



REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY – CALAVI

FACULTE DES LETTRES ARTS ET SCIENCES HUMAINES

DEPARTEMENT DES SCIENCES DU LANGAGE ET DE LA COMMUNICATION



MEMOIRE DE MAITRISE

Option : Information et Communication

Déterminants cognitifs et moteurs et stratégies intégrées
de communication en faveur de la qualité de l'observance
thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes
séropositives dans trois milieux au Bénin.

Réalisé et soutenu par :

Gbègnissou Patricia Monique MONTCHO

Directeur du mémoire :

Antoine D. DADELE, PhD, MSc.
Professeur assistant de Communication

Examineur:

Joseph FLENON, Md, MBA
Professeur assistant de Santé publique

Président du Jury

Dr Toussaint Yaovi TCHITCHI,
Professeur Titulaire du CAMES

Année Académique : 2012-2013

DEDICACES

A

A toutes les femmes gestantes séropositives que j'ai enquêtées et qui ne sont plus aujourd'hui de ce monde... Ce travail est un appel pressant et citoyen à tous les agents de communication pour qu'ils mesurent la portée du travail qu'il reste à abattre dans le développement des stratégies appropriées d'information, d'éducation afin de réduire l'effet de « la dissonance cognitive », point de départ de tout changement de comportement.

REMERCIEMENTS

A

Notre maître de mémoire, Dr Antoine Dieudonné DADELE, votre simplicité et votre humilité ont fait de vous plus qu'un père qu'un maître. Merci d'avoir accepté d'encadrer ce travail malgré votre état de santé et les différents événements rencontrés. Que Dieu vous donne la santé pour que nous puissions bénéficier encore de vos conseils.

Notre co-maître de mémoire, Dr Joseph FLENON, vos qualités humaines, vos connaissances aussi bien immenses que variées, votre disponibilité quasi permanente, votre générosité, nous ont été très bénéfiques et tout ceci confirme vos immenses qualités d'enseignant et de chercheur. Très sensible à votre dévouement tout au long de la réalisation de ce travail, nous vous prions de croire en notre gratitude.

Notre superviseur, Toussaint Yaovi TCHITCHI, Professeur Titulaire du CAMES, qui a spontanément accepté la supervision de ce travail malgré les lourdes charges académiques qui sont les siennes. Toutes nos reconnaissances.

Tout le corps enseignant et au Chef de Département, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous assurer une bonne formation. Toutes nos reconnaissances

Notre père Placide MONTCHO et notre mère Françoise ABADAHOUÉ MONTCHO, ce travail est l'expression des privations et sacrifices consentis pour notre éducation. Puisse l'éternel vous accorder une longue vie pour bénéficier des fruits de vos efforts !

Toutes les sages-femmes de l'hôpital de l'Instruction des Armées, de la CUGO (CNHU), du centre de santé de Mènonin, de l'hôpital BETHESDA, de l'hôpital de zone de Calavi, de Ouidah, de Lalo, de Klouékanmè et Toviklin

Roger KLIPKEZO, LAHAMY, AGOSSOU, AISSAN, médecins en service dans les structures sanitaires visitées, pour la qualité de votre disponibilité et collaboration.

Nos frères, sœurs, cousins et cousines pour l'ambiance fraternelle.

Notre bien aimé, qui ne nous a pas marchandé son soutien toutes les fois que nous en avons eu besoin. Ce travail est aussi le tien. Qu'il soit pour toi le témoignage de notre amour.

Nos camarades d'amphi, amicales et fraternelles pensées.

Toutes et à tous ceux que nous n'avons pu citer, nos profondes gratitudes.

GLOSSAIRE

Dissonance cognitive : Concept élaboré par Léon Festinger dans les années 1950^[1]. Elle est souvent le résultat d'un désaccord entre attitudes et comportements. Selon cette théorie, l'individu en présence de cognitions (opinions ou croyances sur l'environnement, sur soi ou sur son propre comportement) incompatibles entre elles, éprouve un état de tension désagréable (appelé l'état de dissonance cognitive). C'est donc la présence simultanée d'éléments contradictoires dans la pensée de l'individu entraînant chez lui un état de malaise, une tension psychologique désagréable. Dès lors l'individu fera preuve de stratégies visant à restaurer un équilibre cognitif. Ces stratégies sont appelées « modes de réduction de la dissonance cognitive » ».

Processus du comportement: L'ensemble des étapes suivies par un individu en vue de changer un comportement. Lorsqu'on s'intéresse au changement de comportement d'un individu, on observe surtout la démarche avec laquelle celui-ci modifie ses actions, en regardant les étapes qu'il suit pour arriver à son but: soit de passer du comportement actuel non-désiré au comportement souhaité. C'est donc un processus qui comporte des étapes.

