépistage parce que je tombais malade régulièrement. À l'annonce de mon résultat je me suis mise à verser les larmes. Le reste de ma vie n'avait plus de sens. J'ai a passé deux semaines sans dormir et chaque jour une question me revenait : " je ne pourrai plus me marier. " Quand j'ai eu ma première toux chronique, mes parents m'ont donné un soutien affectif très fort : " mon père chaque matin, allait me chercher mon petit-déjeuner, ma mère me lavait et tous les autres frères venaient me voir une fois dans la journée. " Alors avec ce traitement j'ai récupéré et passe prendre mon traitement tous les jours. Mais de temps à autre l'idée de l'infection me revient, mais mon entourage me donne tout ce dont j'ai besoin [...] ». [Extrait d'entretien avec B.J., servante de bar, 29 ans].

Toujours sur cet aspect de vécu de la maladie, un expert nous raconte ces aventures :

Encadré n°4 :

« [...] J'ai accompagné une dame il y a de cela deux ans déjà. Elle est coiffeuse de profession, mariée, mère de cinq enfants. Elle est tombée malade longtemps son mari, un personnel de santé décide de lui faire un test de dépistage au VIH sans l'avertir. Il ramène le résultat positif, se fâche, menace la dame et finit par lui dire qu'elle a le sida, car son résultat est positif. La dame se met à pleurer et le mari se met à l'insulter il part faire son test à lui qui est négatif, dès lors il ne mange plus à la maison, ne dort plus à la maison ses arguments sont multiples. IL veut renvoyer la dame. La dame a des idées suicidaires, d'abandon et passe tout le temps à pleurer remettant sa vie et celle des enfants en cause [...] ». [Extrait d'entretien avec K.S., expert, 51 ans].

3.4. Évolution du vécu psychologique des PVVIH

Le vécu des PVVIH sur ce site vient bouleverser le cours normal des choses. Sa gestion représente un défi aussi bien pour les PVVIH que pour le personnel soignant.

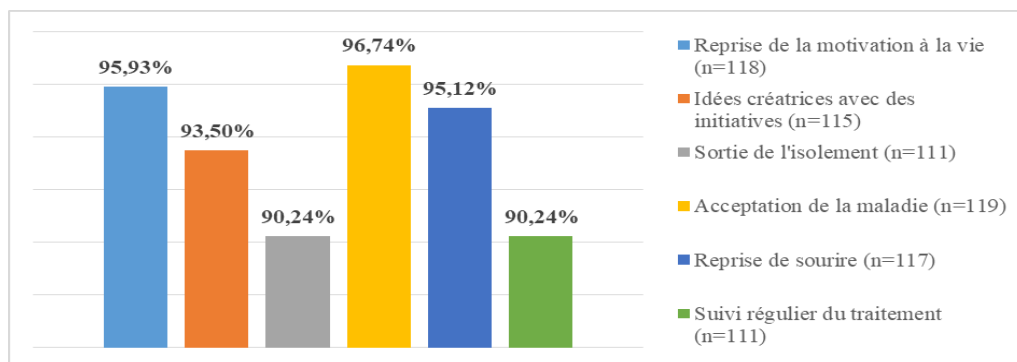


Figure 4 : Répartition des patients suivant les fréquences d'évolution positive du vécu de la maladie

Source : Données de terrain_2019

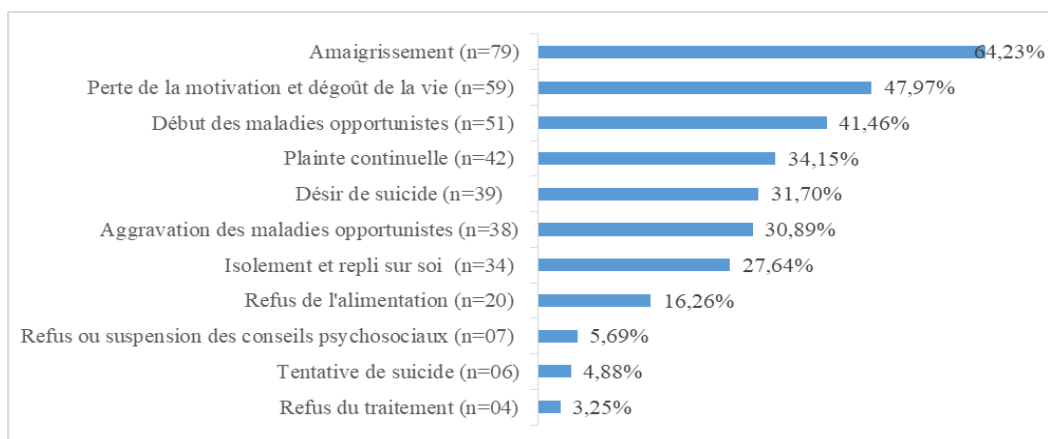


Figure 5 : Répartition des patients suivant les fréquences d'évolution négative du vécu psychologique de l'infection au VIH/SIDA

