



DYNAMIQUE CONJUGALE AU SEIN DES COUPLES SÉRODISCORDANTS DONT LES FEMMES SONT INFECTÉES DU VIH/SIDA

[Étapes de traitement de l'article]

Date de soumission : 21-05-2025 / Date de retour d'instruction : 05-06-2025 / Date de publication : 15-07-2025

Pagnamam POROMNA

Université de Kara. Institut de Formation des Sciences Pédagogiques et
d'Administration Universitaire.

✉ poromna78@yahoo.fr

Résumé : Le taux de contamination du VIH/Sida est en pleine décroissance grâce aux antirétroviraux, mais les conséquences psychologiques de la maladie sont loin d'être maîtrisées surtout au niveau des couples sérodiscordants.

A travers cette étude prospective portant sur 78 couples sérodiscordants, nous cherchons à explorer leur vécu psychologique.

Nous avons fait recours à l'entretien semi-dirigé pour la collecte des données. Ces dernières ainsi recueillies ont été analysées à l'aide des méthodes qualitative (analyse de contenu) et quantitative à travers le logiciel SPSS pour le calcul des fréquences et la vérification des corrélations entre les diverses variables.

À l'issue de cette étude, il ressort que les femmes vivantes avec le VIH Sida (82,05%) ont peur d'être rejetés par leur conjoint séronégatif et 76,92% de ces derniers ont peur d'être infecté. Cependant, 76,92% des couples ont décidé de vivre ensemble. Les femmes infectées 52,56% estiment que le style d'attachement amoureux de leur mari est détaché par contre, 51,28 % des hommes pensent que leur femme perçoit leur relation amoureuse comme sécurisée. Il existe une forte corrélation entre la peur d'être rejeté et l'angoisse des PVVIH d'une part et d'autre part entre le refus des relations sexuelles et la peur de la contamination.

Lorsqu'un couple est confronté à la situation de la sérodiscordance, les interactions au sein du couple dépendent du statut sérologique de chaque partenaire. L'homme qui est séronégatif vit un traumatisme en raison des dangers qu'il encourt. La femme, infectée s'autostigmatise et réagit fortement à certaines attitudes de son compagnon qu'elle perçoit comme stigmat. Il est essentiel que chacun réalise son propre processus de deuil avant de s'attaquer à celui du couple.

Mots clés : angoisse, couple, sérodiscordance, vécu, VIH /SIDA

**MARITAL DYNAMICS WITHIN SERODISCORDANT COUPLES IN WHICH THE
WOMEN ARE INFECTED WITH HIV/AIDS**

Abstract: The HIV/AIDS infection rate is declining rapidly thanks to antiretroviral drugs, but the psychological consequences of the disease are far from being under control, especially among serodiscordant couples.

Through this prospective study of 78 serodiscordant couples, we seek to explore their psychological experiences.

We used semi-structured interviews to collect data. The data collected was analyzed using qualitative methods (content analysis) and quantitative methods using SPSS software to calculate frequencies and verify correlations between the various variables.

The study found that women living with HIV/AIDS (82.05%) are afraid of being rejected by their HIV-negative partners, and 76.92% of the latter are afraid of being infected. However, 76.92% of couples have decided to live together. 52.56% of infected women feel that their husbands are emotionally detached, while 51.28% of men believe that their wives perceive their relationship as secure. There is a strong correlation between the fear of rejection and anxiety among PLHIV on the one hand, and between the refusal of sexual relations and the fear of infection on the other.

When a couple is faced with serodiscordance, interactions within the couple depend on the HIV status of each partner. The HIV-negative man experiences trauma because of the dangers he faces. The infected woman stigmatizes herself and reacts strongly to certain attitudes of her partner that she perceives as stigma. It is essential that each person go through their own grieving process before tackling that of the couple.

Keywords: anxiety, couple, serodiscordance, HIV/AIDS experience

INTRODUCTION

Le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH), depuis plus de quatre décennies de son apparition, reste toujours un problème de santé publique le plus inquiétant à l'échelle mondiale malgré l'avancée de la science. Selon les données de l'ONUSIDA (2024), 39,9 millions de personnes dans le monde étaient porteuses du VIH en 2023.

Pour combattre la prolifération de la pandémie, l'une des méthodes la plus rassurante est la prise des antirétroviraux. Les recherches de Cohen et al, (2012) ont montré les effets bénéfiques des Anti Retro Viraux. ONUSIDA (2023) estime à 30,7 millions le nombre de personnes bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale. Ces derniers jouent non seulement un rôle thérapeutique mais également une fonction préventive. Malgré cette initiative, 1,3 million de nouveaux cas d'infection par le VIH ont été recensés en 2023.

