

Etude des facteurs psychosociaux des patients infectés par le VIH en Tunisie

H. Tiouiri,¹ B. Naddari,¹ G. Khiari,² S. Hajjem³ et A. Zribi¹

دراسة للعوامل النفسية والاجتماعية للمصابين بعدوى فيروس العوز المناعي البشري في تونس
حنان التويري وبالقاسم النداري وجون فياف خياري وسعيد الحجام وأحمد الزريبي

خلاصة: أجرينا دراسة مستقبلية على ستين مصاباً بعدوى فيروس العوز المناعي البشري، استخدمنا فيها استبياناً مَفْعَل الأسماء، ومقابلات محدودة التفصيل، من أجل تقدير العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية التي قد تؤدي إلى انتهاج سلوك محفوف بالخطر. وكان المرضى أساساً من الشباب الذكور (العمر الوسيط 33.1 ± 7.0 سنوات) (نسبة الذكور للإناث 2.3). وكانوا جميعاً من المحرومين اجتماعياً وتعليمياً. وقد تبين أن تعاطي حقن المخدرات كان عاملاً للاختطار الغالب الذي تميّزت به لمجموعة أولى من الشباب الذكور الذين نشأوا في عائلات كبيرة الحجم مزقتها الهجرة من الحضر إلى الريف، ويُسمون بشخصيات غير اجتماعية. وظهرت مجموعة ثانية مكونة من نساء أغلبهن أميات ومن بيئات ريفية تقليدية. ولقد نقل العدوى إليهن أزواجهن الذين عملوا في الخارج، سواء كانوا يتعاطون أو لا يتعاطون العقاقير. وفي المقالة أساليب مقترحة للوقاية من عدوى فيروس العوز المناعي البشري.

Study of psychosocial factors of HIV patients in Tunisia

ABSTRACT We conducted a prospective study using an anonymous questionnaire and semi-structured interviews on 60 patients with HIV to assess the psychological and socioenvironmental factors that may result in risk-taking behaviour. The patients were mainly young males (mean age 33.1 ± 7.0 years) (sex ratio 2.3) deprived in both social and educational terms. Injecting drug use was the predominant risk factor and was characteristic of a first group of young men raised in large families shattered by rural-urban migration, with an antisocial personality. A second group consisted of women, mostly illiterate from traditional rural settings. They had been infected by their spouses who had worked abroad, whether drug users or not. Approaches for the prevention of HIV infection are proposed.

RESUME Nous avons mené une étude prospective des facteurs psychologiques et socio-environnementaux pouvant exposer à un comportement à risque auprès de 60 patients infectés par le VIH au moyen d'un questionnaire anonyme et d'entretiens semi-dirigés. Les patients étaient principalement des hommes jeunes (âge moyen $33,1 \pm 7,0$ ans) (*sex ratio* 2,3), démunis tant au plan social qu'éducationnel. La toxicomanie par voie intraveineuse était le facteur de risque prédominant, caractérisant un premier groupe de jeunes hommes ayant vécu leur enfance au sein d'une famille nombreuse ébranlée par l'exode rural et présentant une personnalité antisociale. Un deuxième groupe est constitué de femmes, la plupart illettrées et issues d'un milieu rural traditionnel, contaminées par leur conjoint ayant émigré à l'étranger, qu'il soit ou non toxicomane. Des approches pour la prévention de l'infection à VIH sont proposées.

¹Service des Maladies infectieuses, Tunis (Tunisie).

²Hôpital de Psychiatrie, Tunis (Tunisie).

³Institut National de Santé Publique, Tunis (Tunisie).

Reçu: 16/06/98; accepté: 30/01/99

Introduction

En Tunisie, de multiples actions préventives de l'infection à VIH (information, éducation, communication) sont entreprises par des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, ainsi que des oeuvres caritatives au profit des personnes infectées et de leurs familles. Mais jusque là, aucune étude des facteurs psychologiques et socio-environnementaux pouvant exposer à un comportement à risque de l'infection à VIH, ni du retentissement psychosocial de la maladie n'a été réalisée.

