

PUBLICATION 2

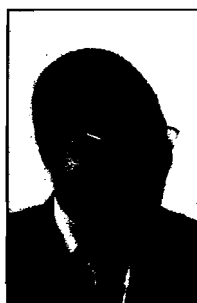
Impacts psychologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et leur entourage à Cotonou (Bénin). Tognidè C.M, Kakanakou JF, Zannou D M, Gansou M, Kpadonou-Fioffi E, Tognon F, Ezin-Houngbé J, Agossou Th. Psy Cause 2010 ; 58 : 4-10.

Sommaire

Éditorial	2
PsyCause I – Francophonie en Afrique Subsaharienne	3
Impacts psychosociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et leur entourage à Cotonou (Bénin) Tognide C.M., Kakanakou J.F., Zannou D.M., Gansou M., Kpadonou-Fiossi E., Tognon F., Ezin Hougbe J., Agossou Th.	4
Étude des déterminants du partage du résultat de la séropositivité avec une tierce personne par les personnes vivant avec le VIH/sida suivies au centre hospitalier et départemental du Borgou au Bénin en 2007 Gandaho P., Bello Y.S., Tognon F.	11
Impacts psychosociaux du non-paiement des soins sur les indigentes retenues à l'HOMEL (Bénin) Tognide C.M., Labitan C., Tognon F., Gansou G. M., Ezin Hougbe J., Ahyi R. G.	17
L'usage et l'abus d'alcool dans le département du Borgou Gandaho P., Tognon-Tchégnonsi F., Akpakpo BY.	21
Relativité culturelle du symptôme en pathologie mentale et la classification psychiatrique Mathieu Tognidé.....	27
PsyCause II – Francophonie en Afrique du Nord	32
Corps et possession dans la thérapie traditionnelle au Maroc Leila Cherqaoui	33
La prévalence des addictions chez les patients bipolaires Adali. I., Asri. F., Manoudi. F., Tazi. I.	37
Psychose nuptiale et culture Auteurs : Ellouze F., Cherif W., Ben Ablat T., Amri H., M'rad M.F.	42
PsyCause III – Francophonie dans l'Union européenne	46
En écho à l'éditorial Andrew Blewett	47
Regard tchèque sur un stage dans un hôpital psychiatrique français Ivan Galuszka.....	48
Congrès à Pribor	50



Mathieu Tognidé



Magloire Gansou



Emilie
Kpadonou-Fioffi



Francis Tognon



Josiane Ézin Houngbé

Impacts psychosociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et leur entourage à Cotonou (Bénin)

Auteurs : Tognide C.M.^{1*}, Kakanakou J.F.^{2*}, Zannou D.M.^{**}, Gansou M.^{3*}, Kpadonou-Fioffi E.³, Tognon F.^{4***}, Ezin Houngbe J.^{5*}, Agossou Th.^{6*}

Résumé

Véritable désastre humanitaire d'ampleur historique. Le phénomène VIH/SIDA pose la problématique de la révélation de la séropositivité au VIH par les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) elles-mêmes.

Cette étude prospective transversale à la fois descriptive et analytique qui s'est déroulée au Centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH de l'organisation non gouvernementale (ONG) RACINES à Cotonou, vise à déterminer les impacts psychologiques et sociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et l'entourage.

Il ressort, au terme de l'étude, que l'attitude compréhensive reste l'impact social le plus important lors de la révélation au (x) conjoint (es) (67,6 %). Le soutien moral ou spirituel (78 %), l'indifférence (51,2 %) et le rejet (7,9 %) sont les réactions des confidents. Les rapports sexuels non protégés représentent 70 % des comportements sexuels des patients n'ayant pas révélé leur séropositivité. 40,3 % des PVVIH de la population d'étude sont anxieuses et celles qui ont révélé leur séropositivité sont moins anxieuses (25,7 %). 78,4 % des PVVIH qui ont révélé leur séropositivité sont déprimées. La moitié des enfants mineurs informés de la séropositivité de leurs parents est triste, 22,7 % ont éprouvé de la peur.