Au Togo, la stratégie de riposte de la pandémie a pris forme dès la description du premier cas en 1987. Elle s'est axée sur la prévention, le dépistage et la prise en charge médicale, psychologique et sociale des PVVIH. A ce jour, des avancées sont réalisées en matière de la lutte contre la pandémie. En 2023, dans le domaine de la prise en



charge, 90 229 personnes vivantes avec l'infection sont mises sous traitement et 72 926 ont bénéficié des bilans de la charge virale en plus de cela 90,1% des personnes sous traitement ont leur charge virale supprimée.

L'un des moyens de prévention est le dépistage de la sérologie. Les résultats possibles que l'on peut s'attendre sont : positif pour dire que l'on porte le virus, négatif pour désigner l'absence du virus et le statut indéterminé pour désigner un résultat douteux. Mais, lorsqu'il s'agit du dépistage des couples, trois statuts sérologiques conjugaux sont possibles : séronégatif, aucun membre n'est infecté par le VIH/sida ; séropositif, les deux partenaires sont porteurs du virus ; sérodiscordant, un des partenaires est séropositif (Ferry, 2010).

Au-delà du dépistage, certains auteurs se sont penchés sur les voies de la contamination. Ils trouvent qu'il en existe trois principalement : la voie sexuelle qui représente 50% des cas d'infections lors des rapports sexuels non protégés. Ensuite la transmission par voie sanguine et enfin la voie mère enfant (Sangaré, Coulibaly, Ehouman, 1998).

L'effet de l'infection sur l'organisme est la diminution du taux de lymphocytes CD4 ce qui augmente le risque d'infections opportunistes qui devient majeur.

Le VIH/Sida, au-delà des répercussions médicales, affectait également le vécu psychologique des personnes infectées, Sanchez-Valero (2003) trouve que le VIH/Sida peut conduire à un risque important de dépression. Ce trouble d'humeur peut s'augmenter au fur et à mesure que l'infection avance vers le stade du SIDA. Dans la même veine, Suarez (2000) trouve qu'il y a proportion élevée de troubles psychiatriques notamment les troubles de la personnalité, etc. Liloyd (1998), montrait plutôt que la séropositivité peut entraîner chez la personne infectée et son entourage des réactions d'anxiété, de culpabilité, de marginalisation, de rejet ou de suicide. Ces réactions sont essentiellement dues à la méconnaissance de la maladie. En plus, Mendouna, (2006) estime que, être séropositive peut occasionner dans certains cas au rejet de la sexualité au découragement, à une sensation d'indignité et à la honte. VIH/Sida constitue un véritable drame pour les victimes puisqu'elles n'affrontent pas seulement un mal léthal, mais également de sérieux problèmes sociaux et psychologiques.

Malgré les campagnes de sensibilisations sur les méthodes de la prévention, certaines personnes infectées continuent par adopter les comportements à risque. Ainsi, Limazié (2007) trouve que l'adoption des comportements sexuels à risque des PVVIH notamment le non-usage de préservatifs et la multiplicité des partenaires sexuels sont motivés par le désir d'avoir un enfant. À celle-ci, s'ajoutent des raisons financières ou des harcèlements professionnels. Latkin et al., (1999) ajoutent que la fréquence des rapports non protégés est plus élevée chez les femmes, surtout chez celles qui ont un seul partenaire sexuel. Au-delà certaines personnes refusent le partage de leur statut sérologique avec leur partenaire du fait qu'elles cherchent à maintenir leur conjoint, qu'elles désirent avoir des enfants, avoir une vie sexuelle garantie qui les sort de leur situation d'ennui au risque d'être rejetées (Ruffie 1995). Gossou (2002) ajoute que le non partage du statut sérologique est lié au vécu psychologique à savoir les sentiments de dévalorisation, de diminution de soi, d'une mort imminente, d'être sans défense,

d'être différent des autres, d'incapacité à se reproduire, de honte et les idées d'auto dépréciation, en plus les attitudes de l'entourage qui sont stigmatisant et discriminatoire.

Mais en matière de communication conjugale, Desgrées (2011) montre dans son étude que, contrairement aux préjugés,,, une grande partie des femmes qui apprennent qu'elles vivent avec le VIH éprouvent le besoin d'en parler à leur conjoint, afin d'être capables de mettre en œuvre les conseils qui leur sont donnés pour éviter la transmission postnatale et la transmission sexuelle.

Le partage du statut de la séropositivité est un moment très douloureux, surtout quand il s'agit d'un résultat de sérodiscordant puisque le couple doit faire face à des préoccupations importantes tant du point de vue de la transmission que de la prestation des soins CCI (2004). Il signale aussi que le terme sérodiscordant déplaît à de nombreuses personnes. Elles peuvent user d'autres mots pour décrire leur relation :

- couple magnétique
- couple sérodifférent
- couple inter viral
- couple positif-négatif
- couple au statut sérologique mixte
- couple au statut mixte.

Dans la présente recherche, le couple sérodiscordant désigne les partenaires hétérosexuels dont le résultat du test sérologique rétroviral est positif chez l'un des partenaires et négatif chez l'autre.

