

Approche psychoqualitative du VIH/sida en contexte africain : cas du vécu de l'infection chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan

Kouamé Atta, Ph.D.

Université de Cocody-Abidjan

Résumé

Cette étude est une étude qualitative qui appréhende les répercussions psychosociales du VIH/sida chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan. Il ressort de l'analyse que ces répercussions se traduisent principalement par des affects psychologiques, une dégradation de l'environnement socioaffectif et une préoccupation pour la vie du couple et la procréation. Elles surviennent à la suite du pronostic de l'infection et du traitement, mais aussi en raison de la pression qu'exerce l'entourage social. L'étude fait ainsi ressortir la nécessité d'intégrer une approche qualitative aux recherches médicales et de prendre en compte les affects psychologiques concernant le VIH/sida en Afrique. Elle renvoie à l'examen et à l'interprétation d'observations non accessibles à l'étude quantitative qui ont permis de découvrir les explications sous-jacentes et les modes d'interrelation entre, d'une part, les exigences médicales liées au VIH/sida et le vécu psychologique et, d'autre part, ces exigences et les contraintes socioculturelles en milieu africain.

Mots clés

VIH/SIDA, RÉPERCUSSIONS PSYCHOSOCIALES, APPROCHE QUALITATIVE, CONTEXTE AFRICAIN

Introduction

L'étude sur le vécu psychologique des patients à VIH du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Treichville (Abidjan), sujet de cette étude, est une contribution à l'approche qualitative des problèmes de santé liés au VIH/sida en contexte africain. À l'exception des travaux de quelques anthropologues bien connus, tels que Laurent Vidal, Alice Desclaux, Jean-Pierre Dozon, Karine Delaunay et Claude Fay qui se sont illustrés dans la recherche qualitative sur le sida en Afrique à travers plusieurs publications et communications qu'il serait fastidieux de citer

ici, le VIH/sida en Afrique a été monopolisé par les études quantitatives de types épidémiologiques ou étiologiques (Agence nationale de recherche sur le sida [ANRS], 2004; Institut national de la statistique [INS], Ministère de la lutte contre le sida [MLS] (Côte d'Ivoire), & ORC Macro, 2006; Jackson, 2004; Michael & Czerny, 2006; Ntozi, 2001). La raison serait que l'engagement mondial en faveur de la lutte contre l'expansion de cette pandémie sur le continent africain exigeait de telles études préalables.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur la littérature, le vécu psychologique lié au sida en Afrique n'a pas fait l'objet précis d'études de type qualitatives. Or 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).

Si, dans le domaine de la santé, les études quantitatives permettent d'évaluer les données étiologiques et épidémiologiques des pandémies, elles sont peu en mesure d'appréhender le vécu, la complexité des comportements et des représentations des populations atteintes de ces pandémies ou vulnérables à celles-ci, surtout en contexte africain où les logiques représentationnelles traditionnelles de la maladie restent encore très marquées (Essi, 2002). L'analyse du vécu, des comportements et des représentations sont plus du domaine des études qualitatives (Borgès Da Silva, 2001). La méthode qualitative est donc l'approche applicable à l'évaluation du vécu de la maladie et de ses représentations en contexte africain où, de plus, les difficultés thérapeutiques et la pression sociale liées au sida (Jackson, 2004) semblent accentuer le stress psychologique des personnes atteintes.

Notre étude répond ici à cette nécessité théorique et méthodologique en ce qui concerne l'approche du VIH/sida en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire. En effet, la Côte d'Ivoire est l'un des pays les plus touchés par la pandémie du VIH/sida en Afrique subsaharienne avec un taux de séroprévalence de 4,7 % au plan national et de 6,1 % pour la ville d'Abidjan (INS, MLS, & ORC Macro, 2006).

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. 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 & Czerny, 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 (IPSO & 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 (Comité universitaire de lutte contre le VIH/sida [COMULSIDA], 2004; Le Blond, 2006; Lyketsos, Hoover, Guccione, Dew, Wesch, Bing, & Treisman, 1996; Olié, Poirier, & Lôo, 1995; Sanchez-Valero, 2003). Les comportements suicidaires peuvent parfois apparaître chez les infectés comme la manifestation des cas graves de cette souffrance psychologique (Cote, Biggar, & Dannenberg, 1992; Komiti, Fiona, Grech,

Mijch, Hoy, Lloyd, & Street, 2001; Marzuk, Tierney, Tardiff, Gross, Morgan, Hsu, & Mann, 1988).

À ces différentes manifestations du choc psychologique, il faut ajouter les autres problèmes psychosociaux qui se posent après le diagnostic du VIH engendrés pour la plupart par les pressions qu'exerce l'environnement social sur la vie des infectés, les ruptures des relations affectives et sexuelles, les problèmes de couple et de procréation (Desclaux, 2002; Desclaux & Cadart, 2008; Kerouédan, 1999; Mimché, Yebga, & Abega, 2007). L'ostracisme, la stigmatisation et les clichés négatifs associés à cette infection contribuent également à augmenter le stress psychologique chez les personnes atteintes (Aggleton, 2002; Bharat, Aggleton, & Tyrer, 2002; ONUSIDA, 2005).

Le vécu psychologique lié au VIH/sida est donc une question importante à prendre en compte dans l'évaluation de l'infection et la prise en charge des personnes infectées. D'une manière générale, ce vécu est peu documenté en Afrique et particulièrement en Côte d'Ivoire. Parmi la documentation sommaire, nous pouvons retenir les études sur : 1) le conseil et le dépistage (Achi, 2001; Coulibaly, Msellati, & Dédy, 1996; Desclaux & Raynaud, 1998); 2) l'acceptabilité du test et l'annonce de la séropositivité (Collignon, Gruénais, & Vidal, 1994; Dozon, 1993; Gruénais, 1993; Kazihise, 2005); 3) l'adhésion au traitement (Ouiminga, 2003; Tchiny, 2006) et 4) la prise en charge psychologique (N'Da, 1995). Parmi celles menées en Côte d'Ivoire, une s'illustre en portant principalement sur les affects psychologiques liés au VIH, particulièrement la dépression (Diakitè, 2002). Toutes ces études portant sur des phénomènes psychologiques liés au VIH/sida ont toutefois été effectuées selon l'approche quantitative, qui s'avère très limitée pour appréhender la complexité de ces phénomènes (Borgès Da Silva, 2001). Des études qualitatives portant sur les phénomènes psychosociaux liés au VIH/sida en Afrique méritent donc d'être menées afin de saisir la complexité de ces phénomènes et d'élargir ainsi le corpus de connaissances sur la question du sida. C'est d'ailleurs dans cette vision que Casebeer et Verhoef (2000) précisent que l'emploi combiné, soutenu et complémentaire de méthodes de recherche quantitatives et qualitatives est le meilleur moyen de faire reculer les limites de nos connaissances sur les maladies chroniques. Cela est d'autant plus nécessaire qu'elles permettront de relever, au premier plan, un défi méthodologique en ce qui a trait à la recherche sur le VIH/sida en Afrique.