Mots-clés : Impacts psychosociologiques-Révélation-séropositivité au Vih-Pv/vhi.

1. Professeur de psychiatrie et directeur du CNHP de Cotonou

2. Médecin résident

3. Psychiatre

4. Psychiatre doyen de la faculté de médecine de Parakou

5. Professeur de psychiatrie

6. Chef de service de psychiatrie au CNHU

* Service de Psychiatrie CNHU-HKM Cotonou 04 BP 0217(Bénin)

** Service de Médecine Interne CNHU-HKM

*** Faculté de Médecine à l'Université de Parakou (Bénin)

Summary

Real humanitarian disaster of historical scale. The phenomenon HIV/AIDS put down the problematic of HIV positive revelation by the people living with HIV themselves.

This prospective and transversal study at the same time descriptive and analytic which has occurred at centre. Of minimum fare of people living with HIV of non governmental organisation RACINES at Cotonou, aims to determine the psychological and sociological impact of the revelation or not of HIV positive upon people living with HIV and the entourage.

It stands out at the end of the study that comprehensible attitude remains the most important social impact during the revelation to husband(s) and wife/wives (67,6 %). Moral or spiritual support (78 %), indifference (51,2 %) and rejection (7,9 %) are confidants' reactions. Sexual intercourses without protection represent 70 % of sexual behaviour of patients not having revealed their HIV positive status. 40,3 % of people living with HIV of the studied population are anxious and those who have revealed their HIV positive status are less anxious (25,7 %). 78 % of people who have revealed their HIV positive status are depressed. Half of minor children informed about their parents' HIV positive status would be sad, 22,7 % would have been frightened.

Key words : Psychosociological – Impacts – Revelation – HIV Positive – People living with HIV.

Introduction

De 1981 à nos jours, la pandémie du SIDA s'est de plus en plus révélée comme une catastrophe mondiale. Véritable désastre humanitaire d'ampleur historique elle voit, à partir de l'année 1987, s'ériger sur son chemin une forte mobilisation nationale et internationale, aux niveaux institutionnel, politique, scientifique et associatif [1]. Les moyens de prévention sont de plus en plus vulgarisés, l'accès au traitement médicamenteux est devenu progressivement gratuit. Un aspect fondamental dans la prise de conscience du phénomène du VIH/SIDA et dans sa prise en charge est la révélation de la séropositivité au VIH par les personnes vivant avec le VIH (PWIH) elles-mêmes. Cette option interpelle la conscience des PWIH dans ses aspects moraux, religieux, juridiques et socioculturels [14] La question des impacts psychologiques et socioéconomiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH a déjà fait l'objet de certaines études en Europe, en Amérique et en Asie. En Afrique, les travaux [1] sont quasiment inexistantes surtout dans les pays francophones.

L'objectif principal de ce travail est d'étudier les impacts psychologiques et sociologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH sur les PVVIH et l'entourage à Cotonou(BENIN).

I – Matériel et Méthode d'étude

Il s'agit d'une étude prospective transversale à la fois descriptive et analytique qui s'est déroulée au Centre de prise en charge des personnes vivant avec le VIH de l'Organisation Non Gouvernementale (ONG) RACINES à Cotonou. Elle couvre une période de trois mois, soit du 02 Avril 2007 au 29 Juin 2007. Nous avons sélectionné des PWIH suivies dans le centre qui ont été recensées durant la période du déroulement de l'enquête lors des consultations d'observance du traitement ARV, des renouvellements de médicaments ARV ou des consultations de suivi médical.

Les critères d'inclusion sont :

- Les PWIH de plus de 15 ans (adolescents et adultes)
 - Les PWIH traitées par ARV dans le Centre Médical de l'ONG RACINES
 - Avoir donné son consentement pour participer à l'étude
- Les critères d'exclusion sont :
- Avoir un antécédent de troubles psychiques avant la connaissance du statut sérologique positif au VIH
 - Avoir un état général altéré avec un indice de Karnofsky inférieur à 50 %.