Atakouma et al, 2020 soulignent que la prévalence de la sérodiscordance est de 26,1% chez les couples dépistés. Ce dépistage est fait le plus souvent lors des consultations prénatales et au cours d'une hospitalisation. Pour ces couples séro-discordants, le Togo recommande la distribution gratuite et systématique du préservatif à chaque consultation. Malgré la mise en œuvre de cette recommandation, l'incidence du VIH au sein des couples sérodifférents togolais est de 5 %, contre 2,5 % dans la population générale. Cette prévalence élevée est liée parfois aux normes socioculturelles qui sont peu favorables à l'utilisation du préservatif par les couples en union (Djakpalet Sawadogo, 2022 ; Deschamps et al. 1996). Del et al. (2010) ont effectué un travail sur le risque de transmission du VIH chez les hétérosexuels sérodiscordants et qui prennent la trithérapie. Ils ont confirmé que : Chez des couples hétérosexuels sérodiscordants stables, une vie sexuelle régulière et une reproduction naturelle constituent un grand risque de transmission. Mais, la prise régulière d'une trithérapie est l'élément majeur du succès de la prévention de la transmission. Ils concluent que le risque de la transmission du VIH sous la trithérapie est très faible.

Fener et Criton (2007) ont trouvé que la sérodiscordance modifie l'équilibre du couple en créant des tensions émotives et affecte l'intimité. Le désir d'enfant est plus élevé



chez les couples qui n'ont pas d'enfant. Ce désir est difficile à réaliser en raison de la crainte de la transmission du VIH au partenaire séronégatif.

Plusieurs études se sont consacrées au VIH Sida. Très peu se sont consacrées à la dynamique conjugale dans les couples sérodiscordants.

A travers cette revue de la littérature, il ressort que vivre avec le VIH/Sida influence véritablement l'état psychologique de chaque individu du couple. Mais, l'effet que ce vécu a sur la relation n'est pas suffisamment exploré. Cela nous amène à nous interroger sur le fonctionnement conjugal des couples sérodiscordants ? Ainsi, à travers cette étude, voulons donc explorer l'effet psychologique de la sérodiscordance sur le fonctionnement conjugal. Nous postulons que le vécu du statut sérologique de chaque partenaire influence négativement la relation conjugale.

Méthodologie

Cadre d'étude

L'étude est faite au Togo auprès des couples sérodiscordants suivis au CHU Campus de Lomé, CHU Kara et dans l'Association Vivre dans l'Expérience Dapaong.

Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale prospective qui s'est déroulée de novembre 2022 à décembre 2024.

Participants

La présente étude s'intéresse à des couples sérodiscordants qui sont suivis dans les trois centres mentionnés plus haut, dont la femme est séropositive et le partage sérologique est fait avec le conjoint. En plus, ce couple a vécu au moins six mois après le partage du statut sérologique. Nous avons choisis ce délai pour minimiser les effets des émotions de la part de chaque partenaire.

Les couples sélectionnés sont référés par les médecins prescripteurs quand les femmes viennent pour le renouvellement de leur traitement soit lorsqu'elles viennent à la maternité pour la consultation pré ou post natale.

Ainsi grâce à la méthode d'échantillonnage non probabiliste, c'est-à-dire de tout venant, nous avons retenu 78 couples sérodiscordants dont la femme seule est infectée. Après la sélection, ces derniers ont exprimé leur consentement par écrit. Sont exclus de la présente étude, les couples sérodiscordants dont le partage sérologique n'est pas fait, les divorcés, les veuves et veufs après le partage du statut sérologique et ceux qui n'ont pas fait six mois de vie commune après partage de statut.

Matériels

- Pour faire la collecte des données, nous avons fait recours à l'entretien clinique dans le but de récolter des informations approfondies sur le fonctionnement de la relation conjugale chez nos sujets. Cette technique permet aux couples interrogés de répondre librement et d'exprimer leur point de vue sur le sujet de

recherche. Pour y arriver, nous avons élaboré une grille d'entretien qui aborde les thématiques suivantes :

- Les renseignements sociodémographiques
- La réaction de chaque membre du couple après le statut sérologique
- Les perspectives d'avenir du couple
- Le style d'attachement amoureux

Méthodes de collecte des données

La collecte des données est faite en quatre temps :

- Nous avons fait un entretien clinique avec le couple pour expliquer l'objectif de la recherche et la signature des consentements
- Un second entretien est fait avec la femme pour explorer son propre vécu du statut sérologique et la relation conjugale
- Un troisième avec le conjoint pour explorer son vécu, d'une part, du statut sérologique de sa femme et ses projets d'avenir par rapport à sa conjointe d'autre part.
- Un quatrième entretien avec le couple pour faire la synthèse et clôturer la recherche. Cette dernière phase s'est parfois terminée par une thérapie conjugale. Puisque l'entretien clinique dont nous avons fait recours touche parfois l'inconscient. Comme chaque partenaire arrive à s'exprimer, ils se rendent compte que certains de leurs difficultés pouvaient trouver solution par une bonne communication. . Chaque couple a été suivi en 12 séances. Soulignons également que ces séances ont permis à certains partenaires d'avoir beaucoup d'informations sur le VIH/Sida et l'importance de la prise régulière des Anti Retro Viraux