C'est à ces défis d'ordres théorique et méthodologique que nous nous attaquons dans cette étude. Il s'agit plus concrètement pour nous, dans une approche qualitative, d'analyser la question du vécu psychologique lié au

VIH/sida chez des patients séropositifs, au nombre de 35, du SMIT d'Abidjan en Côte d'Ivoire.

Méthodologie

Perspective méthodologique

Comme nous l'avons déjà expliqué, l'étude s'inscrit dans une approche qualitative pour appréhender la complexité des phénomènes psychologiques et des représentations liés au VIH/sida. Pour Borgès Da Silva (2001), Hudelson (2004) ou encore Casebeer et Verhoef (2000), cette approche est celle qui permet de saisir les phénomènes complexes des comportements des acteurs du système de santé, qui échappent à l'approche quantitative. Ici, elle mobilise deux perspectives théoriques. La première, l'approche psychologique, a permis de mettre en lumière les affects psychologiques à travers les discours des patients (Dantier, 2008). La seconde, l'approche culturelle basée sur la représentation sociale à propos de la sexualité et de la procréation, a permis de relever les contradictions existant entre celles-ci et les exigences du suivi médical. En effet, l'appréhension des représentations liées au VIH/sida relève d'une approche culturelle; il est de plus en plus admis que l'épidémie du VIH/sida n'est pas seulement un problème médical mais plutôt un phénomène complexe comprenant des aspects sociétaux et culturels dont leur appréhension nécessite une approche culturelle (Unesco & ONUSIDA, 2003).

Le choix des patients (ou témoins) interrogés et le recueil des témoignages

Le VIH/sida en Afrique se vit différemment qu'en Europe à cause des difficultés thérapeutiques et des représentations et autres clichés négatifs dont il fait objet. Il reste donc ici un sujet sensible et délicat, difficile à aborder surtout quand il s'agit d'en parler avec des personnes directement concernées. Deux techniques d'approche (le consentement éclairé et la garantie de l'anonymat des répondants) ont permis de recruter des participants à notre étude. Nous avons d'abord expliqué aux patients l'objet et l'intérêt de l'étude afin d'obtenir leur consentement. Ensuite, nous les avons rassurés du caractère confidentiel et anonyme de notre entretien. À cet effet, un bureau spécial a été mis à notre disposition par les responsables du SMIT pour rencontrer les patients et les noms des répondants n'étaient pas mentionnés lors de l'entretien afin de préserver leur anonymat.

Nous avons recensé trente-cinq (35) patients qui ont accepté de partager le vécu de leur infection avec nous. Dans cette étude, la qualité de l'échantillon compte plus que sa taille (Hudelson, 2004). C'est pourquoi dans le choix des patients nous avons essentiellement mis l'accent sur des critères pouvant influencer sur la variabilité du vécu des personnes infectées. Nous avons ainsi retenu celles-ci en tenant compte du sexe, de l'âge, du statut matrimonial et de

la situation socio-économique. Les autres critères d'inclusion étaient d'être majeur (âgé de 18 ans et plus), d'être en traitement antirétroviral et d'avoir été informé de son statut sérologique à VIH positif il y a au moins un mois. Étaient exclus les patients dont l'état clinique ne leur permettait pas de témoigner de leur vécu; ceux n'ayant pas donné leur consentement et ceux dont nous ne comprenions pas la langue parlée puisqu'aucun interprète ne pouvait être présent en raison de l'aspect confidentiel de l'entretien.

Parmi les 35 patients ou témoins interrogés, 26 sont de sexe féminin et 9 de sexe masculin. Ce choix a été basé sur le sex-ratio de l'infection au VIH/sida en Côte d'Ivoire qui est de 3 femmes infectées pour un homme infecté (INS, MLS, & ORC Macro, 2006). Ils sont âgés de 19 à 59 ans, la moyenne d'âge étant de 35 ans). Il y a parmi eux, 10 célibataires, 14 personnes en union, 8 divorcés et 3 veufs.

Tous les chercheurs en sciences sociales s'accordent sur le fait que le choix de la méthode de collecte des informations dépend de l'approche théorique et des objectifs de la recherche. Pour Drapeau et Letendre (2001), une étude qui cherche des données de l'expérience vécue, ce qui est notre cas, doit opter pour des entrevues qui permettent à l'enquêté de s'exprimer librement, c'est-à-dire de rapporter tout ce qui lui passe par l'esprit, sur la question soumise à son attention. C'est ce que nous avons fait en retenant le recueil de témoignages comme moyen de collecte des données. Nous estimons, au regard de notre approche théorique, que ce type d'entrevue est pertinent pour rendre compte du vécu de la maladie. Le recueil des témoignages a été effectué au mois de septembre 2007 au SMIT du CHU de Treichville (Abidjan). Une question à deux volets a guidé les entretiens : « Racontez-nous comment vous vivez votre infection en rapport avec votre famille et l'entourage social depuis l'annonce de votre statut sérologique à VIH et les difficultés auxquelles vous êtes confronté du fait de cette infection ».

Compte tenu du caractère confidentiel de l'entretien, nous l'avons effectué seul sans appui extérieur. Comme nous l'avons dit plus haut, un bureau nous a été réservé pour rencontrer les patients individuellement. La durée de l'entretien avec chaque patient était au plus de vingt minutes. Muni d'un bloc-notes et d'un stylo, nous avons pu recueillir ces témoignages.

Analyse des données

Nous avons procédé à un traitement manuel et qualitatif des données. Ce traitement des informations s'est basé essentiellement sur l'analyse thématique et de contenu. Il s'agit d'une analyse de contenu qualitative et indirecte des témoignages recueillis au sens défini par Aktouf (1987). Dans cette analyse, l'importance accordée aux mots, aux termes et aux autres expressions rapportés

par les enquêtés ne se mesure pas à leur fréquence, mais plutôt à l'intérêt particulier et au poids sémantique par rapport au contexte du VIH/sida en Afrique. Cette technique d'analyse nous a conduit à établir des catégories significatives à partir des témoignages en procédant à une série d'étapes visant à distinguer et à nommer différentes classes d'éléments présentant une certaine homogénéité. C'est sous ces catégories que nous avons ensuite rangé les contenus des différentes expressions des patients interrogés, sous forme d'unité d'information correspondant à des mots, des phrases ou des idées générales de passages des témoignages transcrits (Aktouf, 1987; Comeau, 1994; Hudelson, 2004). Les étapes de cette analyse de contenu ont donc été successivement :

- La lecture littérale répétée et attentive des témoignages, ce qui a permis de déceler les différentes expressions, tendances, attitudes, opinions... exprimées ou sous-entendues.
- La définition de catégories nous ayant permis d'arrêter les thèmes clés.
- La détermination des unités d'information, qui a consisté à recenser des témoignages les mots, les expressions et les phrases exprimant une attitude, une position, ou une opinion.
- Le regroupement des unités d'information autour des thèmes selon leur correspondance.
- L'interprétation ou, du moins, la discussion des données, soit une phase d'inférence, de mise en évidence du sens, des résultats obtenus au terme des étapes précédentes.