Les variables recherchées sont l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, le niveau socio économique, les modes de révélation, les éléments favorisant la révélation ou non de la séropositivité.

Les troubles psychologiques du patient au moment de l'enquête ont été déterminés à l'aide des échelles diagnostiques contextuelles de HALMITON.

L'analyse des données ont été faites avec le logiciel SPSS 12.0. Les graphiques ont été élaborées grâce au logiciel EXCEL 2003. La comparaison des variables qualitatives a été faite à l'aide du test de khi-deux de PEARSON et le test exact de FISHER. Tous les tests ont été interprétés avec un seuil de significativité inférieur ou égal à 5 %.

II – Résultats

2.1. Caractéristiques de la population étudiée

Notre population d'étude est donc faite de 124 PWIH et représente 63,3 % de l'effectif total des patients. Elle comprend 31 hommes et 93 femmes ; soit un sex-ratio de 0,33 avec un âge moyen de 35,4 ans +/- 9,7. Les hommes sont significativement plus instruits que les femmes ($p = 0,00$; $OR = 6,45$). En effet, on compte 28 hommes instruits contre 3 non instruits et 55 femmes instruites contre 38 non

instruites. De même, les hommes ont un meilleur niveau socioéconomique que les femmes ($p = 0,00$; $OR = 9,96$). On constate que 48 femmes sont en état de dépendance financière contre 45 financièrement indépendantes. Dans le même ordre chez les hommes, on a 3 contre 28. La révélation au(x) conjoint(es) est significativement liée au sexe ($p = 0,02$), à l'instruction ($p = 0,00$), au niveau socioéconomique ($p = 0,01$), au type de la famille : mono-game ou polygame ($p = 0,03$) et à la situation matrimoniale ($p = 0,00$) ; mais non à l'âge ($p = 0,08$).

2.2. Réactions du conjoint(es)

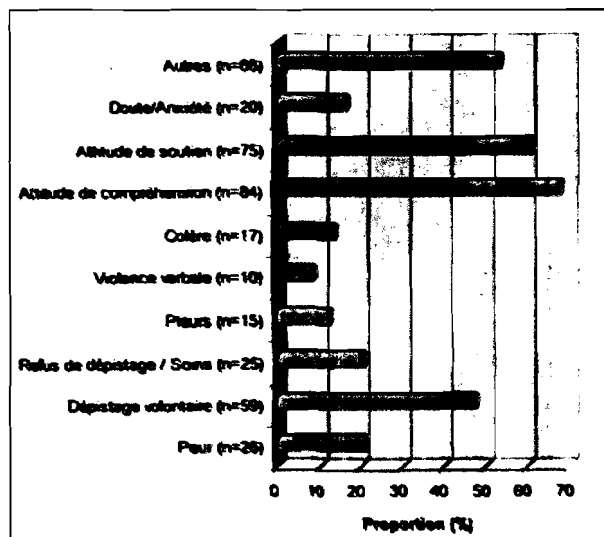


Figure 1 : Répartition des patients en fonction de la réaction du(es) conjoint(es).

2.3. Réactions des autres confidentes

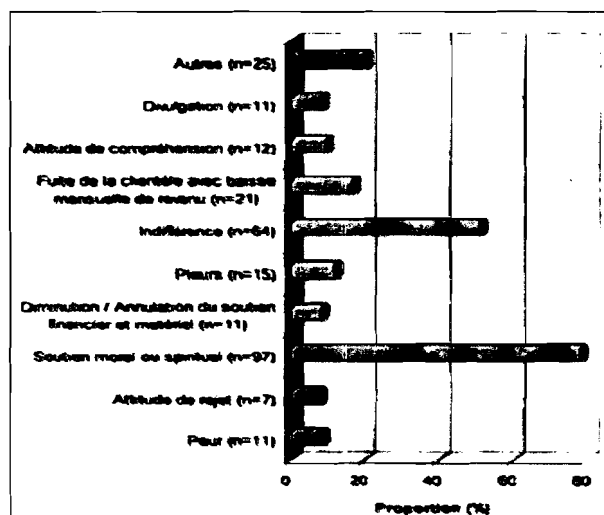


Figure 2 : Répartition des patients en fonction de la réaction des autres confidentes.