Procédure d'analyse et traitements des données

Les données recueillies ont subi un traitement mixte (qualitatif et quantitatif). Pour le traitement qualitatif, nous avons fait recours à la technique d'analyse de contenu à travers la méthode logico sémantique . C'est une méthode qui permet au chercheur de se pencher que sur le contenu manifeste du discours du patient sans rechercher les sens implicites. Puisque cette étude cherche à explorer le vécu des couples, nous avons répertorié les éléments clefs qui reviennent fréquemment dans le discours de chaque partenaire en liens avec chaque thématique. Pour vérifier le lien entre les différentes variables, nous avons fait recours au traitement quantitatif avec des méthodes statistiques afin de calculer les fréquences et la vérification des corrélations entre diverses variables à travers le logiciel SPSS.

Résultats

Tableau I: Répartition des femmes infectées en fonction des symptômes d'angoisse

Symptômes d'angoisse	Fréquence	Pourcentage
----------------------	-----------	-------------



Soucieux	76	97,44
Anxiété	66	84,61
Inquiétude	62	79,48
Nervosité	48	61,53
Asthénie	50	64,10
Palpitation	32	41,03

Nous observons dans ce tableau que la plupart des femmes infectées sont angoissées. Ainsi 97,44% ont de l'insomnie (soucieux), 84,61% sont anxieux, 79,48% sont inquiètes et 61,53 sont souvent nerveux.

Tableau II: Répartition des femmes infectées en fonction de la peur du rejet

Peur du rejet	Fréquence	Pourcentage (%)
Peur du rejet affectif	64	82,05
Peur du rejet physique	52	66,66
Peur de la stigmatisation de la part du conjoint	24	30,76
Peur de la discrimination de la part du conjoint	32	41,02

Ce tableau nous montre que 82,05% des patients ont peur d'être rejeté par leur partenaire, 66,66% ont peur du rejet physique 41,02% ont peur de la discrimination de la part du conjoint

Tableau III: Répartition des conjoints séronégatifs en fonction de leurs raisons de vivre avec leur partenaire séropositive

Les raisons de vivre avec leur partenaire séropositif	Fréquence	Pourcentage
Amour	58	74,35
A cause des enfants	24	30,77
Divorce mal toléré	18	23,07
Autres	8	10,25

Ce tableau nous indique que 74,35% des sujets séronégatifs décident de vivre avec leur conjoint par amour et à cause des enfants pour 30,77%. Neuf sujets soit 23,07% vivent avec le conjoint séropositif à cause du divorce qui est mal toléré par la société et non autorisé dans certaines religions.

Tableau IV: Répartition des conjoints séronégatifs en fonction de la peur de la contamination

Peur de la contamination	Fréquence	Pourcentage (%)
Jamais	18	23,08
Rarement	14	17,95
Souvent	22	28,20
Toujours	24	30,77
Total	78	100

Nous constatons dans ce tableau que 76,92% des conjoints séronégatifs ont peur de la contamination et 23,08% n'ont pas peur d'être infecté par leur partenaire séropositive.

Tableau V de perception du style d'attachement amoureux des femmes infectées

Perception du style d'attachement amoureux des femmes infectées	Fréquence	Pourcentage (%)
Style Secure	20	25,64
Style préoccupé	11	14,10
Style détaché	41	52,56
Style craintif	6	07,69



Total	78	100
--------------	-----------	------------

Il ressort de ce tableau que 52,56% des femmes infectées perçoivent le style attachement amoureux comme détaché. 14,10% estiment que leur mari se préoccupe de la relation.

Tableau VI de perception du style d'attachement amoureux des hommes non infectés

Perception du style d'attachement amoureux des hommes non infectés	Fréquence	Pourcentage (%)
Style sécurisé	40	51,28
Style préoccupé	10	12,82
Style détaché	18	23,07
Style craintif	10	12,82
Total	78	100

Ce tableau montre 51,28 des hommes pensent que leur femme est dans une relation sécurisée de la vie amoureuse. 23,076 (%) estiment que l'attachement amoureux est de la part de la femme détaché.

Tableau VII: Répartition des conjoints séronégatifs selon leur désir de séparation

Désir de séparation	Fréquence	Pourcentage (%)
Jamais	36	46,15
Rarement	26	33,33
Toujours	16	20,51
Total	78	100

Ce tableau nous relate que 46,15% des partenaires n'ont jamais eu l'envie de se séparer de leur conjointe séropositive. Par contre 20,51% ont toujours eu le désir de se séparer.