Dans cette optique, la société maghrébine de lutte contre les MST-SIDA a envisagé une étude prospective ouverte visant à identifier ces facteurs pour les comparer à ceux rapportés dans la littérature afin de relever d'éventuels traits particuliers aux sujets tunisiens infectés par le VIH. Cette recherche permettra de participer à la planification d'un programme national de prévention de l'infection à VIH et de sa prise en charge.

Sujets et méthodes

Lieu et durée de l'étude, équipe de travail

Cette étude prospective a été menée à partir de juin 1995 dans le Service des Maladies infectieuses du Professeur Zribi à l'Hôpital La Rabta de Tunis, service de référence de prise en charge des patients infectés par le VIH pour la région de Tunis.

Ce travail a été effectué par l'équipe d'infectiologues du service susmentionné, en collaboration avec un psychologue clinicien et une psychiatre opérant à l'Hôpital Razi de Tunis.

Sélection et définition de la population - Modalités de réalisation de l'étude

Ont été inclus tous les malades infectés par le VIH, hospitalisés et/ou suivis à la consultation externe du Service des Maladies infectieuses durant la période de l'étude.

Après leur consentement préalable et quand leur état physique le permettait, ces patients ont répondu à un questionnaire anonyme de recueil d'informations et ont été soumis à des entretiens semi-dirigés.

Le questionnaire comportait:

- les données biographiques
- les caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques
- le comportement, en particulier sexuel
- l'entourage familial et sa réaction à la maladie.

Les entretiens semi-dirigés avaient pour objectifs:

- la détermination du type de personnalité prémorbide ou celle de troubles mentaux, selon les critères du DSM IV (4^{ème} édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux);
- les réactions psychologiques du patient à la maladie et les réactions de l'entourage.

Des informations fournies par l'observation clinique et des entretiens semi-dirigés ont complété les données du questionnaire.

Définition des différentes variables

La variable dépendante a été représentée par les comportements à risque qui se définissent par les conduites exposant le sujet au risque de contamination par voie sexuelle et/ou sanguine, à savoir les relations sexuelles non protégées qu'elles soient homo- ou hétérosexuelles, et/ou la toxicomanie par voie intraveineuse avec échange de seringues.

Les variables indépendantes ont été représentées par:

- les facteurs socio-environnementaux: l'exode rural, l'immigration, la pauvreté, l'analphabétisme, la promiscuité;
- les facteurs psycho-comportementaux: la toxicomanie, la prostitution, la délinquance.
- Les troubles de la personnalité tels que définis par le DSM IV: cette classification a été choisie pour la spécificité et la précision des critères diagnostiques des modalités de l'expérience vécue et des conduites qui distinguent les personnalités par rapport aux normes socio-culturelles. Ces critères permettent aussi d'indiquer un mode de comportement stable et prolongé, pouvant nous renseigner sur les conditions antérieures, prédisposant aux comportements à risque.

Analyse statistique

L'analyse statistique des données a été faite sur micro-ordinateur grâce au logiciel SAS®. Nous avons réalisé deux sortes d'analyse statistique :

- une étude statistique descriptive des principales variables: édition de tableaux de contingence, calculs de moyennes, de fréquences relatives (pourcentages);
- une étude statistique analytique bivariable. Elle nous a permis, par différentes procédures, d'étudier les relations statistiques existant entre les différentes variables. Elle a nécessité l'utilisation essentiellement des deux techniques statistiques suivantes:
- le test du khi-carré (quand il est valide c'est-à-dire quand les effectifs théoriques sont supérieurs ou égaux à 5)

pour l'étude de la relation entre deux variables qualitatives;

- l'analyse de variance pour la comparaison de deux ou plusieurs moyennes d'une variable quantitative à différents niveaux d'une variable qualitative.

Résultats

A la date d'octobre 1997, 60 patients étaient inclus dans cette étude.

Quatre sont asymptomatiques; 22 sont au stade B de la nouvelle classification du CDC d'Atlanta et 34 au stade C.