2.4. Comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut versus comportements sexuels des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es)

Voir tableau I.

Il n'y a pas de différence significative entre les comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut et ceux des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es).

2.5 Morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents n'ayant pas révélé leur statut versus morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es)

Voir tableau II.

2.6. Morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH versus morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH ayant révélé leur statut au VIH

Voir tableau III.

2.7 Réactions des enfants mineurs informés de la séropositivité de leurs parents

Tableau IV : Répartition des enfants mineurs informés de la séropositivité au VIH de leurs parents en fonction de leurs réactions.

Réactions	Effectifs	Proportion (%)
Tristesse	55	50,0
Peur	25	22,7
Difficultés scolaires	10	9,1
Colère / agitation	05	4,5
Difficultés alimentaires	05	4,5
Difficultés de sommeil	05	4,5
Honte	00	0,0
Sentiment de culpabilité	00	0,0
Désintérêt	00	0,0
Autres	25	22,7

Tableau I : Répartition des patients en fonction des comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut et des comportements sexuels des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es).

Comportements sexuels	Patients n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)		Patients ayant révélé au(x) conjoint(es)	
	Effectifs	Proportion (%)	Effectifs	Proportion (%)
Rapports non protégés	35	70,6	40	51,3
Rapports protégés ou Abstinence	15	29,4	34	48,7
Total	50	100,0	74	100,0

$\text{Khi}^2 = 3,17$ $p = 0,07$ $\text{OR} = 1,98 [0,87 - 4,55]$

Tableau II : Morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents n'ayant pas révélé leur statut versus morbi-mortalité des enfants de moins de 5 ans nés de parents ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es).

Enfants	Effectif		Proportion (%)		Indicateurs statistiques	
	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Risque relatif (RR)	Probabilité (p)
Vivants non malades	42	77	62,7	92,8	-	-
Vivants malades	16	4	23,9	4,8	2,27	0,00
Décédés	9	2	13,4	2,4	1,96	0,01
	67	83	100,0	100,0	-	-

Tableau III : Morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH versus morbi-mortalité des conjoint(es) des PWIH ayant révélé leur statut au VIH.

Enfants	Effectif		Proportion (%)		Indicateurs statistiques	
	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Parents n'ayant pas révélé au(x) conjoint(es)	Parents ayant révélé au(x) conjoint(es)	Risque relatif (RR)	Probabilité (p)
Vivant(e)s non malades	67	98	75,3	94,2	-	-
Vivant(e)s malades	17	5	19,1	4,8	1,90	0,00
Décédé(e)s	5	1	5,6	1,0	1,86	0,06
	89	104	100,0	100,0	-	-

2.8. Anxiété selon la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es)

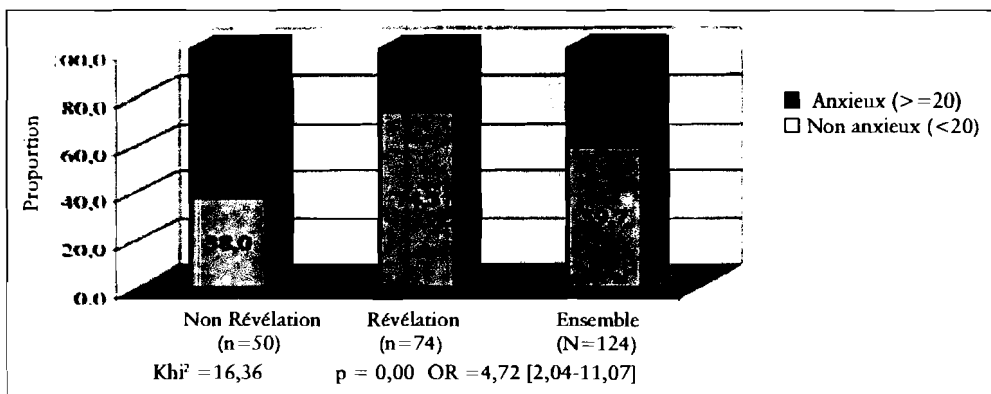


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de l'anxiété et de la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es).