La méthode dialectique a aidé à analyser les contradictions qui se posent dans la vie des personnes infectées. C'est une démarche heuristique qui permet de constater et de comprendre les contradictions, les oppositions et les ambivalences (Herman, 1994). D'une part, l'articulation des exigences médicales liées au VIH/sida et des réalités socioculturelles africaines, et, d'autre part, l'articulation de ces mêmes exigences et des réalités psychologiques liées à l'infection soulèvent des contradictions propres à l'analyse dialectique.

Résultats

La lecture attentive des témoignages a permis de dégager trois grandes catégories significatives autour desquelles s'est fait le regroupement des unités d'information repérées dans ceux-ci. Ces catégories sont Affects psychologiques chez les patients interrogés, Dégradation de l'environnement socioaffectif des patients interrogés et Préoccupation liée à la vie du couple et à la procréation chez les patients interrogés. Les témoignages nous amènent donc à retenir que le vécu du VIH/sida chez les patients rencontrés est

essentiellement déterminé par ces trois réalités qui sont présentées dans l'ordre cité ci-dessus.

Affects psychologiques chez les patients (ou témoins) interrogés

Après l'analyse des différents témoignages, nous avons relevé différents affects psychologiques allant de la peur et du déni de l'infection aux affects plus complexes.

Le déni de l'infection

Certains patients témoignent de leur attitude de refus du résultat lors du diagnostic du VIH : « Au début quand j'ai été déclaré positive au VIH, j'ai refusé de croire au résultat et c'est deux ans après lorsque j'ai rechuté que j'ai pris la chose au sérieux » (patiente 7); « En 1992 en cherchant à connaître mon groupe sanguin, les médecins ont découvert que j'étais infectée par le VIH. Je ne croyais pas au départ » (patiente 27).

La culpabilité et la persécution

Ces affects sont provoqués par le diagnostic de l'infection; certains patients rencontrés se sentent à la fois responsables et coupables de leur infection, mais également de celle qu'ils auraient causée chez les autres. Parfois ils se sentent eux-mêmes victimes de l'imprudence et de l'inattention de leurs partenaires sexuels ou d'autres personnes qui les auraient contaminés et considèrent que ces derniers sont responsables de leur situation. « C'est l'homme avec qui j'ai eu mes premiers rapports qui m'a contaminé » (patiente 5); « j'ai accusé mon fiancé... il était infecté et il m'a caché cela » (patiente 10); « mon père était infecté [...] il a contaminé tous ceux qui étaient à la maison par méchanceté » (patient 14); « j'ai divorcé avec ma femme car je me suis senti coupable » (patient 15); « j'estime que mon infection est la faute à ma belle-mère » (patient 18); « Mon mari ne reste pas à la maison. Il sort tout le temps à des heures tardives. C'est lui qui m'a infecté et il continue à ne pas rester tranquille » (patiente 28); « Je désespère souvent à cause de ma fille de 8 ans qui est infectée. Je me sens coupable de son infection... Je me culpabilise beaucoup à ce sujet... Je me sens vraiment coupable » (patiente 30); « ... Je me suis surtout sentie coupable pour mon enfant qui est infecté et qui est décédé par la suite » (patiente 35). Ce sont là les expressions empruntées par les patients rencontrés pour exprimer le sentiment de culpabilité ou de persécution ressenti.

L'angoisse, la peur du lendemain, le deuil des projets et des rêves du futur

Les affects les plus fréquents et les plus constants chez les témoins sont l'angoisse, la peur du lendemain et le deuil des projets et des rêves. Devant la menace de mort que provoque l'infection de même que sa chronicité, les

patients rencontrés témoignent de leur angoisse et de leur peur. « Je suis angoissée » (patiente 3); « Je pense beaucoup » (patiente 6); « J'ai pleuré » (patientes 10, 13 et 35); « Le premier jour de mon résultat, j'ai pleuré toute la journée » (patiente 20) ; « J'ai pensé beaucoup, j'ai fait trois jours sans dormir, sans manger » (patient 17). On note également chez les témoins l'angoisse par rapport à la quantité de médicaments à consommer et à l'incertitude de guérison. « Les comprimés sont assez gros... s'il faut encore prendre de si gros comprimés, cela fait peur et ça ne donne pas l'envie » (patiente 33); « Tous les matins et soirs quand je pense à la prise des médicaments mon cœur bat » (patiente 34); « Je ne croyais pas au traitement » (patiente 32).

Il y a une pensée récurrente de mort qui provoque la peur chez certains patients, conséquence des difficultés de l'accès au traitement dans les pays du Sud et du coût du suivi médical : « Je n'ai plus les moyens pour payer mes médicaments, j'ai des examens médicaux que je n'arrive pas à faire par manque de moyens » (patiente 2). Pour d'autres encore la peur ou la crainte de mourir dans la souffrance ou sans dignité se trouve au cœur de leurs préoccupations. Pour ces patients, être infectés par le VIH est non seulement synonyme de mort mais aussi d'une mort dans l'indignité : « On dit quand tu as le sida, tu meurs » (patiente 9); « J'ai informé ma famille que j'allais mourir » (patiente 13); « C'est la fatigue que la maladie peut me créer avant ma mort dont j'ai peur » (patient 16); « pour moi il était mieux... d'attendre ma mort » (patient 18).

Enfin, il ressort aussi dans les commentaires des témoins que ceux-ci doivent faire de nombreux deuils : perte des avantages sociaux et de leur santé du passé, perte des projets du futur, perte des relations affectives. « Je travaillais avec des Américains [...] j'avais un bon salaire [...] Quand je regarde mes bulletins de salaire et ma situation aujourd'hui je pense beaucoup et ça me donne l'envie de pleurer » (patient 19); « Avant ma maladie je travaillais, j'avais les moyens avec ma propre voiture. Et je vivais dans un cadre agréable avec mon homme, nous étions tous deux heureux. Mais depuis que celui-ci a vu que j'allais mal, il m'a abandonnée. Actuellement j'habite avec mes parents » (patiente 7) ; « J'ai peur que ma femme m'abandonne si elle est informée » (patient 24); « Quand je pense à ma solitude, ça me fait souffrir » (patiente 26); « Mon avenir est hypothéqué » (patient 1); « Que deviendra ma fille si je ne suis plus là demain » (patiente 8).