Aspects socio-économiques

Il s'agit d'une population jeune avec un âge moyen de $33,1 \pm 7,0$ ans (21-60), la tranche d'âge de 20 à 39 ans représentant 86,6%. La prédominance est masculine (*sex ratio* 2,3). Cette population est originaire du nord de la Tunisie dans 81% des cas; 10% proviennent du sud et 9% du centre du pays.

Les études se sont soldées par un échec scolaire dans 55 cas sur 60; quatre patients sont analphabètes, 28 (46,6%) n'ont pas franchi le niveau primaire et 27 n'ont pas achevé leurs études secondaires; une seule patiente est universitaire.

Vingt-cinq patients (41,7%) sont célibataires (22 hommes et 3 femmes), 26 sont mariés (19 hommes et 7 femmes), 4 divorcés (1 homme et 3 femmes) et 5 veuves dont les conjoints étaient infectés par le VIH.

Quarante patients (2/3) sont des chômeurs exerçant occasionnellement une activité. Dix sont des ouvriers qualifiés, deux sont cadres moyens (un homme et une femme) et huit, dont une femme, détiennent un petit commerce.

Concernant les conditions de logement, 64,3% vivent chez leurs parents, 21,4% sont propriétaires et 14,3% locataires. Quarante-deux patients, soit 70%, bénéficient d'un soutien familial, 22 soit 37% reçoivent une aide sociale.

Parmi les 60 patients, 40 (36 hommes et 4 femmes) ont émigré à l'étranger pour regroupement familial (6 cas) ou à la quête d'emploi (34 cas). Parmi eux, 20 sont partis à un âge n'excédant pas la vingtaine d'années, la moyenne d'âge étant de 16 ans (7-19 ans). La durée moyenne de leur séjour a été de 8 ans (2-38 ans).

Vingt-quatre, soit 40%, ont effectué au moins un séjour pénitentiaire pour trafic de stupéfiants et/ou délinquance et/ou prostitution clandestine, avec une durée moyenne de séjour de 20 mois (3-60 mois).

L'enquête sociale a permis de constater la présence de la mère dans 92% des cas et celle du père dans 58% des cas. Le niveau socio-économique des parents est défavorisé chez la plupart des patients: pour 26 d'entre eux (56%) le niveau est très modeste. Il est précaire dans 38% des cas; une minorité (3 cas) bénéficie d'une situation relativement aisée. L'exode rural vers les cités populaires de la capitale a été noté au sein de 35 familles (58%). Nos patients ont vécu leur enfance dans la promiscuité, au sein d'une famille composée en moyenne de 5 membres (2-9). Parmi les patients mariés, les deux conjoints sont contaminés dans 20 cas soit 57%, et au moins un enfant est contaminé au sein de 9 familles.

Modes de contamination

Tous les patients semblaient bien informés sur les différents modes de transmission de l'infection à VIH.

La toxicomanie par voie intraveineuse a été le principal mode de contamination: c'est le cas de 29 patients sur 60 (48%) (28

hommes et 1 femme) parmi lesquels 6 sont bisexuels et 2 homosexuels. Ce taux de 48% passerait à 62% si l'on comptait les 7 épouses d'anciens immigrés toxicomanes contaminées.

Des rapports homosexuels multiples non protégés ont été incriminés chez 10 bisexuels et 2 homosexuels. L'hétérosexualité avec des partenaires multiples a été retrouvée chez 28 hommes sur 40 soit 78%; aucun d'entre eux n'avait eu recours au préservatif. Vingt, soit 50%, ont eu des relations sexuelles non protégées avec des prostituées tolérées. Six, soit environ 30% des femmes atteintes, ont eu de multiples partenaires. Deux d'entre elles sont des prostituées clandestines, et une "tolérée". Trois, soit une femme atteinte sur 6, étaient mariées à des immigrés non toxicomanes.

Le rapport avec autrui depuis l'annonce de l'atteinte

L'annonce de la séropositivité au partenaire n'a pu être précisée chez les célibataires, en majorité toxicomanes et ayant eu de nombreux partenaires sexuels.