4. Discussion des résultats de la recherche

4.1. Variables sociodémographiques

De l'observation des données, il se dégage :

- Une prédominance du sexe féminin, 80,49%, versus 19,51 pour le sexe masculin ;
- Les patients appartiennent pour la plupart au groupe Moba (73,17%). Les Mossi sont faiblement représentés (1,62%) ;
- Dans le centre, les patients sont surtout des personnes sexuellement actives ;

- L'âge des patients se situe entre 18 ans et 55 ans avec une moyenne de 36 ans. Les patients de 26-35 ans sont majoritaires (50,41%) suivi de ceux de 36-45ans (38,21%).
- Parmi les patients identifiés, on a une forte prédominance de chrétiens catholiques ; ils représentent plus de la moitié (62,60%). Ils sont suivis par les chrétiens protestants, qui font un peu plus du dixième (16,26) ; les musulmans font 13,82% ;
- Le VIH/SIDA semble se localiser dans les familles monogames représentées par près du quart de la population enquêtée (24,39%) et des divorcés (23,58%). Les veuves ne sont pas loin dans la classification (22,76%) ;
- Les patients enquêtés sont surtout du niveau primaire (36,59%), suivis de ceux du niveau secondaire ;
- Il y a prédominance des femmes au foyer, elles sont plus du tiers de la population enquêtée (36,59%), suivies de personnes qui sont dans la fonction libérale (32,52%). Les élèves sont minoritaires (01,62%).

4.2. Variables psychologiques

Nous notons à travers la figure 1 présentée plus haut, une forte prédominance des patients qui vivent leur infection comme une déception et un découragement dans leur vie (93,50%) suivie par ceux qui vivent leur infection comme une honte, une indignité et une immoralité (91,87%). Ceux qui la vivent comme un rejet de la sexualité sont faiblement représentés (20,33%). Au regard de ces données, la compréhension du vécu des PVVIH demande donc qu'on interroge chacun des éléments qui influent sur ce vécu. Cependant, pour une stabilité psychique des PVVIH, on doit plutôt voir en derniers, celles qui sont confrontées à diverses sortes de problèmes en vue d'une meilleure prise en charge médico-psycho sociale. L'analyse fait aussi état de ce qu'on note une bonne prédominance (figure 2) des patients qui sont écoutés attentivement sans jugement (96,74%) suivi de ceux qui bénéficient d'un apport de soins (91,06%) et d'un partage de repas (90,24%). L'accord d'importance et témoignage d'affection ne sont pas à négliger. Ils sont représentés par 86,99% et 86,18%. Pour la plupart, les formes d'aide sont multiples et déterminées par les types de relations que les malades entretiennent avec leur environnement social et familial. Les aides familiales sont assez sélectives. En effet seules les personnes mises au courant de l'annonce et entretenant une relation de confiance avec les patients sont concernées. Il y en a qui évoluent dans la clandestinité de leur statut. Ceux-ci se cachent pour prendre leurs médicaments. Ils disposent de leurs propres lieux de cachette : valise, poches, etc. Ils prennent toutes les précautions pour ne pas se faire surprendre : « [...] Je prends mes médicaments sur mon lieu de commerce [...] ». [Extrait d'entretien avec Y.W., patient, 42 ans]. Ceci

dénote de la stigmatisation dont sont victimes les PVVIH dans leurs environnements au quotidien. D'ailleurs, les résultats montrent que 64,23% des patients sont traités d'inutiles par leur entourage ; (41,46%) ont perdu leurs amis à cause de l'infection ; (32,52%) ont été rejetés sur le plan conjugal et abandonné par leur famille. Ceux pour qui on trouve que l'infection est une punition des esprits sont faiblement représentés (12,20%). C'est dire que lorsque la PVVIH n'est pas soutenue par sa famille ni son entourage, elle peut basculer vers des idées de suicide. Mais malgré cet état de choses, plus de 90% (figure 4) des patients ont leur vécu qui évolue positivement. 96,74% acceptent la maladie et plus de 95% ont des motivations et reprennent le sourire. Par contre, 64,23% des patients (figure 5) ont un vécu qui évolue négativement par un amaigrissement ; suivi de (47,97%) qui perdent la motivation et ont un dégoût de la vie. (03,25%) des patients dans l'évolution négative du vécu refusent ou suspendent le traitement.