La frustration, l'affaiblissement de l'estime de soi et la dépréciation

Les attitudes de frustration, l'affaiblissement de l'estime de soi et la dépréciation font partie des affects psychologiques rencontrés chez les patients. Devant les effets de l'infection sur l'ensemble du corps, les patients perdent

non seulement l'espoir mais aussi la confiance en eux-mêmes. Certains patients rencontrés pensent attirer le regard de leur entourage sur eux à cause des marques que l'infection laisse apparaître sur le corps : atteintes dermatologiques, boutons, amaigrissement, perte de cheveux, diarrhée... Ces sujets vivent une situation qui implique un inconfort interne et des sentiments de frustration, de culpabilité et de honte, ce qui affaiblit leur estime de soi et crée chez eux un sentiment de dépréciation et de complexe d'infériorité : « Quand je drague une fille, le problème me vient en tête et je sens un blocage » (patient 22); « Je ne sortais pas parce que j'avais plein de boutons sur le corps » (patiente 12); « Quel homme accepterait de m'épouser... » (patiente 1); « J'ai très peur que les gens découvrent que je suis infectée » (patiente 5). Les sentiments de frustration proviennent aussi des attitudes de l'entourage : « Mon mari a pris une seconde femme et il me frustre souvent à cause d'elle » (patiente 12); « La femme de mon grand frère est au courant de notre infection et elle fait du chantage à ce sujet... elle menace de nous dévoiler » (patient 17); « Si là où le malade peut retrouver l'espoir de vivre, il se sent frustrer, qu'est ce qu'il deviendra alors? » (patiente 29).

La dépression, les idées suicidaires, le désir et les idées de mort, les équivalents suicidaires

Les affects psychologiques en lien avec la dépression, le suicide et les idées de mort sont les plus intenses chez les patients de notre étude. Ils sont la conséquence directe des précédents affects que nous venons de décrire. En effet, le stress psychologique lié à l'infection finira toujours par créer la dépression chez certains infectés : « Je suis angoissée et cela me rend triste » (patiente 3); « [...] je pensais beaucoup. J'ai fait trois jours sans dormir, sans manger » (patient 17); « Quand je me retrouve seule je pense beaucoup... » (patiente 6). On retrouve aussi chez les patients des idées suicidaires, le désir de mort et des équivalents suicidaires : « Si j'avais le courage de me tuer, je le ferais » (patiente 1); « Au départ j'étais désespérée de la vie » (patiente 5); « J'ai envie de mourir en même temps » (patiente 6); « J'ai refusé le traitement » (patiente 7); « Je suis découragée de la vie » (patiente 8); « J'ai passé deux ans sans venir au rendez-vous des médecins [...] Pour moi il était mieux d'attendre en même temps ma mort » (patient 18); « Je suis fatiguée de tout ça » (patiente 3); « Ma belle-mère m'insulte à cause de mon infection et quand je pense à ça, j'ai envie de mourir et puis tout va finir » (patient 21).

La dégradation de l'environnement socioaffectif des patients (ou témoins) interrogés

L'isolement social de l'entourage

La dégradation de l'environnement est parfois déterminée par l'attitude de l'entourage (famille, amis, voisin, personnel médical, collègue de travail...). Les patients rencontrés relèvent plusieurs attitudes de stigmatisation et de rejet de la part de leur entourage : « Mon oncle m'a chassé de chez lui à cause de ça » (patiente 5); « Mes tantes ne veulent pas que je partage les mêmes assiettes et les mêmes gobelets avec elles » (patiente 6); « Les amies m'ont abandonnée [...] Ma cousine que j'hébergeais a quitté elle aussi la maison comme quoi, je vais la contaminer » (patiente 11); « Ma tante m'a abandonné. Elle m'a vidé de chez elle [...] comme quoi je vais contaminer sa famille » (patiente 12); « Je me sens abandonnée par mes camarades du marché » (patiente 13); « Depuis que je suis malade... plus personne auprès de moi. Ils m'ont tous abandonné » (patient 19); « Certains médecins sont très expéditifs » (patiente 29).

L'auto-isolement

Quand bien même les patients ne sont pas directement victimes d'ostracisme de la part de l'entourage, la crainte d'être stigmatisés ou rejetés peut les amener à développer des attitudes d'évitement ou à se maintenir longtemps dans le déni et à refuser le soutien social des associations ou le traitement qui pourrait les dévoiler au grand jour : « J'ai très peur que les gens découvrent que je suis infectée » (patiente 5); « Je ne veux pas intégrer un groupe de soutien parce qu'il n'y a pas de confidentialité là-dedans... si je suis dans un groupe de soutien les gens vont me voir » (patiente 9). De plus les transformations négatives du corps provoquées par l'atteinte infectieuse (amaigrissement, atteinte dermatologique, boutons) ou le traitement (diarrhée, démangeaisons, vergetures, asthénie, cachexie...) ne passent pas inaperçues et attirent l'attention et la curiosité de l'entourage. Cela peut être gênant pour les infectés et contribuer à développer chez eux des attitudes d'évitement et l'isolement : « Je ne sors pas parce que j'avais plein de boutons sur le corps » (patiente 12).

Le relâchement des relations amoureuses

La dégradation de l'environnement socioaffectif est aussi nourrie par la perte des relations amoureuses avec l'être aimé. Après un diagnostic du VIH, certains infectés se trouvent abandonnés, rejetés par leur conjoint ou conjointe. Certains divorcent sans même connaître leur propre statut sérologique et parfois contre tout refus de se faire dépister : « J'avais un copain médecin qui m'a quittée à cause de mon infection » (patiente 1); « je vivais avec un homme mais qui vient de m'abandonner. J'ai deux enfants avec lui » (patiente 2); « Mon mari m'a renvoyée à cause de mon infection. Les médecins lui ont

demandé de faire son test et il a refusé de le faire » (patiente 4); « Mon homme m'a quittée à cause de mon infection. [...] Il refuse même de faire son test de dépistage » (patiente 7); « Mon homme a décidé de me quitter. Il dit qu'il veut éviter d'être contaminé... Quand je pense à tout ça je suis découragée de la vie » (patiente 8). Au-delà des ruptures amoureuses, l'infection semble psychologiquement inhiber le désir sexuel chez certains patients : « Je ne sens plus l'amour avec mon homme » (patiente 31); « quand je drague une fille et que je pense à mon infection, je sens un blocage » (patient 22). Avec ces témoignages, nous comprenons que le divorce et les ruptures des relations amoureuses contribuent à dégrader l'environnement socioaffectif et à augmenter le stress des sujets infectés vivant à Abidjan.