Pour les deux jeunes femmes contaminées par voie sexuelle dans une relation extraconjugale, l'annonce de la séropositivité au conjoint, séronégatif, s'est soldée par un divorce. Huit conjointes de patients infectés par le VIH sont restées séronégatives et n'ont pas cessé d'apporter un soutien à leur époux.

La famille a assuré le soutien nécessaire, psychologique et matériel, tant en milieu hospitalier que familial auprès de 38 patients (63%); la présence a été régulière, marquée par un apport manifeste d'affection et de sollicitude au parent atteint. Cette prise en charge a été constante quel qu'ait été le stade de la maladie.

Le rejet ou l'ambivalence vis-à-vis des malades a été constaté(e) chez 10 patients, soit 17%, ce rejet étant causé par leur mau-

vais comportement (agressivité, manque de responsabilité, etc.) plutôt que par la peur de la contamination.

Trois patients complètement délaissés par leur famille ont rencontré des difficultés d'insertion sociale et d'adaptation aux conditions hospitalières: il s'agit d'une femme et de deux hommes toxicomanes, rejetés par leur famille, d'une part par crainte de contamination, d'autre part et surtout en raison de leur comportement marqué par un vagabondage sexuel, la délinquance et l'alcoolisme. A défaut de soutien, leur unique abri a été l'hôpital où ils ont d'ailleurs causé de multiples problèmes d'intégration tels qu'indiscipline, comportement agressif, vol.

La famille a été informée par le patient de sa contamination dans 79% des cas, les amis seulement dans 18% des cas. La discrétion vis-à-vis des voisins a été constatée dans 91% des cas. Quant aux collègues de travail, 98% des patients ne les ont pas informés ou n'ont pas pensé le faire.

Aspects psychopathologiques

Cinquante-cinq pour cent (55%) des patients ont des troubles de la personnalité: une personnalité antisociale chez 31% des sujets, tous des hommes; histrionique dans 8,3% des cas; passive dépendante dans 8,3% des cas, toutes des femmes; et "limite" ("borderline") dans 6,6% des cas.

Quarante-huit pour cent (48%) des patients de l'échantillon ont signalé des antécédents psychiatriques de dépendance à l'héroïne, associés dans tous les cas à la consommation abusive d'autres substances psychoactives. Au moment de l'enquête, 38% des patients présentaient encore une dépendance à une ou plusieurs substances psychoactives et/ou un abus de ces drogues (alcool, Rivotril ou Artane). Soixante pour cent (60%) des patients présentaient un état

dépressif et/ou des troubles anxieux. Trois patients présentaient des troubles psychotiques, parmi lesquels deux schizophrénies et un trouble psychotique non spécifié.

Les réactions psychologiques à l'annonce de l'infection ont dans tous les cas été dominées par des réactions aiguës d'angoisse et se sont enrichies dans les semaines qui ont suivi par des signes témoignant d'une dépression de l'humeur: tristesse, pessimisme, regrets, idées de mort, anorexie, désintérêt pour les activités habituelles, etc.

Une mobilisation des défenses psychologiques du fait des multiples contraintes engendrées par la maladie a été constatée après les premières réactions anxio-dépressives. Les mécanismes utilisés pour neutraliser l'angoisse ont été le plus souvent de type "névrotique": régression, refoulement, dénégation, isolation. Chez les patients ayant une personnalité antisociale ou limite, des mécanismes de défense plus archaïques ont été notés: ces patients projettent leur angoisse et sont plus souvent en proie à un vécu de persécution ou de préjudice vis-à-vis de leur entourage. Cette disposition se traduit fréquemment par des revendications tyranniques à l'égard de l'équipe soignante ou de la famille. Par ailleurs, les sentiments d'angoisse, d'insécurité mal contrôlés et non mentalisés trouvent comme moyen privilégié d'expression le passage à l'acte, ce qui compromet quelquefois les efforts d'intégration sociofamiliale et le bon déroulement du traitement.