Le Changement de Comportement (CC) : d'un individu est caractérisé par la modification d'une action et d'une façon de se comporter (Ajzen et Fishbein, 1980; cités dans Mc Cormack Brown, 1999a). ^[2]

La Communication pour un Changement de Comportement (CCC) est un processus interactif, s'inscrivant dans un large programme de prévention et, visant à développer les approches et messages appropriés, à travers une variété de supports et canaux pour promouvoir, développer, et pérenniser des comportements positifs aux niveaux individuel et collectif.

Attitude : L'attitude est l'état mental ou neurophysiologique déterminée par l'expérience et qui exerce une influence sur l'individu en le préparant à agir d'une manière particulière face à un certain nombre d'objets ou d'événements selon Gordon W. Allport^[3]. L'attitude est ce qui est supposé être derrière le comportement, c'est des prédispositions à agir. Attitude = structure mentale qui renvoie à notre position, notre évaluation à l'égard d'un objet quelconque et qui nous prédispose à agir d'une certaine façon par rapport à l'objet en question.

Les nombreuses études menées par les chercheurs en psychologie sociale suggéraient que les attitudes pouvaient expliquer les actions humaines. En ce sens, on considérait les attitudes comme étant un indicateur plausible du comportement (Mc Cormack Brown, 1999a) ^[2].

Observance thérapeutique : Elle désigne les capacités d'une personne à suivre un traitement selon une prescription médicale

Qualité de l'observance : Il s'agit du niveau d'observance nécessaire à une bonne réponse immunovirologique des traitements.

Variabes individuelles: Il s'agit des caractéristiques générales (démographiques) d'un individu à savoir âge, sexe, situation matrimoniale, religion, niveau d'instruction, etc.

Variabes sociales: Ce sont les croyances, les perceptions d'un individu et celles de son entourage, des préjugés qui pourraient avoir une influence sur son comportement et le conduire à une dissonance cognitive.

Prise de décision volontaire: Le processus de changement de comportement est individuel et volontaire.

Analyse : Méthode de diagnostic qui consiste à identifier les forces, les faiblesses, les opportunités et les menaces caractéristiques d'une situation déterminée en vue de l'élaboration d'un plan à moyen ou long terme.

Modèle : Démarche logique, ordonnée et rationnelle fondée sur des principes et des règles dont l'application améliore la qualité du travail, ainsi que la détermination des techniques et des activités que requiert la résolution de problèmes ou la satisfaction de besoins donnés.

Protocole thérapeutique : C'est l'association d'ARV qui tient compte de l'efficacité, des effets secondaires, des contres indications et de l'antagonisme entre les médicaments.

Prévention Transmission Mère Enfant du VIH : L'ensemble des mesures prises pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

VIH : C'est l'acronyme du Virus de l'Immunodéficience Humaine. Le Virus de l'Immunodéficience Humaine est un rétrovirus caractérisé par la présence d'une enzyme, la transcriptase reverse qui permet la synthèse d'un ADN double brin à partir de l'ARN de la cellule infectée. On distingue 02 types de VIH. Le VIH1 est très répandu dans le monde comprend 03 groupes : le groupe M qui comprend 10 sous types (classés de A à J) ; le groupe N ; le groupe O (Outler) découvert chez les femmes infectées par le VIH au Cameroun. Le VIH2 qu'on retrouve dans certains pays d'Afrique. Il comprend 7 sous types^[4].

SIDA : Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise est l'ensemble des manifestations morbides, cliniques, et biologiques dues à la pénétration du VIH dans l'organisme humain. C'est le stade ultime de l'infection par le VIH.

SIGLES ET ACRONYMES

ADN : Acide Désoxyribose Nucléique

ARV : Antirétroviral

CAP : Connaissance, Attitudes, Pratiques

CC : Changement de Comportement

CCC : Communication pour un Changement de Comportement

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CIP : Communication Inter personnelle

CNHU : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert K. MAGA

C P D A C : Connaissance Persuasion Décision Adoption Confirmation

CSA : Centre de Santé d'Arrondissements

CSC : Centre de Santé Communal

CUGO : Centre Universitaire de Gynécologie Obstétricale

DDSP : Direction Départementale de la Santé Publique

DSL : Département des Sciences du Langage et de la Communication

FLASH : Faculté des Lettres Arts et Sciences Humaines

HZ : Hôpital de Zone

IEP : Information Education Promotion

INSAE : Institut Nationale de Statistique et d'Analyse Economique

MSP : Ministère de la Santé Publique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour le sida