2.9. Dépression selon la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es)

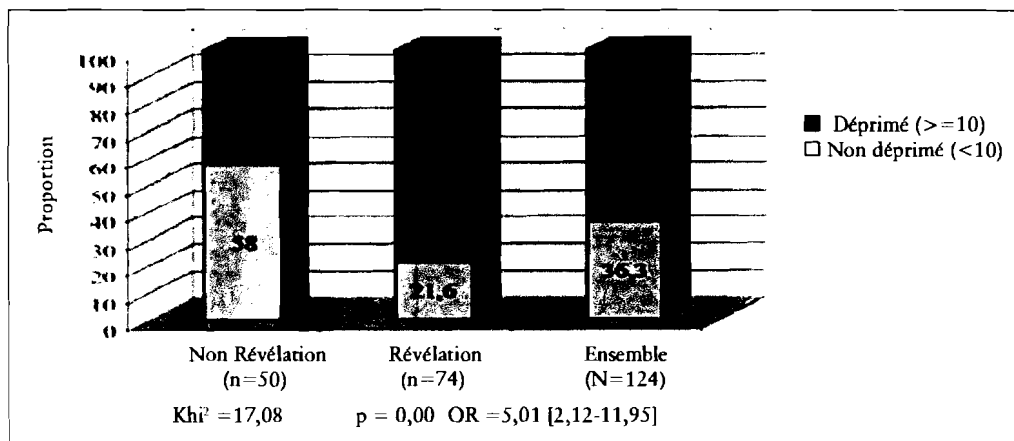


Figure 5 : Répartition des patients en fonction de la dépression et de la révélation ou non de la séropositivité au VIH au(x) conjoint(es).

IV – Discussion

4.1. Impacts sociaux de la révélation ou non de la séropositivité au VIH

Aux nombres des impacts de la révélation, figurent les comportements sexuels adoptés par les PWIH qui ont révélé leur séropositivité au(x) conjoint(es). Les rapports sexuels non protégés font 51,3 %. L'abstinence représente 24,3 % des comportements au même titre que les rapports sexuels protégés. Ces résultats sont très différents de ceux publiés par DAVES. S. et al. en 2006 à Londres où 73,0 % des PWIH protègent leurs rapports sexuels après la révélation au(x) conjoint(es), avec un changement significatif dans les comportements sexuels [4]. Ce contraste peu élogieux est inquiétant et demande d'autres réflexions sur le sujet. Les raisons qui sous-tendent ces types de comportements sociaux méritent d'être investiguées par une étude ultérieure. Ce n'est qu'après une démarche scientifique du genre qu'il sera possible de proposer des solutions adéquates pour un changement significatif de comportements.

S'agissant des réactions du conjoint (es) et des autres confidents, elles sont loin d'être inquiétantes. L'attitude de compréhension est l'impact social le plus important de la révélation au(x) conjoint (es) (67,6 %). Le développement d'une attitude de soutien suit : 60,8 %. Viennent ensuite le dépistage volontaire du conjoint (es) : 47,2 % ; la peur : 20,8 % et enfin le refus de dépistage et de soins : 20,3 %. En ce qui concerne les réactions des autres confidents, le soutien moral ou spirituel émerge avec 78,0 % devant l'indifférence : 51,2 % et l'attitude de rejet : 7,9 %. Les impacts économiques sont peu importants. La fuite de la clientèle avec une baisse mensuelle de revenu s'observe dans 17,1 % des cas. La diminution ou l'annulation de soutien financier et matériel est rapportée dans 8,5 % des cas. Le taux de licenciement est faible à 1,2 %. Ces résultats sont superposables en plusieurs points à ceux publiés par TOGNIDE et