On arrive à la synthèse que sur le plan psychologique, le vécu des PVVIH traduit l'état d'un sujet confronté à la dure réalité de cette infection. D'abord le sujet considère son état comme un coup d'arrêt à ses projets et une fin de vie précoce, étant donné que dans leurs expériences quotidiennes le sujet PVVIH /SIDA connaît une dégradation de son état de santé ou se sent voué à la mort (PNLS/IST, 2000). Dans cet état, la personne semble perdre le goût à une vie, qui du reste est déjà assez bouleversée, jalonnée de nombreux soubresauts. Ensuite, confronté à son expérience de PVVIH, le sujet vit un certain nombre de ruptures sur le plan relationnel, conjugal, familial et professionnel.

Les discours soulèvent le problème des rapports des PVVIH avec leur entourage. En effet, l'arrivée de la maladie entraîne des conséquences qui se traduisent souvent par une recomposition des rapports familiaux, parfois en termes de rupture, d'abandon ou de rejet, mais aussi de rapprochement, entre proches d'une part, et d'autre part entre parents et enfants, comme l'a souligné A. Tijou Traoré (2006). Pour cet auteur, le rejet fait partie des formes de discriminations que subissent les patients dans leurs relations avec leurs milieux sociaux d'appartenance.

Pendant les investigations dans le cadre de la présente étude, nous avons relevé diverses formes de rejet. Il s'agit en particulier du rejet par les membres de la famille. Ce rejet au sein de la famille, comme nous l'avons vu, peut se limiter à la mise à l'écart du malade lors des repas. Par ailleurs, l'effet de surprise créé par l'annonce est ressenti par beaucoup comme un événement difficile suivi d'un traumatisme psychologique dont la gestion n'a pas manqué de provoquer des soubresauts à l'intérieur du couple. Ceux-ci ont connu parfois une rupture des liens conjugaux, parfois suivis de divorce. Face à ce constat, A. Tijou Traoré

(2006, p. 42), pense que les processus qui conduisent au divorce ne mettent pas toujours en avant les raisons cachées qui ont motivé la décision des acteurs. L'image négative véhiculée par la société autour de la maladie explique cette décision de certains conjoints/conjointes. Aussi, le recours au divorce n'est-il souvent qu'un prétexte pour se disculper vis-à-vis de l'entourage, en jetant l'anathème sur l'autre. Une telle logique est symptomatique des conjoints qui s'auto-déclarent séronégatifs sans pourtant passer par un test de dépistage avéré. Dans les conditions de peur extrême, du rejet, B. Kanté (2011), fait savoir que la seule alternative pour les malades est le repli sur soi. Ils se retirent de tous les cadres sociaux qu'ils considèrent comme des espaces potentiels de stigmatisation. Ces inquiétudes sont généralement le fait de personnes physiquement diminuées par les effets de l'infection, par exemple amaigries par la maladie et qui craignent d'être identifiées d'emblée comme séropositives.

Aussi la prise de conscience de leurs incapacités quasi définitives à se reproduire normalement comme les autres, semble les placer désormais dans une atmosphère, sans intérêt. Ils sont confrontés à la dure expérience d'une maladie chronique, incurable qui nécessite un traitement à vie et qui confère à tout état de santé, une sorte de soucis d'un épisode grave imprévisible ou d'une mort (D. Jayles et G. Pialoux, 1996, p. 475). L'évolution de ce vécu peut paraître imprévisible et se traduit par un arrêt ou refus de toute initiative de traitements, le repli sur soi, une aggravation de l'état de santé et le désir de mort, sur un fond d'un dégoût prononcé de la vie.