PIB : Produit Intérieur Brut

PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant

RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

T.A.R : Théorie de l'Action Raisonnée

T.S.C : Théorie Sociale Cognitive

TME : Transmission Mère Enfant

UAC : Université d'Abomey-calavi

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'enfance

UVS : Unité Villageoise de Santé

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ZS : Zone Sanitaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau1: Nombre de gestantes enquêtées par milieu et par commune.....	34
Tableau2: Répartition des effectifs des gestantes séropositives selon leurs caractéristiques générales.....	37
Tableau 2 (suite): Répartition des effectifs des gestantes séropositives selon leurs caractéristiques générales.....	39
Tableau 3 : Répartition des gestantes selon la qualité de leur connaissance du sida et des ARV dans chacun des trois milieux étudiés.....	40
Tableau 4: Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité de leur persuasion de l'utilité des prescriptions antirétrovirales dans chacun des trois milieux étudiés.....	41
Tableau 5 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité de leur décision d'utilisation des ARV dans chacun des trois milieux étudiés.....	41
Tableau 6 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité d'adoption des prescriptions antirétrovirales.....	42
Tableau 7 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité de pratique d'utilisation des prescriptions antirétrovirales.....	42
Tableau 8 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leurs ethnies en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux.....	43
Tableau 9 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leurs religions en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux.....	44
Tableau 10 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leurs tranches d'âges en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux.....	44
Tableau 11 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur situation matrimoniale en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux.....	45
Tableau 12 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur niveau d'instruction en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux.....	46
Tableau 13 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur niveau de revenu mensuel en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux.....	47
Tableau 14: Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur qualité de persuasion et en fonction de leur qualité de connaissance dans les trois milieux.....	48
Tableau 15 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur qualité de décision et en fonction de leur qualité de persuasion dans les trois milieux.....	49

Tableau 16: Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur qualité de décision et en fonction de leur qualité d'adoption dans les trois milieux.....50

Tableau 17 : Répartition des gestantes sous ARV selon leur qualité d'essai en fonction de leur qualité de pratiques des prescriptions antirétrovirales dans les trois milieux.....51

LISTE DES FIGURES

Fig1: Différentes étapes de la transmission virales chez l'enfant.....16

Figure2 : Théorie de l'Action Raisonnée.....22

LISTE DES SCHEMAS

Shéma1 : Cadre conceptuel général.....19

Schéma2 : Modèle d'innovation décision.....23

Schéma3 : Cadre théorique de la recherche.....26

Schéma4 : Cadre conceptuel et théorique spécifique de la recherche.....27

Introduction

Chaque jour, près de 1000 enfants dans le monde sont infectés par le virus du sida au travers de leur mamans séropositives. Au moins la moitié de ces enfants n'atteindront pas leur deuxième année s'ils ne sont pas pris en charge ^[5]. En 2009, 370.000 bébés sont nés avec le VIH chaque minute, pour leur grande majorité en Afrique Subsaharienne ^[6]. La Transmission Mère Enfant (TME) est une des causes majeures de l'infection par le virus (VIH1) particulièrement dans les pays à faibles ressources et sans accès aux traitements préventifs antirétroviraux. Elle peut intervenir à plusieurs stades : « pendant la grossesse (5 à 10%), pendant le travail et l'accouchement (10 à 20%) et après la naissance lors de l'allaitement maternel (5 à 20%). En 2010, 34 millions de personnes dans le monde, adultes et enfants, vivent avec le VIH. Sur ces chiffres, 22,9 millions vivent en Afrique, dont 11,8 millions de femmes et 3,1 millions d'enfants qui ont contracté le virus ^[7]. Cette année, 390 000 enfants ont été infectés par le VIH par la transmission de la mère à son enfant ^[8]. Cependant cette transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est devenue un événement rare dans les pays développés du fait de l'efficacité des interventions prophylactiques mises en œuvre et grâce à la disponibilité de programmes complets d'interventions de la Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME). En Europe par exemple, ce taux est de 1% contrairement à l'Afrique où il oscille entre 25 et 8% selon les pays ^[9]. Vu le fait que les interventions PTME ont été prouvées comme étant sûres, efficaces, faisables et relativement peu coûteuses, l'ONU SIDA a fait de la PTME, l'une de ses priorités et a demandé l'élimination quasi-totale de la transmission du vih de la mère à l'enfant d'ici 2015. « Nous pensons qu'à l'horizon 2015, les enfants pourront naître en tous lieux sans vih et leurs mères pourront demeurer en bonne santé » a déclaré Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA ^[6]. Raison pour laquelle le concept de la PTME est passé aujourd'hui à celui de l'ETME (Elimination de la Transmission Mère Enfant). Ce programme a également fait ses preuves au Bénin où selon une étude commanditée par l'ONUSIDA en 2009 sur les bonnes pratiques de la PTME au Bénin, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le groupe des gestantes séropositives ayant bénéficié de la triprophylaxie/trithérapie est de 2,1%) ^[7]. Il en ressort donc que la Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH (PTME) est l'une des armes les plus puissantes dans la panoplie de prévention du VIH et elle possède un formidable potentiel pour améliorer la santé maternelle et infantile. Ceci est certainement dû à l'observance au traitement qui constitue le facteur explicatif du succès ou de l'échec des traitements ^[10]. Dans la perspective de l'élimination quasi-totale de la transmission du vih de la mère à l'enfant d'ici 2015, il nous paraît important d'étudier la

qualité de l'observance thérapeutique chez les gestantes séropositives aussi bien en milieu urbain, semi rural que rural. C'est pourquoi nous avons initié cette étude qui porte le sujet :

Sujet de recherche : Qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes séropositives au VIH dans trois milieux au Bénin.