al. en 2005 au Bénin [15]. L'attitude de rejet, alors égale à 11,8 %, a assez bien régressé, signe d'une information et d'une éducation améliorées de la population sur le VIH/SIDA. Cependant, les 49,8 % de modification professionnelle et les 32,5 % de perte d'emploi, par eux rapportées, sont nettement en hausse par rapport à nos résultats. Ceci s'explique par la représentativité professionnelle de notre population d'étude qui pour 87,8 % est dans le secteur informel. LETEMO G [9] s'inscrit dans la même tendance en 2003 au Botswana avec 11,0 % de rejet. OBI S. N. remarque au Nigeria que le risque de rejet est plus élevé chez le(s) conjoint(es) que dans la fratrie [12]. De même, GIELEN A. C. en 1997 à Baltimore aux USA publie que 75,0 % des confidents offrent des soutiens de tous ordres et développent une attitude de compréhension envers les PWIH. Il souligne toutefois, 19,0 % de rejet et d'abandon et 6,0 % de violence verbale ou physique [6].

Quant aux impacts de la non révélation, les rapports sexuels non protégés représentent 70,6 % des comportements sexuels des patients n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH au(x) conjoint(es). Des résultats plus inquiétants sont retrouvés à Lusaka en Zambie avec HIRA S. K et al. en 1990 [7]. Ceci devrait interroger plus d'un sur cet aspect des comportements sexuels à risques chez la PWIH.

Nous rappelons que ces pratiques sexuelles à risques chutent à 51,3 % chez les PWIH ayant révélé leur statut sérologique à leur(s) conjoint (es). Certes, une amélioration est notée. Toutefois, il n'y a pas de différence significative entre les comportements sexuels des PWIH n'ayant pas révélé leur statut et ceux des PWIH ayant révélé leur statut au(x) conjoint(es) [$p = 0,07$; $OR = 1,98$]. C'est ce que constate aussi SULLIVAN K.M. à Manoa aux USA en 2005 [16].

Abordant la morbidité relatives aux enfants de moins de 5 ans nés de parents n'ayant pas révélé leur statut sérologique à leur(s) conjoint(s), nous constatons que 23,9 % des enfants de tels parents sont gravement malades contre 4,8 % des

enfants de moins de cinq ans dont les parents ont révélé leur statut sérologique à leur(s) conjoint(s) [$p = 0,00$; $RR = 2,27$]. Ceci est valable pour les conjoint (es) des PWIH ($p = 0,00$; $RR = 1,90$). La mortalité suit la même tendance chez les enfants ($p = 0,01$; $RR = 1,96$) mais non plus chez les conjoint (es) [$p = 0,06$; $RR = 1,86$]. Dans une étude prospective réalisée en 2005 en Afrique Sub-Saharienne, EHIRI J. E. rapporte des résultats semblables.[5] HIRA S. K. et al. publient en 1990 à Lusaka en Zambie que 25,0 % des enfants de 0-5 ans sont malades de façon répétitive occasionnant d'énormes dépenses financières et matérielles aux parents.[7]

4.2. Impacts psychologiques de la révélation ou non de la séropositivité au VIH

Globalement, 40,3 % des PWIH de notre population d'étude sont anxieuses. Une prévalence plus grande est observée au niveau des PWIH déprimées soit 63,7 %. Les PWIH qui ont révélé leur statut sérologique au(x) conjoint (es) sont moins anxieuses : 25,7 % des cas de révélation. Celles qui n'ont pas révélé leur statut sérologique au(x) conjoint(es) sont plus anxieuses : 62,0 % des cas de non révélation. Cette tendance s'inverse au niveau des PWIH déprimées. Ainsi, 78,4 % des PWIH qui ont révélé leur statut sérologique au VIH au(x) conjoint (es) sont déprimées alors que celles qui ne l'ont pas révélé sont moins déprimées à hauteur de 42,0 %. Nous remarquons que toutes les PWIH anxieuses sont déprimées alors que 39,2 % des patients déprimés ne sont pas anxieux.