Tableau VIII: Répartition des sujets séronégatifs en fonction du refus des relations sexuelles avec leur partenaire séropositive

Refus de l'acte sexuel	Fréquence	Pourcentage (%)
Refus catégorique des avances de la partenaire	26	33,33
Abandon du lit conjugal	14	17,95
Invention d'une maladie ou d'une fatigue permanente	32	41,02

Nous observons à partir de ce tableau que pour éviter l'acte sexuel, 41,02% des sujets inventent des maladies et 33,33% refusent catégoriquement les relations sexuelles.

Tableau IX: Répartition des hommes selon leur information sur le VIH/SIDA

Information sur le VIH	Fréquence	Pourcentage (%)
Voies de transmission	50	64,10
Méthodes de prévention	44	56,41
Traitement	28	35,90

Ce tableau nous indique que 64,10% de notre échantillon maîtrisent bien les modes de transmission du VIH. Ceux qui connaissent les méthodes de prévention contre le VIH représentent 56,41% et 35,90% ont des notions à propos du traitement du VIH/SIDA.

**Tableau X : Relation entre la peur du rejet et les symptômes d'angoisse des PVVIH**

Peur du rejet	Peur du rejet affectif	Peur du rejet physique	Peur de la stigmatisation de la part du mari	Peur de la discrimination de la part du mari
Symptômes d'angoisse				
soucieux	62	52	26	30
Anxiété	52	52	18	26
Inquiétude	48	52	22	32
Nervosité	38	48	26	28
Asthénie	38	50	28	32
Palpitation	32	32	16	22

 $X^2 = 25,16$ **ddl = 15** **$Cc = 0,62$** **$Cl = 0,32$**

Au seuil 0.2, $Cc > Cl$, la corrélation est significative : il existe une relation entre la peur d'être rejeté et l'angoisse des PVVIH.

Tableau XI: Relation entre la décision des sujets séronégatifs à vivre avec leur conjoint séropositif et les raisons qui motivent cette décision

Décision de vivre ensemble	Oui	Non	Ne sais pas
Raisons de vivre ensemble			
Amour	44	2	2
A cause des enfants	18	2	3
Divorce mal toléré	8	3	4
Autres	4	3	3

$$X^2 = 16,51 \quad ddl = 6 \quad Cc = 0,55 \quad Cl = 0,50$$

Au seuil 0.2, $Cc > Cl$, la corrélation est significative: Ceci confirme qu'il y a une relation entre l'affection que les sujets séronégatifs éprouvent pour leur partenaire et leur décision de vivre ensemble.

Tableau XII: Lien entre le désir de séparation et la peur de la contamination

Désir de séparation	Jamais	Rarement	Toujours
Peur de la contamination			
Jamais	3	6	10
Rarement	14	3	6



Souvent	6	20	3
Toujours	4	6	14

$$X^2 = 60,51 \quad ddl = 6 \quad Cc = 0,77 \quad Cl = 0,50$$

Au seuil 0.2, $Cc > Cl$, la corrélation est significative : Ceci confirme l'hypothèse selon laquelle le désir de séparation est lié à la peur de la contamination.

Tableau XIII : Relation entre la peur de contamination et le refus des relations sexuelles

Peur de la contamination	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours
Refus des relations sexuelles				
Refus catégorique des avances du partenaire	3	8	12	6
Abandon du lit conjugal	6	3	4	8
Invention d'une maladie ou d'une fatigue permanente	8	12	10	14

$$X^2 = 17,89 \quad ddl = 6 \quad C = 0,56 \quad Cl = 0,50$$

Au seuil 0.2, $Cc > Cl$, la corrélation est significative: il existe une liaison entre la peur d'être contaminée et l'abstinence sexuelle dans les couples sérodiscordants.

Discussions

Cette étude transversale et prospective portant sur 78 couples dont les femmes sont infectées au VIH Sida s'est déroulée dans deux centres Hospitaliers Universitaires du Togo et une association à base communautaire située à l'extrême Nord du Togo. Pour constituer notre échantillon, nous avons utilisé la technique de l'échantillonnage de tout venant. Avec cette méthode, nous reconnaissons que certains patients pourront nous échapper. En plus le fait d'inviter les partenaires au cours des prises de leur femme pouvait également influencer leurs réponses. Pour remédier à ce problème

nous avons répertorié et consacré au minimum deux séances de quarante-cinq minutes chacune pour leur mise en confiance.

Nous avons également respecté la disponibilité des conjoints pour ces rendez-vous. Ainsi, certaines collectes sont faites les Week end. Avec l'aide des médecins et les autres personnels intervenant dans la prise en charge des PVVIH, nous avons eu accès aux dossiers des couples sérodiscordants. Pour la collecte des données nous avons utilisé la technique d'entretien clinique à l'aide d'un guide d'entretien. La technique logico-sémantique a servi de base de l'analyse de contenu. Elle nous a permis d'analyser les informations recueillies.