La réponse à cette question constitue l'objet de la présente recherche qui permettra d'analyser la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes séropositives pour la Prévention de la Transmission Mère Enfant. Cette analyse de la qualité de l'observance thérapeutique se fondera sur le modèle d'innovation-décision de Rogers et Schoemaker. Ce modèle de Rogers et de Schoemaker met l'accent sur les variables sociales et individuelles pouvant faciliter ou bloquer la mise en œuvre du processus de changement de comportement. Les auteurs présupposent qu'un tel processus est mental et est représenté par cinq éléments spécifiques que sont : la connaissance, la persuasion, la décision, l'adoption et la confirmation. Ces éléments, schématisés comme les marches d'un escalier partent de la connaissance (1^{ère} marche) jusqu'à la confirmation (5^{ème} marche de l'escalier). Les marches inférieures de l'escalier influencent le passage sur les marches immédiatement supérieures de l'escalier.

Nous utiliserons ce modèle pour confectionner le questionnaire, outil de collecte de données. Ce modèle de Rogers et Schoemaker sera aussi utilisé pour élaborer le plan de communication pour un changement de comportement thérapeutique en vue d'améliorer la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale pour la PTME chez les gestantes séropositives.

Pertinence de la recherche : Nous utiliserons le modèle de Rogers et Schoemaker pour confectionner le questionnaire outil de collecte de données. Cette analyse de la qualité de l'observance thérapeutique et de ses déterminants à partir du modèle de Rogers devra nous fournir des informations sur la qualité de l'observance thérapeutique et ses déterminants cognitifs, psychologiques et moteurs et nous permettre :

- de tester l'efficacité du modèle de Rogers et Schoemaker dans l'élaboration de l'outil de collecte de données sur les déterminants cognitifs, affectifs, et moteurs de la qualité de l'observance thérapeutique pour la PTME chez les gestantes séropositives
- d'analyser la qualité de l'observance thérapeutique chez les gestantes séropositives
- de développer des stratégies de communication en faveur de l'observance thérapeutique chez les gestantes séropositives.

L'utilisation du modèle de Rogers et Schoemaker pour l'analyse nous permettra de suivre, au moment de la communication pour un changement de comportement les étapes en escaliers

du changement de comportement (CC) et de veiller à lever les contraintes au passage d'un escalier à l'escalier supérieur conduisant vers le comportement souhaitable. Fort du modèle de Rogers et Schoemaker, nous pouvons formuler les hypothèses de recherches suivantes :

Hypothèses

- 1-La qualité de la connaissance des prescriptions d'ARV aux gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité de la persuasion de l'efficacité des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME.
- 2- La qualité de la persuasion de l'efficacité des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité de décision d'utiliser adéquatement les ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME.
- 3- La qualité de la décision d'utiliser adéquatement les ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité de l'essai des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME.
- 4- La qualité de l'essai des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité des pratiques des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME.

Objectifs

Objectif général : Etudier la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes séropositives en milieu urbain, semi urbain et rural au Bénin.

Objectifs spécifiques

- 1-Déterminer la qualité de connaissance du Sida et des prescriptions antirétrovirales chez les gestantes séropositives ainsi que la qualité de leur persuasion de l'efficacité des prescriptions antirétrovirales
- 2-Déterminer la qualité de la décision d'utilisation des prescriptions antirétrovirales avec respect chez les gestantes séropositives et la qualité de leur essai du respect des prescriptions antirétrovirales.
- 3- Déterminer la qualité des pratiques d'utilisation des prescriptions antirétrovirales chez les gestantes séropositives.
- 4- Déterminer chez les gestantes séropositives l'influence de la qualité des connaissances sur le sida et sur les prescriptions antirétrovirales sur
i-la qualité de la persuasion de l'efficacité des ARV,

- ii-et l'influence de la qualité de la persuasion sur la qualité de la décision d'utilisation des ARV avec respect,
- iii- l'influence de la qualité de la décision d'utilisation des ARV avec respect sur la qualité de l'essai d'utilisation des ARV avec respect,
- iv- l'influence de la qualité de l'essai sur la qualité des pratiques avec respect permanent (ou confirmation) des prescriptions antirétrovirales.

1- Généralités sur le VIH^[4]

1.1- Définition

Le virus du sida fait partie de la famille des lentivirus. Il s'agit d'un virus possédant un génome sous forme d'ARN, contenu dans une capsidie protéique, elle-même entourée par une enveloppe formée d'une membrane lipidique. Son nom correspond à son effet pathologique : VIH = Virus de l'Immunodéficience Humaine. La maladie qu'il cause chez l'Homme est le SIDA : Syndrome d'Immuno Déficience Acquise.

1.2- L'agent pathogène

Le SIDA est une infection chronique qui est due à un rétrovirus appelé VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) et qui provoque la destruction du système immunitaire.