La justification de la prévalence élevée de l'anxiété chez les patients n'ayant pas révélé leur séropositivité au VIH au(x) conjoint (es) est multifactorielle. Un tel patient est en permanence angoissé. Il est constamment en proie à l'incertitude ; une incertitude de «l'après révélation». La peur de faire souffrir, la peur d'être abandonné(e), la peur de discrimination et de victimisation... ; sont autant d'éléments qui assaillent la vie mentale de la PWIH. Les patients n'ayant pas révélé leur statut au(x) conjoint (es) anticipent négativement la réaction de l'entourage et sont donc en proie à une hyperactivité mentale. L'anxiété est du coup, tout à fait prédictible chez ces patients.

Quant aux patients ayant révélé leur séropositivité au VIH au(x) conjoint (es), nous avons relevé une grande tendance à la dépression. En effet, après la révélation, le patient est confronté aux diverses réactions de ses confidents. Quelles qu'elles soient, il n'y peut rien et les subit. A ceci s'ajoutent le sentiment de honte, celui d'impuissance, de culpabilité et d'inutilité. La PWIH ayant révélé son statut a perdu son orgueil, sa fierté et son optimisme.

L'importance de ces valeurs est incontestée dans leur rôle pour l'équilibre social de l'Africain en général et du Béninois en particulier. La perte de ces valeurs, associée aux éléments

relevés plus haut, constituent autant de facteurs dépressogènes que vivent les patients et qui justifient la prévalence élevée de la dépression chez les PWIH ayant révélé leur séropositivité, notamment, au(x) conjoint(es).

Les prévalences d'anxiété et de dépression retrouvées chez les PWIH dans notre étude sont nettement supérieures à celles publiées par TOGNIDE et al. à Cotonou en 2004, soit 7,8 % et 21,7 % respectivement [15]. Elles se rapprochent de celles rapportées par AHYI C. en 2006 à Cotonou ; soit 23,0 % et 51,0 % dans l'ordre de l'anxiété et de la dépression [2]. Ceci peut s'expliquer par le rôle que jouent certains ARV et la chronicité de leur prise dans l'apparition de l'anxiété et de la dépression [3]. Notre étude et celle de AHYI C. étaient effectuées sur des populations sous ARV contrairement à celle de l'équipe de TOGNIDE. LELO M. au Congo Kinshasa en 2005, PETRAK J. A. à Londres en 2001 [13 ;8] ont fait des études qui ont en commun, quelles que soient les variations en chiffres, une prévalence de la dépression plus forte que celle de l'anxiété chez les PWIH.

Aussi, avons-nous décrit les réactions des enfants mineurs informés de la séropositivité au VIH de leurs parents. La moitié de ces enfants serait triste selon leurs parents ; 22,7 % auraient éprouvé de la peur ; 9,1 % d'entre eux rencontreraient des difficultés scolaires consécutives à l'information du statut sérologique positif au VIH de leurs parents. Ce taux est heureusement faible mais pas négligeable. Ces résultats sont assez proches de ceux observés par l'équipe de MUTANQADURA en Zambie en 1998.[11]. Ces derniers font également cas d'une prévalence non négligeable de difficultés relationnelles des enfants avec leurs amis. New M. J. et al. en 2006 à Washington, MURPHY D. A. et al. en Californie en 2006, rapportent des résultats très différents. Ils remarquent chez les enfants mineurs de plus de 6 ans, 38,0 % en moyenne de troubles psychologiques à type d'anxiété et de dépression. Celles-ci régressent néanmoins avec le temps [10]. Cette différence avec nos résultats est compréhensible. En effet, l'évaluation des enfants dans notre étude était indirecte, se limitant au jugement des parents. Les enfants n'ont pas eux-mêmes été interrogés, examinés et évalués.