Nous estimons que notre échantillon est faiblement représentatif de l'ensemble des couples sérodiscordants du Togo. Ainsi la généralisation de nos résultats doit se faire avec réserve. Malgré ces limites, ce travail, nous estimons que l'objectif de la recherche est atteint. Nous avons pu identifier d'une part que le VIH / Sida n'influence pas seulement la femme infectée mais impact énormément le dynamisme conjugal.

Attachement amoureux

Cette étude va dans le même sens que celle de Andolfi (1995) et Castellan (1991), la famille est un système en perpétuelle transformation dont l'évolution est déterminée par sa capacité d'abandonner la stabilité devant la nécessité de changement et de la récupérer ensuite en se réorganisant. Ainsi l'infection du VIH par un membre du couple est une source intrinsèque de changement dont le couple doit faire face pour restaurer l'équilibre.. Le VIH entraîne une instabilité dans le couple ; c'est la raison pour laquelle certains couples décident de se séparer.

Pour Deshaies (1984) la signification qu'on donne à sa maladie peut être consciente ou inconsciente. C'est le sens qu'on donne à la maladie qui entraîne les attitudes et conduites. Si la maladie est vécue comme un mal, une atteinte narcissique de l'image de soi. Il est donc évident que la personne va se sentir différentes des autres. D'où le risque d'isolement, d'auto stigmatisation . Ainsi dans notre recherche, 52,56% des femmes infectées perçoivent le style attachement amoureux comme détaché de la part de leur conjoint. Or les hommes ont une autre perception beaucoup plus positive de la relation avec leur conjointe. Dans cette veine,, puisque 51,28% d'entre eux pensent que leurs femmes sont dans une relation sécurisée. Par contre, seulement. 23,076 % femmes infectées trouvent leur relation conjugale stable et sécurisée. Malgré cette perception positive de la relation conjugale de la part des hommes, il y a une communication défailante avec l'avènement du VIH/Sida dans la relation conjugale. Cette défailance est perçue plus par la femme.

Angoisse

La plupart des patients étaient angoissés. Ainsi 97,44% étaient soucieux, 84,61% anxieux, et 79,48% inquiets. Nos résultats concordent avec ceux de Lawson (2010) ;



Katassou (2008) qui avait retrouvé respectivement que 69% étaient anxieux et 84,12% de son échantillon étaient angoissés et 88,33% étaient inquiets.

Katassou (2008) trouve que l'infection à VIH est la cause de la rupture de plusieurs couples surtout les couples sérodiscordants. Elle explique que la peur de se faire infecter ou la peur d'infecter son partenaire fragilise les relations du couple qui finit par se rompre.

La prise en charge des PVVIH est aussi un vecteur du stress. Selon Castellan (1970), la présence du VIH dans le couple constitue un véritable traumatisme. Dans la présente étude, le traumatisme s'explique par la prise en charge globale du sujet séropositif, utilisation du préservatif dans le couple, la prise des ARV et des bilans réguliers qui sont très angoissants. Puisque ces pratiques montrent que l'infection est dangereux et que chaque partenaire doit être prudent au risque de la contamination. .

Peur du rejet

Lloyd (1998) avait affirmé dans sa recherche que la découverte de la séropositivité ou de la maladie risque de susciter chez la personne atteinte ou son entourage, des réactions d'anxiété, de culpabilité, de marginalisation, de rejet ou de suicide. Tentant d'expliquer ces réactions, il évoque la méconnaissance du SIDA, en l'occurrence ses modes de transmission, qui peuvent être perçus sur le modèle de la contagion, une crainte de la contamination par les contacts quotidiens. Aussi, lorsqu'il est considéré comme une infection effectivement transmissible par voie sexuelle, avec toute la charge de « maladie » que peut représenter ce type de pathologie, il peut directement affecter les relations futures entre partenaires ou conjoints, surtout le risque de rejet, de séparation, de répudiation ou de divorce. Nos résultats vont dans le même sens que les affirmations de Lloyd (1998). Nous avons trouvé que 97,44% des PVVIH étaient angoissés et 82,05% ont peur d'être rejeté par leur partenaire. Nous notons également que la peur d'être contaminé chez 76,92% des conjoints séronégatifs et le désir de séparation chez 20,51%. La peur de transmettre le VIH/SIDA à son partenaire séronégatif a été observée chez la moitié des répondants Tanzaniens dans le travail de Criton (2011). De même Boukpepsi (2009), avait affirmé dans son étude que l'infection à VIH est la cause de la rupture de plusieurs couples surtout les couples sérodiscordants. A ce niveau, la peur de se faire infecter ou la peur d'infecter son partenaire fragilise les relations du couple qui finit par se rompre. (Lawson(2010) aussi avait trouvé que 66% des patients avaient peur de probables réactions de rejet, de stigmatisation, de rupture, de perte de confiance et/ou incompréhension que peut avoir leur partenaire suite au dévoilement de la séropositivité.