Il existe plusieurs rétrovirus responsables du sida, chacun infectant une espèce particulière. Le plus connu d'entre eux est le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) infectant l'homme. Les autres virus sont, parmi d'autres, le VIS infectant les singes et le VIF pour le chat.

1.3- Historique de la maladie

L'histoire du SIDA débute en juillet 1981 lorsque Center for Disease Control (CDC) est informé de l'utilisation de pentatomide dans les hôpitaux de Los Angeles pour traiter cinq jeunes adultes atteints d'une forme particulière grave de pneumocystose pulmonaire. La survenue d'autres cas semblables chez des homosexuels et des toxicomanes, aboutit à individualiser une nouvelle entité clinique se manifestant par une altération de l'immunité et donc appelée syndrome d'immunodéficience acquise. C'est ainsi qu'en 1983 une équipe de l'institut Pasteur dirigée par le professeur Montagnier, pour la première fois, a isolé le virus du SIDA VIH1 à partir des cellules d'un ganglion prélevées chez un homosexuel de retour des USA et présentant en amont du SIDA des lymphadénopathies. Il s'agit d'un nouveau virus qui sera baptisé LAV (Lympha denopathie associated virus). En 1984, l'équipe du professeur Gallo, aux Etats-Unis d'Amérique, isole à son tour le virus du SIDA qu'elle va appeler HTLV3 (Human T lymphotropic virus). L'équipe du professeur Lévy à San Francisco, de son côté isole également le virus du SIDA en 1986 qu'elle baptise ARV (AIDS related virus). L'épidémie a d'emblée suggéré une transmission par un agent pathogène présent dans le sang et les humeurs. L'hypothèse rétrovirale a très rapidement été avancée d'autant qu'il existait plusieurs modèles animaux de déficits immunitaires impliquant cette

famille de virus et que le virus HTLV1 (Human T Celle Leukomian lymphoma Virus) venait d'être isolé chez les malades atteints de leucémie de lymphome T humain. Un second Virus appelé HIV2 a été identifié en 1985 puis isolé en 1986 par le professeur Luc Montagnier. Ce second virus diffère du premier au niveau des protéines de surface, et est présent essentiellement en Afrique (de l'ouest).

1.4- Mode de transmission

Le virus du SIDA peut être transmis de diverses manières, qui impliquent différents **fluides corporels** : le sang, les sécrétions génitales, le lait.

- Transmission par voie sexuelle

Le virus est présent dans les sécrétions génitales, et peut donc être transmis lors d'un rapport sexuel, qu'il soit homosexuel ou hétérosexuel (la majorité des personnes vivant avec le vih en Afrique sont ainsi contaminées lors de rapports hétérosexuels). Certaines maladies sexuellement transmissibles, et surtout la multiplication des partenaires (sans protection lors des rapports) favorisent cette transmission.

- Transmission sanguine

Le virus étant présent dans le sang, il peut être transmis lors de tout "don" de sang d'un individu à un autre : lors de pratiques toxicomanes (échanges de seringues), de manière accidentelle, ou lors de transfusions. Un dépistage systématique des dons du sang a permis de réduire ce dernier mode de transmission (risque résiduel estimé à 1/500.000).

- Transmission materno-fœtale

Le virus est capable de traverser la barrière hémato-placentaire, et ainsi de contaminer, *in utero*, un fœtus. Le cas le plus fréquent semble être toutefois lors de l'accouchement. De plus, le virus se retrouve dans le lait maternel, d'où une contamination lors de l'allaitement (cas fréquent surtout en Afrique). Sans traitement, le VIH-1 se transmet à 15-20% de la mère à son enfant (30% si allaitement). Le VIH-2 ne se transmet lui, qu'à 2%. Avec traitement préventif, le taux de transmission du VIH-1 baisse à moins de 8%.

1.5- La Transmission Mère Enfant du vih

Le SIDA est une cause importante de mortalité infantile essentiellement dans les pays à haute prévalence. La TME est le 2ème mode de propagation du VIH après la transmission hétérosexuelle (voie sexuelle, TME, voie sanguine). La TME est le 1er mode d'acquisition du VIH chez l'enfant. Dans le monde, l'épidémie pédiatrique suit la courbe de celle de l'adulte. D'un côté, le nombre absolu d'enfants vivant avec le VIH continue à augmenter pour atteindre un total mondial record de deux millions en 2007. D'un autre côté, on observe une baisse – proportionnellement plus forte que pour l'adulte du nombre de nouvelles infections pédiatriques, estimées à 0,37 million en 2007 contre 0,45 million en 2001. En 2010, près de 390 000 [340 000–450 000] enfants sont nés séropositifs au VIH, ce qui représente une baisse par rapport au pic de 560 000 [500 000–630 000] atteint en 2002. L'ONUSIDA estime que plus de 350 000 nouvelles infections à VIH parmi les enfants ont été évitées depuis 1995 en fournissant une prophylaxie antirétrovirale aux femmes enceintes vivant avec le VIH.