Préoccupation liée à la vie du couple et à la procréation chez les patients (ou témoins) interrogés

Les patients ont témoigné de leurs préoccupations concernant leur vie de couple et le désir d'enfanter. Ce thème est récurrent dans le vécu de certains patients à VIH du SMIT, surtout chez les femmes : « Ce qui me préoccupe c'est d'avoir un second enfant » (patiente 25); « Je pense surtout à la possibilité d'avoir un enfant » (patiente 35); « Je suis jeune et je ne pourrai pas faire d'enfants à cause de mon infection. Quel homme accepterait de m'épouser dans ma situation? » (patiente 1); « Est-ce qu'un homme accepterait de m'épouser dans ma situation? Je suis fatiguée de tout ça » (patiente 3); « Dans ma situation, je sais que je ne pourrai plus avoir de mari ou même faire un enfant » (patiente 6); « Je me demande si avec l'infection, je pourrai avoir des enfants alors que je n'en ai pas encore. Cela reste une préoccupation récurrente qui se passe dans la tête » (patient 15). Le désir d'enfanter va même constituer un alibi pour certains pour ne pas protéger leurs rapports sexuels avec la partenaire saine, ce qui met en péril la santé de celle-ci : « Moi je suis infecté, mais ma femme ne l'est pas. Nous désirons avoir un enfant. C'est pourquoi je ne protège pas mes rapports sexuels avec elle. Le médecin m'a dit que c'est risqué pour elle » (patient 23).

Discussion

Les troubles psychologiques chez les patients infectés par le VIH du SMIT

Les résultats de notre étude, réalisée selon l'approche qualitative, montrent que les souffrances psychologiques sont bien présentes chez les patients à VIH du SMIT et, au-delà, chez les personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan. Elle s'exprime à travers le déni, la culpabilité, le sentiment de persécution, l'angoisse, la peur du lendemain, le deuil des projets, le sentiment de frustration, l'affaiblissement de l'estime de soi, la dépréciation, la dépression, les idées et les équivalents suicidaires, le désir et les idées de mort. Ces

résultats corroborent 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. 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.

Les troubles psychologiques liés au VIH trouvent leur origine dans différents états émotionnels. Le deuil de la santé intérieure et le poids du suivi médical, l'incertitude de guérison, la peur du rejet social et le sentiment d'insécurité vis-à-vis de la menace de mort contribuent pour une large part à expliquer ces troubles.

Le déni chez les sujets infectés peut être une attitude psychologiquement construite pour amortir le choc ressenti (COMULSIDA, 2004). Ils s'imaginent difficilement avoir contracté le virus du sida, d'autant plus qu'ils estiment qu'ils ont auparavant pris les précautions nécessaires pour l'éviter. Un tel déni dans la durée peut amener le sujet à une négligence prolongée de sa situation qui, à la longue, peut entraîner d'autres complications graves. Parmi les témoins, par exemple, cette patiente (patiente 7) qui a passé deux ans sans se préoccuper ou prendre sa situation au sérieux souffre maintenant de problèmes neurologiques au niveau des membres. Ces deux ans passés sans suivi médical ont donné l'opportunité au virus d'atteindre le système nerveux central et de provoquer des dysfonctionnements neurologiques chez la patiente.

Les patients avec lesquels nous avons discuté se mémorisent parfois les circonstances douloureuses ou attristantes sources de leur infection, ce qui provoque davantage leur culpabilité ou un sentiment de colère. Ils font le deuil de leur vie passée et de leur avenir marqué par une infection chronique. L'incertitude de guérir de l'infection et son pronostic à long terme constituent des situations douloureuses pour les patients qui regrettent amèrement. Le regret de la perte de l'indépendance sociale, financière et matérielle augmente aussi leur souci, par exemple chez les patients 1, 7 et 19. Ils manifestent parfois un sentiment de peur. Ils ont peur à la fois d'une infection « vampire » et de la honte associée aux marques de la maladie sur le corps. La patiente 12, par exemple, sort rarement à cause des boutons sur son corps et la patiente 5 a peur que son entourage découvre son statut sérologique à VIH. Le sentiment de frustration chez les patients est non seulement le résultat des effets directs de l'infection, mais également des attitudes de l'entourage du sujet infecté. La

patiente 12, au-delà de la jalousie que peut ressentir toute femme par rapport à l'infidélité de son homme, voit dans l'acte de son mari de prendre une seconde femme une dévalorisation de sa personne. Il semble pour elle que le mari ne la considère plus et qu'elle n'a plus de valeur à ses yeux.

Les patients pensent à la mort de façon récurrente puisque celle-ci est étroitement associée au VIH/sida du fait qu'aucun traitement curatif contre le virus du sida n'est encore disponible. Les médicaments usités permettent seulement de prolonger la vie des infectés avec leur corolaire d'effets secondaires. De même, le traitement se pose toujours avec assez de difficultés dans les pays du Sud et en particulier en Afrique : rupture de stock, absences de certaines molécules, surtout celles de seconde ligne, personnel médical limité, logistique et infrastructures sanitaires insuffisantes ou inadéquates sont autant de problèmes qui augmentent le stress psychologique chez les patients et leur font plus craindre la mort.

Les signes de dépression sont aussi fréquents chez les patients rencontrés. Celle-ci semble d'ailleurs être le trouble psychiatrique le plus fréquent dans l'infection au VIH/sida. Selon Halman (2001), la prévalence de la dépression chez les sujets à VIH/sida varie de 22 à 45 %. Elle constitue de plus un facteur important du risque suicidaire chez ces sujets, la menace de mort induite par l'infection et le pronostic quant à son évolution créant un sentiment d'insécurité interne chez les personnes infectées. L'effroi et son inhibition chez ces personnes sont le fait des émotions liées à l'infection. Il s'ensuit une perturbation du système de défense psychique habituel qui ne peut alors plus assurer l'équilibre psychique. L'anxiété, la dépression et l'insécurité interne prennent le dessus. Toute cette frayeur pour le présent et l'avenir amène à des idées de suppression de soi.

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

Ruptures socioaffectives et les préoccupations liées à la vie du couple et à la procréation chez les patients du SMIT

Ici encore c'est l'approche qualitative dans une perspective psychosociale et culturelle qui nous a permis d'appréhender les réalités complexes liées au VIH/sida chez les patients du SMIT. Le milieu social africain est tellement marqué par des logiques représentationnelles traditionnelles de la maladie (Essi, 2002) et des considérations natalistes (Vimard & Fassassi, 2007) que seule l'approche culturelle dans une démarche qualitative (Unesco & ONUSIDA, 2003) permet d'appréhender les répercussions de ces réalités socioculturelles dans la vie des personnes infectées par le VIH/sida.