F. Doutrepont (1998, p. 56) a été plus explicites à ce sujet lorsqu'il dit que la maladie est vécue comme un état négatif. Ainsi, lorsque la somme des forces psychologiques négatives est supérieure à celle des forces psychologiques positives, il se fait une entrée dans la maladie, et par extension une aggravation de l'état de santé. L'auteur explique cela par l'anxiété des suites du moment présent, de la possibilité de complication et la présence de menaces de nouvelle souffrance, voire de destruction qui hante le sujet. Dans cet état psychologique, le diagnostic et le pronostic du médecin, auront selon M. C. Moulinier (1998, p. 102), deux fonctions contradictoires : il s'agit d'abord de la confirmation de l'état de maladie qui constitue un danger pour le sujet. Ensuite, ils représentent un espoir, devant lequel seul le médecin est capable d'apporter une aide. Dans tous les cas, suivant la solution de ce conflit, le malade acceptera ou refusera la consultation du médecin. Le médecin devient alors le centre d'intérêt du patient qui transfère sur lui plusieurs réactions qui ont fait l'objet d'étude chez M. C. Moulinier (1998). En effet, selon ce dernier, les réactions du patient face au soignant sont essentiellement la dépendance, la confiance, l'admiration, la séduction, la méfiance et l'objectivité, selon le degré de satisfaction. Mais dans

le cadre de l'infection à VIH/Sida, dont le pronostic est vécu comme fatal, mortel et pour laquelle il n'existe pas de traitements curatifs reconnus comme tels à ce jour, le médecin se trouve dans une situation inconfortable. Il devient alors, un annonceur de mort, un persécuteur ou un soignant inefficace. Tout ceci accentue le désespoir du patient qui est dans une situation d'attente d'une mort programmée.

En outre, le vécu de l'infection à VIH/Sida comme une indignité et une immoralité traduit le fonctionnement psychologique de ces patients (PNLS, 2004). Un tel vécu est lié à une interprétation moralisante de l'infection à VIH/Sida que l'entourage qualifie d'inconduite sexuelle, et plus généralement de violation des mœurs religieuses ou sociales (AIDE, 1999). En effet, l'entourage des PVVIH/Sida traite souvent ceux-ci d'inutiles et estime qu'ils méritent leur sort de personnes punies par les esprits ou par Dieu. Les PVVIH/Sida font aussi l'objet de rejet conjugal ou familial et de perte d'amis, car les membres de leur entourage craignent d'être contaminés. Les PVVIH/Sida dans ce cas sont représentées comme des personnes chargées de maladie et de mort dont il faut éviter le contact. En retour les mis en cause perçoivent leur entourage comme persécuteur.

Une telle ambiance, teintée de conflit et de fortes frustrations, alimente négativement le vécu des PVVIH/Sida qui se sentent ainsi coupées de leurs repères et laissées à elles-mêmes (ONUSIDA/OMS, 2005). Ce qui fait que, conscient de cette situation, des PVVIH/Sida préfèrent taire leur statut sérologique, pour se replier sur elles-mêmes ou tout simplement refuser de fréquenter les structures de prise en charge. De tels comportements et attitudes constituent de véritables mécanismes psychologiques de défense contre la discrimination, la stigmatisation et la découverte du statut sérologique.

En définitive, la personne vivant avec le VIH/Sida met en jeu un ensemble varié de mécanismes psychologiques de défense en réaction à sa maladie, aux effets secondaires ou indésirables de son traitement et à son entourage familial, socioprofessionnel et médical. De tels mécanismes évoluent avec la perception que le patient a de l'issue de son infection et des réponses que son entourage familial et médical lui apporte.

Conclusion

La présente recherche portant sur l'influence des comportements et attitudes de l'entourage sur le vécu des PVVIH a été menée à la Maison d'accueil Maguy de l'Association Vivre dans l'Espérance à Dapaong au Togo (Maison Vivre l'Espérance). Cette recherche a porté sur des patients ayant été consultés et pris

en charge par l'association. Les résultats de cette recherche, suggère que le vécu psychologique de l'infection au VIH/Sida dépend du soutien apporté à la PVVIH et que les patients vivent l'infection au VIH/Sida comme une déception, un découragement, une fin précoce programmée de leur vie, suite à une dégradation de leur état physique. Nombre de patients vivent leur état sérologique comme une honte, une indignité, une immoralité. Par ailleurs, la perte d'amis est souvent remarquée par les PVVIH et certains patients sont victimes d'accusation diverses et victimes d'une tendance accrue à la moralisation.