1.6- Modes de transmission

1.6.1- Transmission virale et étapes de la grossesse



Pendant la grossesse *Pendant l'accouchement* *Pendant l'allaitement*
in utero 20% *intra partum 40%* *post natal 40%*

Figure1 : différentes étapes de la transmission virale chez l'enfant

La transmission du VIH1 de la mère à l'enfant peut survenir à différentes étapes : in utero, intra partum et/ou pendant l'allaitement. On conçoit donc que le mécanisme de la transmission ne soit pas le même selon le moment où le virus est transmis. L'infection à VIH est une infection persistante à réplication virale constante et le virus existe sous plusieurs formes infectieuses dans le sang et les divers fluides de l'organisme. Il peut être transmis soit sous forme de particules virales libres, soit par l'intermédiaire des cellules infectées, qu'elles soient en phase de latence ou en phase répliative. De rares cas de transmission précoce in utero du VIH1 ont été décrits. Une équipe a réalisé l'analyse par PCR du génome du VIH de tissus thymiques fœtaux provenant de 99 produits d'avortements ou d'enfants mort-nés. Ce travail n'a révélé que deux fœtus infectés, avec des signes de réplication virale importante.

Cette étude met l'accent sur l'extrême rareté des infections précoces in utero chez des fœtus à priori viables. Il y eut aussi un certain nombre de travaux qui plaident en faveur de l'hypothèse d'une transmission virale tardive, en fin de grossesse, voire au moment de l'accouchement. Une étude réalisée à l'aide d'un modèle de Markov utilisant l'ensemble des données virologiques obtenues chez 95 enfants infectés a permis d'estimer la proportion d'enfants infectés avant et pendant l'accouchement. La transmission virale était survenue au cours du dernier trimestre in utero chez un tiers des enfants infectés et le jour de l'accouchement chez deux tiers d'entre eux.

1.7- La Prévention de la Transmission Mère Enfant

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH est l'ensemble des mesures prises pour éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette prévention s'articule autour de quatre stratégies principales:

- la prévention primaire de l'infection à VIH : faire en sorte que les futures parents ne deviennent pas infectés ;
- la prévention des grossesses non désirées parmi les femmes VIH positives
- la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant par des interventions médicamenteuses (anti-retroviraux): in utero, per partum et post partum.

Au Bénin, la PTME a démarré en 2001 avec l'appui de l'OMS, l'UNICEF et la Coopération française. D'autres partenaires ont assuré la relève dans les départements comme dans le Couffo avec Plan Bénin et à Parakou avec Glaxo-Smithkline. Elle est l'une des priorités du Cadre Stratégique National de lutte contre le Sida 2007-2011 et prend en compte les 4 composantes telles que définies par les Nations Unies : la prévention primaire, la prévention des grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, la prévention de l'infection des mères infectées à leurs enfants et les soins, le traitement et soutien aux femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leur famille.

La PTME se base sur les différents documents normatifs suivants dont dispose le Bénin à savoir: le document de Politique, Normes et Procédures de la PTME ; la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour la période 2006-2015 ; la stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH ; et le guide national de prise en charge nutritionnelle des PVVIH. A partir de 2006, le Bénin a commencé par introduire l'utilisation des combinaisons prophylactiques plus efficaces en remplacement progressif de la dose unique de Névirapine.

Le nombre de sites offrant le service de la PTME est passé de 204 en 2007 à 450 en 2011. Dans les maternités répartis dans les 34 Zones Sanitaires, sur 200 837 dépistages réalisés en 2010, 3250 femmes ont été testées positives au VIH (1,62%). Selon les protocoles en vigueur, 810 femmes enceintes (48,91%) ont été mises sous monoprophylaxie et 846 femmes (51,09%) ont été mises sous triprophylaxie ou trithérapie.

Au cours de l'année 2011, 213655 femmes ont été testées dont 3010 dépistées séropositives (soit 1,41%). Sur l'ensemble des femmes ayant accouché sous protocole, 296 (20,98%) ont bénéficié de la monoprophylaxie, 558 (39,55%) de la trithérapie et 557 (39,48) de la triprophylaxie.

1.8- L'observance^[10]

1.8.1- Définition

L'observance se définit comme étant le degré de concordance entre l'attitude et le comportement d'un individu (en termes de prises médicamenteuses, de suivi du régime thérapeutique ou de changement de style de vie) face aux recommandations médicales. Le seuil de bonne observance concernant les ARV se situe au-dessus de 90%, voire 95% c'est-à-dire moins de trois prises oubliées pour un traitement de deux fois par jour. L'observance chez la femme enceinte atteinte de VIH est un facteur clé du succès pour prévenir la transmission verticale.