Certaines personnes vivant avec le VIH/sida que nous avons rencontrées au SMIT sont aux prises avec des attitudes de stigmatisation, de discrimination et de rejet de la part de leur entourage. Ces attitudes sont le plus souvent nourries par les stéréotypes et autres clichés négatifs associés au sida, mais également par l'ignorance de l'entourage concernant la maladie. Certains préjugés erronés concernant le VIH/sida font croire à des personnes que le simple contact physique avec un sujet infecté, l'utilisation commune de toilettes ou de vaisselles et le partage en commun de repas comportent un risque de contamination au VIH. C'est le cas des parents des patientes 6, 11 et 12 qui refusent de cohabiter avec elles ou de partager les mêmes assiettes. Ces comportements de l'entourage exercent une pression de rupture sur les relations socioaffectives. Les infectés se sentent ainsi abandonnés, rejetés, exclus à cause de leur statut de séropositif ; ils se replient donc sur eux-mêmes et se sentent humiliés, bafoués dans leur orgueil. Cet isolement social devient parfois difficilement supportable et cette situation augmente leur stress psychologique et dégrade leur qualité de vie.

Un autre souci relevé chez certains patients à VIH est le problème de la conciliation des exigences du suivi médical et du désir de procréation. Ce souci est lié au contexte socioculturel de la sexualité et de la procréation des sociétés africaines et à la place qu'elles occupent dans l'imaginaire social. Ceci a été relevé par Mimché, Yebga et Abega (2007) dans une étude menée au Cameroun. Ces derniers estiment que les exigences du suivi médical imposent un changement dans la vie familiale, reproductive et génésique. Les personnes infectées sont tiraillées entre ces exigences et les contraintes socioculturelles de la sexualité et de la reproduction. Selon Lifton (1964, cité par Maia, 2007), il existe chez chaque individu un désir d'éternité qu'il a nommé le « désir d'immortalité symbolique ». Ce désir permet selon lui de lutter contre l'anxiété et l'angoisse face à la mort. L'identification par délégation à la progéniture permet à chaque individu de vivre et de réaliser pleinement ce désir, car la descendance joue le rôle de dépotoirs des angoisses, des aspirations et des vœux non achevés des parents. C'est elle qui assurera la continuité de leur œuvre. Ce désir psychologique est beaucoup présent dans l'imaginaire social des Africains. Pour eux, avoir un enfant est assez important car il constitue une « richesse » à double titre. L'enfant est tout d'abord le fruit de la vie du couple. Il fait que les parents ne tomberont jamais dans l'oubli après leur mort. À ce titre, il perpétue l'œuvre des parents et de toute la famille. Il assure et assume les pleines responsabilités de ce que les parents auraient dû faire avant leur disparition. Ensuite dans les sociétés traditionnelles africaines, l'enfant constitue une valeur ajoutée à la force du travail de la famille. C'est aux enfants que revient la charge d'enterrer honorablement leurs parents et de leur réserver

des funérailles dignes. La présence de l'enfant dans une famille est donc source de joie et de bonheur. C'est pourquoi ceux qui ne font pas d'enfants se sentiront malheureux et la société les traitera de tous les noms qui évoquent le malheur (sorcier, méchant, maudit...). La stérilité est d'ailleurs vue dans ces sociétés comme l'œuvre d'esprits maléfiques ou de sorciers. Ne pas faire d'enfants en Afrique c'est vivre sans assurer le futur après la mort.

Le VIH se transmettant par voie sexuelle et de la mère à l'enfant, il influence les comportements en matière de sexualité et de procréation chez les personnes infectées. Cette réalité suscite l'angoisse chez les infectés, surtout chez les femmes. Dans la plupart des sociétés africaines, lorsque le couple ne fait pas d'enfants c'est la femme qui est toujours considérée la première comme stérile. La stérilité féminine marginalise la femme et la dévalorise de son statut biologique de femme. Or il nous semble ici que le VIH stérilise artificiellement les femmes qui ont témoigné et les exclut de la vie du couple. Comme le dit bien Vidal dans son ouvrage, *Femme en temps de sida : expérience d'Afrique*, « ... la stérilité féminine exclut la femme du mariage, la marginalise dans la famille et *in fine*, l'empêche d'accéder à un statut de femme accomplie » (Vidal, 2000, p. 42). Certes les techniques de l'assistance médicale à la procréation permettent aujourd'hui à des couples séropositifs et sérodifférents (ou sérodivergents) d'avoir des enfants, mais il se pose le problème de l'accès de tous à ces techniques, surtout dans les pays du Sud. À tout cela s'ajoute le refus de certains conjoints de poursuivre les relations sexuelles ou la vie de couple avec leurs partenaires infectés. Les cas de divorces et de ruptures des relations amoureuses sont fréquents chez les sujets infectés.

Conclusion

Cette étude qualitative portant sur 35 témoignages nous a permis de constater que certains patients à VIH du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan en Côte d'Ivoire présentent des difficultés psychosociales de plusieurs ordres. Les répercussions psychosociales se traduisent principalement par des troubles du comportement, des idées et équivalents suicidaires, le deuil des projets, l'isolement socioaffectif, des préoccupations en lien avec la sexualité et la procréation, la crainte de la cessation de relations socioaffectives. Ces affects découlent du pronostic de l'infection, du traitement et de la pression qu'exerce l'entourage social sur les personnes infectées.

L'étude a permis de relever deux défis majeurs liés au contexte africain dans l'évaluation du VIH/sida. Le premier est d'ordre théorique et méthodologique et se situe sur le plan de l'approche. En effet, le VIH/sida comprend une dimension biomédicale qui relève des études épidémiologiques et étiologiques de type quantitatif et une dimension beaucoup plus complexe

liée au vécu de la maladie et à ses représentations, relevant, elle, des recherches qualitatives. En Afrique, le vécu lié au VIH/sida présente une spécificité marquante en raison du pronostic vital de cette maladie, des problèmes thérapeutiques (précarité du système sanitaire, pénurie de médicaments) et de la forte pression sociale (représentations du VIH/sida, clichés négatifs, place de la procréation en Afrique). L'emploi de l'approche qualitative dans l'évaluation du VIH/sida dans ce milieu est donc un meilleur moyen de faire reculer les limites des connaissances sur cette infection. Le second est d'ordre social. Il se situe sur le plan de la prise en charge des malades et se justifie par la double souffrance (physique et psychologique) liée au VIH/sida. Compte tenu du vécu lié au VIH/sida, particulièrement marqué en Afrique, une surveillance psychologique est à prescrire dans les itinéraires thérapeutiques actuels afin de réussir une prise en charge complète des personnes vivant avec l'infection dans ce milieu, et spécifiquement à Abidjan.