Refus des relations sexuelles

Pour éviter la contamination, 33,33% des couples de notre échantillon s'abstiennent. Ce résultat concorde avec celui de Deschamps et coll. (1996) qui ont montré que le counseling et la distribution gratuite des préservatifs contribuent à des pratiques sexuelles protégées ou à l'abstinence dans les couples sérodiscordants dans 45% des cas. Criton (2011) avait affirmé dans son travail que la sérodiscordance affecte l'intimité du couple chez la moitié des Sud-Africains et près des trois quarts des Tanzaniens. Lawson –Ahluvi (2010) a noté une diminution des activités sexuelles chez

88% des PVVIH de l'échantillon de son étude. L'écart entre nos résultats et ceux de Lawson peut s'expliquer par le fait que nous avons cherché dans notre échantillon le pourcentage de ceux qui refusent totalement l'acte sexuel alors que Lawson a calculé le pourcentage de ceux qui ont une diminution de l'acte sexuel.

Désir d' enfant

Dans notre étude, nous avons trouvé que 58,97% des couples ont le désir d'enfant. Nos résultats sont comparables à ceux de Criton (2011) qui avait montré que le désir d'enfant augmente chez les couples sans enfant. Ceci est de 53,12% pour les couples qui n'ont d'enfant et de 36,36% chez les couples qui en avaient déjà. Le désir d'enfant auprès de la population d'étude de Limaziè (2007) était de 34,6%. Nous pouvons expliquer cette différence relevée au niveau des résultats par la taille de notre population d'étude. En nous ne devons pas perdre les progrès scientifique en matière de prise en charge globale

Conclusion

Nous avons réalisé une étude prospective et transversale au Togo : CHU Campus à Lomé, CHU Kara, et l'Association Vivre dans l'Espérance de Dapaong. Elle a porté sur 78 couples sérodiscordants suivis dans lesdits centres. Nous avons voulu à travers notre recherche explorer l'effet psychologique de la sérodiscordance au VIH/Sida sur le fonctionnement conjugal.

Au terme de notre travail, nous avons remarqué que la plupart des patients étaient angoissés, 97,44% étaient soucieux et 79,48% inquiets. La majorité des PVVIH (82,05%) ont peur d'être rejetés par leur conjoint et 76,92% de ces derniers ont peur de la contamination. Nous avons trouvé dans notre recherche que 64,10% de notre échantillon connaissaient les modes de transmission du VIH. Plus de trois quart (76,92%) des couples ont décidé de vivre ensemble et l'amour est la principale raison de cette décision et 58,97% des couples ont le désir d'enfant. Cependant 20,51% ont toujours le désir de se séparer.

Nous avons trouvé des corrélations significatives entre la peur d'être rejeté et l'angoisse des PVVIH. Il faut également souligner que le style d'attachement amoureux est perçu différemment par le couple.

Malgré le faible taux des couples qui désirent se séparer, il est important qu'une attention particulière soit portée à l'endroit de ces couples sérodiscordants. Puisque, il est important qu'un accompagnement soit fait à l'endroit des hommes pour leur permettre de faire le deuil de la femme idéale qu'ils désirent. Au même moment, les femmes doivent également rentrer dans un processus de deuil pour intégrer la maladie dans leur vie quotidienne en acceptant d'abord leur statut sérologique. Le VIH/SIDA demeure une maladie chronique malgré les avancés des recherches. En plus il est stigmatisant même si à ce jour on estime que la contamination est quasi nulle si le partenaire prend correctement les antirétroviraux. Mais, cette infection dont la découverte provoque diverses réactions chez la victime entraine parfois l'auto stigmatisation et la met dans une situation de vulnérabilité. Le couple doit rentrer



dans un processus de réajustement. Toutes les femmes séropositives de notre étude sont angoissées de leur état, ce qui entraîne probablement une répercussion dans leur vie sentimentale.

A travers ces résultats, nous estimons que nos hypothèses sont confirmées et nos objectifs atteints. Mais le cadre de notre étude qui s'est limité au CHU campus, CHU Kara et l'Association Vivre dans l'Expérience de Dapaong et la petite taille de l'échantillon, ne nous permettent pas de faire des généralisations sans réserve. Nous pensons que les comportements observés chez les couples sérodiscordants peuvent s'expliquer aussi par d'autres facteurs tels que l'âge des partenaires, la durée de leur mariage et celle du statut et le nombre d'enfant du couple. Nous souhaiterons que d'autres études plus approfondies se penchent davantage sur ces aspects non traités du problème.

Références bibliographiques

Delor, F. (2021). Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du sida. Récupéré sur http://mediatheque.lecrips.net/docs/PDF_GED/S36114.pdf

Andolfi, M. (1995). Famille/individu: un modèle trigénérationnel. Dans E. M, Panorama des thérapies familiales (pp. 123-46). Editions du Seuil.

Aubry P, Gaüzère BA. (2022). Infection par le VIH/ SIDA et tropiques): Actualités. Récupéré sur https://medecinotropical.free.fr/cours/sida_tropical.pdf consulté le 17/04/2022.