Toutefois, en ce qui concerne l'infection à VIH, l'observance au traitement revêt une importance particulière car :

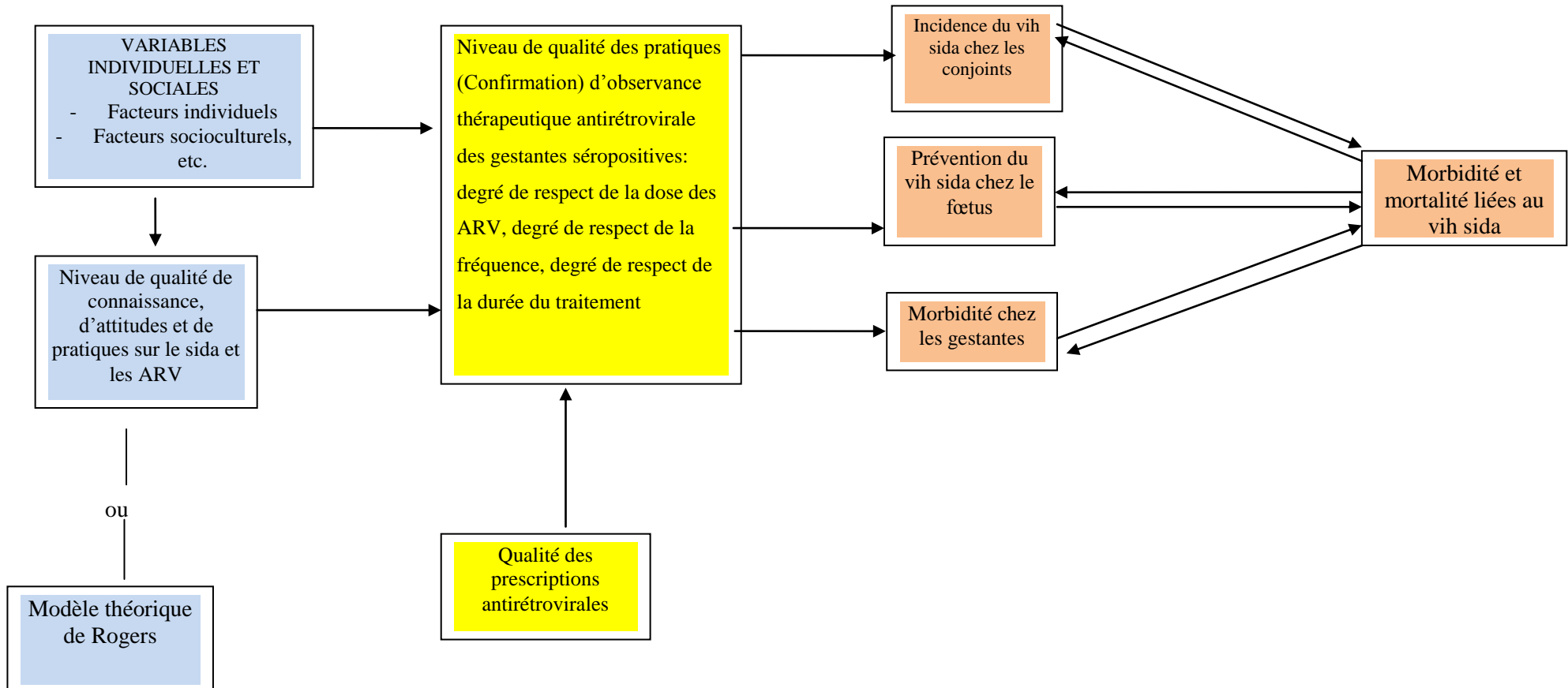
- L'observance au traitement antirétroviral est le principal facteur explicatif du succès (ou de l'échec des traitements en cas de dysobservance), notamment en traitement de première ligne. L'observance est associée au succès virologique mais également immunoclinique des multithérapies.
- Le niveau d'observance nécessaire à une bonne réponse immunovirologique des traitements est très élevé (il varie entre 80% et 100% selon les études et les méthodes de mesure de l'observance), considérablement plus élevé que ce qui est habituellement toléré pour d'autres pathologies chroniques.
- Un niveau élevé d'observance est nécessaire pendant un traitement prescrit à vie.
- Au-delà de la perte d'efficacité du traitement une mauvaise observance peut favoriser l'émergence de souches résistantes et compromettre par le jeu des résistances croisées l'efficacité des traitements de seconde ligne.

2- CADRE CONCEPTUEL

2.1- Schéma1 : cadre conceptuel général

LEGENDE

-  Conséquences des pratiques
-  Pratiques thérapeutiques antirétrovirales
-  Causes ou facteurs déterminants



2.1.2 - Explication du cadre conceptuel

Les facteurs individuels (Age, Ethnie, Situation matrimoniale, Niveau d'instruction, Niveau de revenu) influencent la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes séropositives

Les facteurs sociaux (les croyances des gestantes séropositives et des collatéraux, les préjugés sur les ARV, la stigmatisation, la non confidentialité du statut sérologique, la disponibilité des services, le qu'en dira-t-on ?, l'accessibilité financière face aux dépenses alimentaires) influencent la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes séropositives.

Le degré de respect de la dose des ARV, de la fréquence de la prise et de la durée du traitement ont aussi une influence sur la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes séropositives.