Entreprendre une telle étude sur le vécu des personnes infectées par le VIH/sida en milieu africain comporte des difficultés d'ordres théoriques (vide documentaire en raison de la pauvreté des bibliothèques), méthodologiques (problèmes de traduction parce qu'il y a de nombreuses langues et dialectes parlés sur le territoire) et éthiques (secret médical, discrétion et confidentialité du test de dépistage, représentations et stigmatisation du VIH en Afrique). Si la première difficulté a été contournée grâce à l'apport des recherches sur Internet, les difficultés d'ordre éthiques ont pu être contournées grâce à deux techniques d'approche (le consentement éclairé et la garantie de l'anonymat des répondants).

De même, la petite taille de l'échantillon (35 patients) peut sembler assez réduite pour tirer les conclusions auxquelles nous avons abouti et généraliser les résultats à l'ensemble des personnes vivant avec le VIH/sida à Abidjan. En revanche, la validité de l'échantillon a été garantie par son ajustement aux différentes caractéristiques de la population mère (sexe, classe d'âge, statut matrimonial, situation socio-économique). En recherche qualitative, la qualité de l'échantillon compte plus que sa taille. Le choix de l'approche qualitative dans cet article s'explique par l'objectif de notre étude qui est de décrire et d'expliquer les états émotionnels et les variations psychologiques chez les patients à VIH du SMIT, plutôt que de produire des résultats quantifiables de phénomènes causaux. Il convient de préciser cependant que cette approche n'a pas permis de prendre en compte certains aspects de la souffrance morale directement en lien à l'action du VIH (neurotropisme du virus sur le système nerveux) et au traitement (réaction neurologique de certains antirétroviraux) qui relèvent des méthodes biocliniques. D'autres études plus approfondies prenant en compte tous ces aspects sont à encourager.

Références

- Achi, D. M. (2001). *Conseil et dépistage volontaire du VIH en consultation prénatale, l'exemple de la formation sanitaire urbaine de Koumassi* (Thèse de doctorat inédite). Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Agence nationale de recherche sur le sida [ANRS]. (2004, Avril). *Intervention thérapeutique au Nord et au Sud, questions croisées* [Dossier de presse]. 6^e séminaire ANRS de recherche clinique sur l'infection par le VIH, Paris.
- Aggleton, P. (2002). *Analyse comparative : recherches effectuées en Inde et en Ouganda. Discrimination, stigmatisation et rejet liés au VIH et au SIDA*. Genève, Suisse : ONUSIDA.
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal : Les Presses de l'Université du Québec.
- Bharat, S., Aggleton, P., & Tyrer, P. (2002). *Inde : discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA*. Genève, Suisse : ONUSIDA.
- Borgès Da Silva, G. (2001). La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue médicale de l'assurance maladie*, 32(2), 117-121.
- Casebeer, A. L., & Verhoef, M. J. (2000). L'utilisation combinée des méthodes de recherche qualitatives et quantitatives pour améliorer l'étude des maladies chroniques. *Maladies chroniques et blessures au Canada (MCBC)*, 18(3), 145-151.
- Collignon, R., Gruénais, M.-É., & Vidal, L. (1994). L'annonce de la séropositivité pour le VIH en Afrique. *Psychopathologie africaine*, XXVI(2), 149-291.
- Comeau, Y. (1994). *L'analyse des données qualitatives*. Québec : Cahiers du CRISES, Bibliothèque nationale du Québec, Bibliothèque nationale du Canada.
- Comité universitaire de lutte contre le VIH/sida (COMULSIDA). (2004). *Politique institutionnelle en matière du VIH dans les Universités du Togo*. Lomé : Universités de Lomé et de Kara.
- Cote, T. R., Biggar, R. J., & Dannenberg, A. L. (1992). Risk of suicide among persons with AIDS. A National assessment. *The Journal of the American Medical Association*, 268(15), 2066-2068.

- Coulibaly, D., Msellati, P., & Dédy, S. (1996). Aspects psychosociaux du dépistage VIH/sida chez les femmes enceintes à Abidjan en 1995. Dans CODESRIA, CNLS, & ORSTOM. (1996). *Colloque international sur les sciences sociales et sida en Afrique. Bilan et Perspectives, 1*, 407-414.
- Dantier, B. (2008). La psychanalyse et l'interprétation psychologique et sociologique des profondeurs des discours. Dans M. Arrivé (Éd.), *Le linguiste et l'inconscient* (pp. 53-68). Paris : Presses Universitaires de France.
- Desclaux, A. (2003). Introduction : stigmatisation, discrimination, que peut-on attendre d'une approche culturelle? Dans Unesco, & ONUSIDA (Éds), *VIH/SIDA, stigmatisation et discrimination : une approche anthropologique* (pp. 1-10). Paris : Division des politiques culturelles et du dialogue interculturel UNESCO.
- Desclaux, A. (2002). Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en Afrique. Dans D. Bonnet, M. F. Morel, & C. Legrand-Sébille (Éds), *Allaitements en marge* (pp. 69-88). Paris : Éditions L'Harmattan.
- Desclaux, A., & Cadart, M.-L. (2008). Avoir un enfant dans le contexte du VIH : discours médicaux et liens sociaux. *Médecine/sciences, 24*(2), 53-61.
- Desclaux, A., & Raynaud, C. (1998). *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*. Paris : Karthala.
- Diakitè, K. G. (2002). *Étude de la dépression chez les personnes vivant avec le VIH suivies à l'USAC* (Thèse de doctorat inédite). Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Dozon, J.-P. (1993). Le problème de l'annonce de la séropositivité en Afrique. *Société d'Afrique et sida, 1*, 2.
- Drapeau, M., & Letendre, R. (2001). Quelques propositions inspirées de la psychanalyse pour augmenter la rigueur en recherche qualitative. *Recherches qualitatives, 22*, 73-92.
- Essi, M. J. (2002). SIDA et endogéinité : le sens du syndrome au sein d'un système local de santé. *Les Cahiers de Mutations, 009*, 9.
- Gruénais, M.-É. (1993). Dire ou ne pas dire. Enjeux de l'annonce de la séropositivité à Brazzaville (Congo). Dans J.-P. Dozon, & L. Vidal (Éds), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien* (pp. 207-220). Abidjan, Côte d'Ivoire : GIDIS-CI/ORSTOM.