Les comportements et attitudes de l'entourage, l'écoute attentive sans jugement et la considération sociale sont des comportements qui existent (en faible proportion) au niveau de l'entourage. Il a été retrouvé que les comportements et attitudes positifs de l'entourage influent sur l'évolution psychologique du vécu d'une manière positive. En d'autres termes, quand la PVVIH/SIDA vit positivement le comportement de son entourage, son vécu s'améliore.

Notons que les comportements et attitudes négatifs de l'entourage influent sur l'évolution psychologique du vécu d'une manière négative. Quand la PVVIH/SIDA vit négativement le comportement et attitude de son entourage, son vécu se dégrade. On doit donc voir en ces patients, des personnes qui sont confrontées à diverses sortes de problèmes en vue d'une meilleure prise en charge médicale et psychosociale.

Au regard de tout ce qui précède, la généralisation des résultats de cette recherche est très mesurée, mais pas strictement limitée aux seuls cas observés à la maison d'accueil Maguy de l'Association vivre dans l'espérance. Nous tenons à faire cette précision, car le sujet de ce travail de recherche n'est pas une singularité, mais un réel problème que vit une bonne partie des populations des séropositifs. Seules nos estimations statistiques se limiteront strictement aux seuls cas rencontrés à la maison Maguy. Une multidisciplinarité s'avère impérative dans la prise en charge de ces patients.

Références bibliographiques

- BERPS, 2006, *Le sida et la famille*, éd. Kangu-Mayumbe, kin, Zaïre.
- CHIVA Mathy et Nathalie Rigal, 1989, « L'enfant d'âge scolaire et le SIDA », *Psychologie Française* N° 34.
- CONSEIL NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES, 2015, *Rapport d'activité sur la riposte au VIH/sida au Togo*, 41p.
- DIARRA Aïssa et MOUMOUNI Adamou, 2018, *Le vécu quotidien des personnes vivant avec le VIH à Niamey*, Laboratoire d'études et

- recherches sur les dynamiques sociales et le développement local, AIDE, 1999, *Vivre avec le SIDA*, Témoignages, RAMSAY.
- DOUTRELEPONT Frédéric, 1998, *L'évolution après six ans des attitudes face au Sida*, Mémoire de Maîtrise en Psychologie, Université du Québec à Trois-Rivières.
- JAYLES Didier et PIALOUX, Gilles, 1996, *Le guide du SIDA*, Tours, France, P. 23-32, 361- 397.
- KANTE Boubou, 2011, *Facteurs associés au non observance du traitement anti rétroviral dans le district sanitaire de Yelimane au Mali en 2010*. Mémoire en Organisation et Management des systèmes publics de vaccination dans les pays en développement, Université de Cocodi Abidjan, Abidjan, 46 p.
- MINISTERE DE LA SANTE DU TOGO, 2005, rapport annuel, cité par ONUSIDA/OMS, 2005, 104 p.
- MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2014, *Etude sur la survie à un an des personnes vivant avec le VIH*, Rapport de terrain, Cotonou, Bénin, 36 p.
- MOULINIER Marie Cecile, 1998, *Au risque de naître : Maternité et SIDA*, éd. Garset / le monde.
- ONUSIDA/OMS, 2019, *Rapport sur le suivi mondial de la lutte contre le sida 2020*, Rapport annuel, "ONUSIDA/05.19F".
- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST, TOGO, 2000. Rapport annuel, Lomé, Togo, 41 p.
- PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES IST, TOGO, 2004, *Guide National des Conseillers psychosocial en matière du VIH/SIDA/IST*, Lomé, Togo, 49 p.
- REPUBLIQUE TOGOLAISE, MINISTERE DE LA PLANIFICATION, DU DEVELOPPEMENT ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE, MINISTERE DE LA SANTE, 2015, *Troisième enquête démographique et de santé (EDST-III 2013-2014)*, ICF International Inc. Rockville, Maryland, USA, 529 p.
- TIJOU TRAORE Annick, 2006 « Pourquoi et comment en parler ? Dialogue conjugal autour de l'annonce de la séropositivité dans des couples sérodiscordants à Abidjan (Côte d'Ivoire) », *Sciences Sociales et Santé*, 24 (2) : 43-65
- TSAFACK TEMAH Chrystelle, 2009, « Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique Subsaharienne », *Revue d'économie du développement*, Vol. 17, n°1, pp. 73-106.