Des variations sensibles du comportement social ont été notées chez 89% des sujets. Cent pour cent (100%) des patients se disent incapables de se distraire et de s'adonner à une activité quelconque de loisir; 58% des patients n'ont plus d'activité sociale et se contentent de relations avec un

cercle restreint d'intimes; enfin, 35% des parents se disent complètement isolés socialement, sans soutien affectif ou matériel des membres de leur famille.

Seulement 15% des patients travaillent au moment de l'enquête. Les patients au chômage bien avant l'infection se disent trop asthéniques pour travailler après l'annonce de la séropositivité.

Cinquante-trois pour cent (53%) des patients disent ne plus avoir de relations sexuelles du fait d'une baisse de la libido ou d'une impuissance sexuelle. Seize, soit 28,6%, ont continué d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Au moment de l'enquête, trois ne sont plus croyants ni pratiquants, huit sont devenus croyants et pratiquants et aucun changement dans le comportement religieux n'a été constaté dans 81,6% des cas. Cinquante-deux sur 60, soit 86,6%, ne font confiance qu'à leur médecin, tandis que les huit autres ont eu recours à une médecine alternative faisant appel au port d'une amulette dans un cas et à la consultation de guérisseurs dans sept cas.

Discussion

En décembre 1997, l'OMS estime à 30,6 millions le nombre d'adultes et enfants vivant avec le VIH/SIDA depuis le début de la pandémie; 11,7 millions, soit environ 1/3, sont décédés. En 1997, 16 000 nouveaux cas par jour d'infection à VIH sont rapportés, dont plus de 90% dans les pays en voie de développement, 1600 cas chez des enfants de moins de 15 ans et environ 14 000 cas chez l'adulte, dont plus de 40% chez la femme et plus de 50% chez les 15-24 ans [1].

En Tunisie, où le nombre d'habitants fin 1997 s'élève à 9 600 000, 779 cas d'infection à VIH/SIDA ont été déclarés

depuis la notification du premier cas en 1985, avec une incidence annuelle de 80 cas depuis 1990. Il s'agit d'une population jeune avec 60% dans la tranche d'âge 20-39 ans, à prédominance masculine (*sex ratio* 2,3); 275 sont porteurs asymptomatiques, 454 (58%) sont au stade du SIDA, parmi lesquels 60% sont décédés.

La situation épidémiologique en Tunisie n'est certes pas inquiétante mais tout de même alarmante. Elle nécessite l'élaboration d'une stratégie de prévention qui sera d'autant plus efficace que guidée par les résultats de l'étude des facteurs psychologiques et socio-environnementaux exposant à un comportement à risque de l'infection à VIH.

L'enquête a permis de montrer que la population infectée est relativement jeune et particulièrement démunie, tant au plan social qu'éducationnel, malgré un taux de scolarisation actuel dépassant 90% en Tunisie. Ces jeunes sont issus dans plus de 90% des cas d'un milieu social défavorisé. Ils ont vécu leur enfance dans la promiscuité, au sein d'une famille nombreuse ébranlée par l'exode rural.

Parmi les facteurs de risque, la toxicomanie par voie intraveineuse est prépondérante et les facteurs favorisant l'infection à VIH par le biais de la toxicomanie par voie intraveineuse ne sont pas univoques. Notre échantillon peut en effet se subdiviser en plusieurs sous-groupes aux caractéristiques psychologiques et épidémiologiques différentes.

Le premier sous-groupe est constitué de jeunes hommes présentant dans un grand nombre de cas une personnalité antisociale (31%). Ceci explique leur parcours existentiel accidenté, marqué du sceau des ruptures: rupture avec le cycle d'enseignement arrêté au niveau primaire, rupture avec le milieu familial et culturel du fait d'une émi-

gration à la recherche d'un sort meilleur (2/3 des cas).