Conclusion

La lutte pour la réduction de l'incidence de l'infection par le VIH passe aussi par la révélation de la séropositivité des personnes vivant avec ce virus. La révélation de la séropositivité des PWIH/SIDA à des impacts psychologiques et socioéconomiques non seulement sur la PWIH mais surtout sur son entourage. En sommes ces impacts méritent d'être pris en compte dans la prise en charge des PWIH. Celles-ci doivent être encouragées à la révélation de leur statut sérologique, en l'occurrence au(x) conjoint (es), et bénéficier d'une assistance psychologique systématique et régulière.

Références

1. ANGLARET X. D.U. Méthode et Pratiques en épidémiologie. Comprendre la prise en charge du VIH /SIDA . ISPED.Enseignement vi internet.2006 ; 4-5 : 7-8.
2. AHYI C Troubles psychiatriques chez les personnes vivant avec le VIH à Cotonou. Thèse de Méd, Cotonou, Université d'bomey Calavi, 2006 ; 1254 : 131p
3. DARIOSCECQ JM, TABURET AM, GIRARD PM. Infection VIH. M2MENTO Thérapeutique, 1ère ed. Paris, Doin éditeurs ; 2001 : 335.
4. DAVE SS, STEPHENSON J, MERCEY DE, PANHMAND N, JUNQMANN E. Sexual behaviour, condom use, and disclosure of HIV status in HIV infected hétérosexual individual attending an inner London HIV Clinic. *Sex Transm Infect* 2006 ; 82 (2): 117-9.
5. EHIRIJE, ANYANWUEC, DONATH E, KANUI, JOLLY PE. AIDS-related stigma in Sub-Saharan Africa: its contexts and potential intervention strategies. *AIDS Public Policy J* 2005; 20 (1-2): 25-39.
6. GIELEN A C, O CAMPO P, FADEN R R, EKE A. Women's disclosure of HIV status: experiences of mistreatment and violence in an Urban setting. *Women Health* 1997; 25 (3) : 19-31.
7. HIRA S. K, NKOWANE B M, KAMANGA J, WADHAWAN D, KAVINDELE D, MACUACUA R et al. Epidemiology of HIV families in Lusaka, Zambia. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1990 ; 3 (1) : 83-6.
8. LELO M, MAMPUZA M M , N'SITU A M, IPARA J. L'inventaire somatique de Bradford : test de discrimination de l'anxiété et de dépression masquée chez les PVVIH à Kinshasa RD CONGO. *Médecine d'Afrique Noire* ; 5204. 2005 : 2003-2006 .
9. LETEMO G. Prevalence of, and factors associated with HIV/AIDS- related stigma and discriminatory attitudes in Botswana. *J Health Popul Nutr* 2003; 21 (4): 347-57.
10. MURPHY DA, GREENWELL L, MOUTTAPA M, BRECHT M L. Physical health of mothers with HIV/AIDS and the mental health of their children. *J Dev Behav Pediatr* 2006; 27 (5): 386-95.
11. MUTANQADURA G., JACKSON H. HIV/AIDS and the young: three studies in southern Africa. *SAF AIDS News* 1998; 6 (4): 2-8.
12. OBI S N, IFEBUNANDU N A. Consequences of HIV testing without consent. *Int J STD AIDS* 2006. 17 (2) : 93 -6
13. PETRAK JA, DOYLE AM, SMITH A, SKINNER C. Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others. *Br J Health Psychol* 2001; 6 (pt 1): 69-79.
14. République du Bénin. Ministère de la Santé Loi N° 2005-31 du 5 Avril 2006 portant prévention prise en charge et contrôle du VIH /SIDA en République du Bénin 2006 ; 27.
15. TOGNIDE C.M., EZIN HOUNGBEJ, GANDAHO P, DOSSA M, AHYI R. G. Vécu social des personnes vivant avec le VIH/ SIDA à Cotonou (Bénin). *Médecine d'Afrique Noire* : 2005 : 623—627.
16. SULLIVAN K M. Male Self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners: a review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2005; 16(6) : 33-47.



Scène de rue à Cotonou.