- Halman, M. (2001). Management of depression and related neuropsychiatric symptoms associated with HIV/AIDS and antiretroviral therapy. *Canadian Journal of Infectious Diseases*, 12(Suppl. C), 9C-19C.
- Herman, J. (1994). *Les langages de la sociologie* (3^e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Hudelson, P. (2004). La recherche qualitative en médecine de premier recours. *Revue médicale suisse*, 503(24011). Repéré à <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=24011>
- Institut national de la statistique (INS), Ministère de la lutte contre le sida (Côte d'Ivoire), & ORC Macro. (2006). *Enquête sur les indicateurs du Sida, Côte d'Ivoire 2005*. Calverton, MA : INS et ORC Macro.
- IPSO, & Radeff, F. (2001). *La ségrégation dans l'histoire des épidémies : lèpre, peste, syphilis et tuberculose. Recherche sociale et sondages*. Repéré à <http://www.akademia.ch/fr/publi/prof/sida.pdf>
- Jackson, H. (2004). *Sida en Afrique : continent en crise*. Harare : SAFAIDS.
- Jose, L. F. (1992). Répercussions psychiatriques de l'infection VIH. Mise à jour. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 235- 248.
- Kazihise, P. C. (2005). *Étude de l'acceptabilité du test de dépistage VIH à Yopougon* (Mémoire de DESS inédit). Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Kerouédan, D. (1999). Christine, jeune femme séropositive. Réflexion sur la prévention et la prise en charge du Sida de la mère et de l'enfant en Côte d'Ivoire. Dans D. Kerouédan, & F. Eboko (Éds), *Politiques publiques du Sida en Afrique* (pp. 3-8). Bordeaux : Centre d'Études d'Afrique noire, IEP.
- Komiti, A., Fiona, J., Grech, P., Mijch, A., Hoy, J., Lloyd, J. H., & Street, A. (2001). Suicidal behaviour in people with HIV/AIDS a review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(6), 747-757.
- Le Blond, D. (2006). Le parcours psychologique d'une personne qui apprend qu'elle est séropositive en 2006. *Le point de VIH. Bulletin du comité des personnes atteintes du VIH du Québec*, 15(3), 8-9.
- Lyketsos, C. G., Hoover, D. R., Guccione, M., Dew, M. A., Wesch, J. E., Bing, E. G., & Treisman, G. J. (1996). Changes in depressive symptoms as AIDS develops. The multicenter AIDS cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 1430-1436.

- Maia, M. (2007). *L'anxiété face à la mort et l'immortalité dans le contexte du VIH/Sida*. Repéré à http://www.rvh-synergie.org/anxiete_mort_immortalite_contexte_VIH_SIDA.htm
- Marzuk, P. M., Tierney, H., Tardiff, K., Gross, E. M., Morgan, E. B., Hsu, M. A., & Mann, J. J. (1988). Increased risk of suicide in patients with AIDS. *The Journal of the American Medical Association*, 259(9), 1333-1337.
- Michael, F., & Czerny, S. J. (2006). Le SIDA : la plus grande menace en Afrique depuis la traite des esclaves. *La Civiltà Cattolica*, 374. Repéré à http://www.jesuitaids.net/pdf/2006_Czerny_AIDS_Civiltà_FRA.pdf
- Mimché, H., Yebga, S. N., & Abega, S. C. (2007, Décembre). *Les enjeux sexuels et reproductifs de la mise sous ARV des PVVS au Cameroun*. Communication présentée à la 5^e conférence sur la population africaine de l'Union pour l'Étude de la Population Africaine (UEPA) : VIH/SIDA : l'impact du lancement des ARV sur le comportement sexuel et la fécondité, Arusha, Tanzanie.
- N'Da, K. (1995). *Prise en charge psychosociale des patients VIH/SIDA par le personnel soignant : cas de l'USAC, clinique des maladies infectieuses et tropicales du CHU de Treichville* (Mémoire fin de cycle INFAS inédit). Institut national de formation des agents de la santé, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Ntozi, J. P. M. (2001, Décembre). *Incidence du VIH/sida sur la fécondité en Afrique subsaharienne*. Communication présentée à la 4^e réunion du Comité de suivi de la mise en œuvre de la Déclaration de Dakar/Ngor et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, 28-31 janvier 2001, Secrétariat mixte Commission Économique pour l'Afrique (CEA) du Conseil Économique et Social (CES) des Nations Unies/OUA/BAD en collaboration avec le FNUAP, Yaoundé, Cameroun.
- Olié, J. P., Poirier, M. F., & Lôo, H. (1995). *Les maladies dépressives*. Paris : Flammarion.
- ONUSIDA. (2005, Avril). *Rapport d'un atelier théologique consacré à la stigmatisation liée au VIH et au SIDA*. Windhoek, Namibie. Repéré à http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc1119-theological_fr.pdf
- Ouiminga, M. (2003). *Analyse de l'observance et de l'adhésion au traitement antirétroviral chez les patients adultes VIH+ à Abidjan* (Thèse de doctorat inédite). Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.

- Sanchez-Valero, C. (2003). Dépression et VIH/SIDA. *Revue médicale suisse*, 577(22694). Repéré à <http://revue.medhyg.ch/article.php3?sid=22694>
- Tchiny, N. K. (2006). *Évaluation du counseling et de l'observance du traitement ARV au centre accrédité PPH du CHU de Cocody* (Thèse de doctorat inédite). Université de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Thibault, G. (2006). Vivre en équilibre. *Le point de VIH. Bulletin du comité des personnes atteintes du VIH du Québec*, 15(3), 3.
- Unesco, & ONUSIDA. (2003). *L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/sida*. Projet de recherche Unesco/ONUSIDA, Manuels méthodologiques (série spéciale n°4), Paris : Unesco.
- Vidal, L. (2000). *Femmes en temps de sida, expériences d'Afrique*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Vimard, P., & Fassassi, R. (2007). La demande d'enfants en Afrique subsaharienne. Dans B. Ferry (Éd.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain* (pp. 197-251). Paris : AFD, CEPED, Karthala.
- Williams, D. (2006). La santé psychologique et le VIH. *Le point de VIH. Bulletin du comité des personnes atteintes du VIH du Québec*, 15(3), 6-7.

Kouamé Atta est anthropologue biologiste et diplômé en santé humanitaire. Titulaire d'un doctorat, il est enseignant-chercheur à l'Université de Cocody à Abidjan, chargé de cours d'anthropologie biologique en première année et d'éthologie humaine en licence à l'Institut des sciences anthropologiques de développement (ISAD) de la même université. Membre de la Société d'anthropologie de Paris (SAP), ses recherches portent sur les implications socio-psychiques du VIH chez les personnes infectées vivant en Côte d'Ivoire, les comportements suicidaires chez l'adolescent des milieux urbains et les pratiques de dépigmentation de la peau.