CARESP. (2022). Analyse de la rétention dans les soins des personnes vivant avec le VIH au Togo en 2021.

Castellan, Y. (1991). Quelle famille? Cahiers de sociologie économique et culturelle(16), 177-186.

CCI. (2004). Programme de l'Association canadienne de santé publique en collaboration avec des personnes vivant avec le VIH/sida et des fournisseurs de services sida partout au Canada.

CNLS/IST. (2024). revue annuelle des activités de lutte contre le VIH/SIDA au Togo en 2023. Récupéré sur <https://cnlstogo.org/cnls/2024/08/07/le-cnls-ist-a-fait-son-bilan-annuel-des-activites-de-la-riposte-nationale-au-vih-sida-autogo/>:<https://cnlstogo.org/cnls/2024/08/07/le-cnls-ist-a-fait-son-bilan-annuel-des-activites-de-la-riposte-nationale-au-vih-sida-au-togo/>

Cohen MS, McCauley M, Gamble TR. (2012). HIV treatment as prevention and HPTN 052. Curr Opin HIV AIDS, 7(2), 99-105.

Del R J et al. (2010). Combined antiretroviral treatment and heterosexual transmission of HIV-1 cross sectional and prospective cohort study. BMJ, 340.

DesChamps, Marie Marcelle et al. (1996). Heterosexual Transmission of HIV in HAITI,. Annal of Internal Medicine, 125,(4.), 324-330.

Desgrées, L. A. (2011). Conséquences conjugales du dépistage prénatal du VIH à Abidjan. Dans M. P. Desclaux Alice, Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud : genre et accès universel à la prise en charge (pp. 73-88). Paris.

Deshaies, G. (1968). Psychopathologie générale. Bulletin de psychologie A, 21(271), 1305-1308.
Djakpa, Y et Sawadogo, N. (2022). Prévention du VIH au sein des couples sérodifférents : postures et difficultés à Lomé (Togo). Afrique et perspectives internationales, 35 (1), 87 - 97.

Fener P et Criton C. (2007). , « Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la Femme », Dossier de synthèse documentaire.

Ferry B. Caraël M., Buvé A., et al. (2001). for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities "Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of RN infection. AIDS, 15(4), 41-51.

Gossou, K. M. (2002). Les facteurs psychosociaux du silence de PVVIH au sujet de leur séropositivité. A propos d'une étude prospective au CISSA. Mémoire de maîtrise en psychologie de santé. Lomé.: UL.

Katassou, D. T. (2008). Vécu et représentation du VIH par la femme enceinte séropositive. Mémoire de maîtrise en psychologie de la santé,. Lomé: INSE, Université de Lomé.

Latkin , C A; Forman-Hoffman, V L; ' Souza, G D; Knowlton, A R . (2004). Associations entre l'utilisation des services médicaux et le risque de VIH chez les utilisateurs de drogues séropositifs à Baltimore. 16(7), pp. 901-8.

Lawson, A. (2010). Les facteurs psychologiques associés à certains comportements constatés chez les PVVIH en matière de relation amoureuse et sexuelles. Mémoire de maîtrise en psychologie de la santé. Lomé.: INSE, Université de Lomé.

Limazié, A. (2007). Les facteurs psychologiques, psychosociaux et les comportements sexuels à risque chez les PVVIH, Mémoire de maîtrise en psychologie de la santé, INSE, Université de Lomé.

Lloyd, G. A. (1988). L'infection par le VIH, le Sida et les perturbations familiales. Dans e. a. Alan F Fleming, d'après l'impact mondial du sida (pp. 183-190). New-York.

Mendouna, S. ((2006)). Le vécu psychologique des personnes vivant avec le VIH/SIDA et l'influence de l'entourage sur l'évolution du vécu. Cas de Dapaong. Mémoire de maîtrise en psychologie de santé. Lomé.: UL.

ONUSIDA.(2024).Fiched'information.Récupérésur/www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_fr.pdf.

Ruffie, J. (1995). Les épidémies dans l'histoire de l'homme. Paris: Flammarion.

Sanchez-Valero, C. (2003). Dépression et VIH/sida. Med Hyg, 61(2423), pp. . 301-304.

Sangaré KA, Coulibaly IM, Ehouman A. (1998). Séroprévalence du VIH chez les femmes enceintes dans dix régions de Côte d'Ivoire. Santé, 32:, 8-193.

Suarez, S. (2000). (2000). Les troubles cognitifs au cours de l'infection par le VIH-1. Thèse de doctorat en neurosciences, université Pierre et Marie Curie, Paris.

Takassi, O.E; Akolly, D.A.E; . Guedenon,K.M; Atakouma, Y.D. (2020). Partage du statut serologique au sein des couples serodiscordants dans un protocole de PTME en pédiatrie au CHU Sylvanus Olympio (Togo). Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé, 22(1-2), 243-248.