Dans le pays d'accueil ils arrivent à un âge n'excédant pas 20 ans dans la moitié des cas, clandestinement et sans aucune formation; leur immaturité sociale, leur versatilité, leur incapacité à se conformer aux règles et leur propension à prendre des risques expliquent leur vulnérabilité et leur risque élevé d'infection, comme cela a été démontré par Aggleton et coll.[2], en étudiant la corrélation entre divers facteurs psychosociaux et les comportements à risque au sein de populations d'adolescents et d'adultes jeunes infectés. Ces caractéristiques en font également des proies faciles pour les circuits du trafic de drogues dans lesquels ils sombrent, appâtés par le gain facile et la consommation de toxiques. La consommation de drogue et d'alcool favorisant les relations sexuelles non protégées, comme cela a été constaté par De Graaf et coll. [3], ils se trouvent exposés au risque de contamination par le VIH, risque majoré par la toxicomanie par voie intraveineuse. Ces jeunes retournent au pays natal, le plus souvent suite à des séjours carcéraux répétés, soldés par une expulsion.

La personnalité antisociale, associée à la misère sociale et l'émigration, semble avoir été pour ces jeunes le facteur déterminant dans l'infection à VIH.

Une constatation similaire a été faite par Compton et coll. [4], qui ont étudié les troubles de la personnalité au sein d'un groupe de toxicomanes par voie intraveineuse; les auteurs ont noté qu'une personnalité antisociale entraînait un accroissement du taux d'infection à VIH et que ce trouble de la personnalité était associé à la toxicomanie, la promiscuité sexuelle et la prostitution. Par ailleurs, Drescher [5] a constaté que les troubles psychiatriques peuvent venir exacerber une personnalité "borderline" préexistante ou

encore être provoqués par le stress engendré par l'infection à VIH.

A côté de cette population stigmatisée par un comportement déviant, un autre type de profil assez spécifique se dégage de l'échantillon, celui des femmes contaminées par leur conjoint ayant émigré à l'étranger, qu'il soit toxicomane ou non. Ces jeunes femmes, pour la plupart illettrées, originaires d'un milieu rural traditionnel, ont accepté souvent, sans le connaître, d'épouser un homme travaillant à l'étranger et ont quitté la tutelle parentale pour celle de la belle-famille chez qui elles sont hébergées. La docilité de ces jeunes femmes, garante de l'harmonie au sein du groupe familial, apparaît dans les entretiens cliniques sous la forme de traits de caractère passif-dépendant.

En dehors de ces deux groupes stigmatisés pour l'un par la turbulence et pour l'autre par la passivité, on identifie dans notre échantillon les facteurs de risque habituels, représentés par un comportement sexuel à risque: vagabondage sexuel associé à une absence d'utilisation de préservatif. Les entretiens avec les patients ont révélé certains préjugés culturels qui favorisent ce comportement à risque. En effet, le SIDA est encore considéré dans la population musulmane comme une maladie sacrilège honteuse, car liée à un comportement fortement frappé par l'interdit religieux. Il ne peut donc s'agir fantasmatiquement que d'une maladie sale, contractable par un étranger non musulman. Ceci pourrait expliquer l'absence de précaution lorsque les partenaires sexuels appartiennent à la même culture religieuse. Plusieurs jeunes hommes nous affirmaient qu'ils ne s'étaient pas protégés car leur partenaire était musulmane et irréfutable au plan de son hygiène.

Les particularités épidémiologiques de notre échantillon nous semblent intéres-

santes à prendre en compte pour anticiper les difficultés qui apparaîtront dans les efforts de prévention contre l'infection à VIH. C'est ainsi que pour optimiser l'efficacité des actes de prévention en amont, dans laquelle l'information joue un rôle prépondérant, il faudrait répondre à certaines questions compte tenu des caractéristiques de la population ciblée: où, comment et par qui informer? Sachant que la population à risque n'atteint pas le cycle d'enseignement secondaire où sont habituellement concentrés les efforts d'information, il faudrait donc toucher ces jeunes là où ils se trouvent: dans la rue, dans leur quartier, au centre de soins de santé de base, dans les lieux de transit (bateaux, aéroports) et surtout dans le pays d'accueil. Les jeunes femmes pourraient être accessibles à l'information dans leur famille et par le biais d'institutions qu'elles fréquentent habituellement (dispensaire local, centre de planning familial, bureau d'assistante sociale). L'information devra tenir compte des tabous et des particularités socio-culturelles, et veiller à ne pas créer de résistances dans la population ciblée. Nous pensons en particulier à la difficulté de modifier de façon positive le comportement des épouses de travailleurs émigrés, auprès desquelles il faudra agir en respectant la cohésion du couple.

Le véhicule de l'information et le contenu devraient être soigneusement appréciés. Ainsi l'information et la sensibilisation seront confiées au personnel médical ou paramédical ou encore à un membre de la communauté qui aura préalablement reçu une formation.

Les difficultés de la prise en charge, une fois la maladie déclarée, devraient aussi être prises en considération par les organismes gouvernementaux et non gouvernementaux.

En effet, un certain nombre de malades sont des hommes jeunes, sans emploi ni revenus, renouant difficilement avec les normes de leur pays d'origine après de longues années d'immigration. Hormis les difficultés socio-économiques rencontrées, ces malades sont susceptibles de perpétuer un comportement sexuel inadéquat, du fait de leur incapacité à se conformer à des consignes et des contraintes engendrées par la maladie. Leur détresse s'exprime souvent dans la révolte, la violence; ils épuisent famille et soignants et provoquent des contre-attitudes négatives, favorisant encore le risque de passage à l'acte transgressif.

Certaines jeunes femmes atteintes (veuves ou célibataires), se retrouvant démunies de toute ressource, sans soutien familial, risquent de sombrer dans la prostitution clandestine pour subvenir à leurs besoins et constituent ainsi une source de contamination.

Conclusion

Au terme de cette étude prospective, nous pouvons déduire qu'une prévention efficace de l'infection à VIH en Tunisie doit être ciblée sur la population jeune et répondre à plusieurs objectifs. Cette prévention ne saurait être réalisée sans la collaboration précieuse des autorités publiques.

- Assurer une information continue sur les modes de contamination par le VIH et sa prévention.
- Participer à l'amélioration du niveau socio-économique, en renforçant la politique de planning familial déjà largement déployée mais qui connaît des résistances.
- Persévérer dans les actions de promotion de la femme, en particulier rurale.
- Lutter contre l'émigration en augmentant les possibilités d'emploi.

- Freiner l'exode massif vers les cités populaires des grandes villes, particulièrement la capitale, en encourageant les projets d'emploi en milieu rural.
- Veiller à l'encadrement permanent des jeunes par:
 - la multiplication des centres de réinsertion sociale et des structures d'accueil
 - la création de comités de quartier
 - le développement des activités socio-culturelles.

Remerciements

Nous remercions, pour leur collaboration à l'élaboration de ce travail, Madame le Docteur N. Ben Salem, Messieurs les Docteurs B. Kilani, F. Zouiten, M. Gastli, A. Goubontini et T. Ben Chaabane du Service des Maladies infectieuses, Monsieur le Docteur Z. Hechmi du Service de Psychiatrie de l'Hôpital Razi et Mme Sonia Triki, secrétaire médicale du Service des Maladies infectieuses.

Références

1. *Rapport sur l'épidémie mondiale de l'infection à VIH/SIDA*. Genève, ONUSIDA, 1997.
2. Aggleton P, Kapila M. Young people, HIV/AIDS and the promotion of sexual health. *Health promotion international*, 1992, 7(1):45-51.
3. De Graaf R et al. Alcohol and drug use in heterosexual and homosexual prostitution, and its relation to protection behaviour. *AIDS care*, 1995, 7(1):35-47.
4. Compton WM et al. Is antisocial personality disorder associated with increased HIV risk behaviors in cocaine users? *Drugs and alcohol dependence*, 1995, 37(1):37-43.
5. Drescher J. Psychosocial aspects of HIV and AIDS. *Optometry and vision science*, 1995, 72(5):320-6.