2-2 Cadre théorique

Le changement de comportement est un processus cyclique complexe au cours duquel beaucoup d'individus rencontrent des difficultés d'adaptation. De ce fait, des théories et modèles furent proposés au fil des ans en vue d'expliquer la façon dont les gens modifient leurs comportements et les facteurs qui favorisent le changement. Ils ont aussi proposé de nombreux modèles et théories complémentaires pour expliquer la transition de la non adoption à l'adoption d'un comportement, et surtout pour découvrir comment influencer le processus.

Ces théories et modèles sont également permettront aussi de comprendre le processus de changement de comportements sociaux complexes liés à la santé.

Ceux qui seront utilisés dans le cadre de ce travail sont les suivants

1- *Le Modèle des croyances relatives à la santé ou Health Belief Model (1974) de Rosenstock*

2- *La Théorie cognitive sociale de Bandura (1986)*

3- *La Théorie de l'action raisonnée de Ajzen et Fishbein (1967, 1980)*

4- *Le modèle d'innovation-décision de Rogers et Schoemaker (1973)*

2.2.1- Le Modèle des croyances relatives à la santé (Health Belief Model)

Elaboré par Rosenstock en 1974, le HBM a pour objectif de comprendre d'une part pourquoi les gens acceptaient ou refusaient de passer un test de dépistage des maladies asymptomatiques, de comprendre d'autre part les comportements associés à la prévention des maladies et à l'observance des prescriptions médicales.

Ainsi, le HBM postule : « *tout individu est susceptible d'entreprendre une action pour prévenir une maladie ou une situation désagréable s'il possède des connaissances minimales en matière de santé; et s'il considère la santé comme une dimension importante à l'intérieur de sa vie* » ROSENSTOCK (1974)^[11]

Dans la même perspective, Janz et Becker ont identifié les déterminants qui entrent en jeu dans la décision d'agir. Il s'agit de : a) la perception d'une menace pour la santé c'est-à-dire que l'individu se considère comme potentiellement vulnérable à une maladie ou à une condition défavorable pertinente ; b) la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre c'est-à-dire percevoir l'apparition éventuelle d'un autre état désagréable comme dangereux et pouvant avoir des conséquences sévères sur certains aspects de sa vie.

En dehors du HBM, restreint à la santé, il existe d'autres théories issues du domaine de la psychologie sociale.

2.2.2- La théorie Sociale Cognitive (TSC)

Née de la réflexion de Bandura, la TSC se fonde sur le fait que : « *Les différences individuelles, dans la façon d'accomplir une action ou d'emprunter un comportement significatif s'explique en grande partie par deux croyances : la croyance en l'efficacité du comportement et la croyance en l'efficacité personnelle* » BANDURA (1986).^[12]

Selon Bandura, la première croyance consiste à vérifier le degré de conviction qu'une personne a de l'efficacité d'un comportement tandis que la seconde évalue jusqu'à quel point la personne est convaincue de réussir à adopter le comportement requis pour obtenir les résultats escomptés. Autrement dit, une personne adoptera un comportement si d'une part, elle croit que ce dernier peut contribuer à l'atteinte de résultats escomptés et si, d'autre part, elle a suffisamment confiance en sa capacité d'adopter ce comportement au moment opportun. Il s'agira donc de mesurer les efforts que la personne est décidée à fournir pour maintenir un comportement malgré les obstacles ou la facilité qu'à cette personne pour acquérir ce comportement.

2.2.3- La théorie de l'action raisonnée (1967, 1980)

Selon Ajzen et Fishbein, les gens considèrent les conséquences positives et négatives de leurs actes ou comportement avant de décider s'ils adoptent ou non ce comportement (1980; cités dans Mc Cormack Brown, 1999a)^[2]. Ils en sont venus à développer une théorie qui, selon eux, pouvait prédire et comprendre les comportements et les attitudes : la TAR.

Selon la théorie de l'action raisonnée, l'intention comportementale est le facteur le plus important du comportement. Si quelqu'un a l'intention d'adopter un certain comportement dans une situation donnée, il est alors beaucoup plus vraisemblable que le comportement soit effectivement adopté. Ainsi Fishbein et Ajzen, auteurs de la TAR postulent :

« Le déterminant immédiat d'un acte comportemental est l'intention de la personne de poser ou de ne pas poser l'acte donné »

Le but ultime de cette théorie est de prédire et de comprendre les comportements sociaux. La dite prédiction se fait par rapport à un comportement spécifique, et volitif. L'intention est déterminée par :

- a) *l'attitude vis-à-vis du comportement*: les convictions de l'individu concernant la vraisemblance des conséquences positives et négatives du comportement et l'importance relative de chaque conséquence.
- b) *les normes subjectives associées au comportement*: les convictions de l'individu concernant l'attitude des personnes influentes dans sa vie vis-à-vis sur le comportement et à quel point l'individu souhaite répondre à leurs attentes. Il cherche à comprendre l'influence que peut avoir sur lui ce que ces dernières pensent, croient et font et l'importance que revêt pour lui leur opinion. La figure 2 illustre ce modèle.

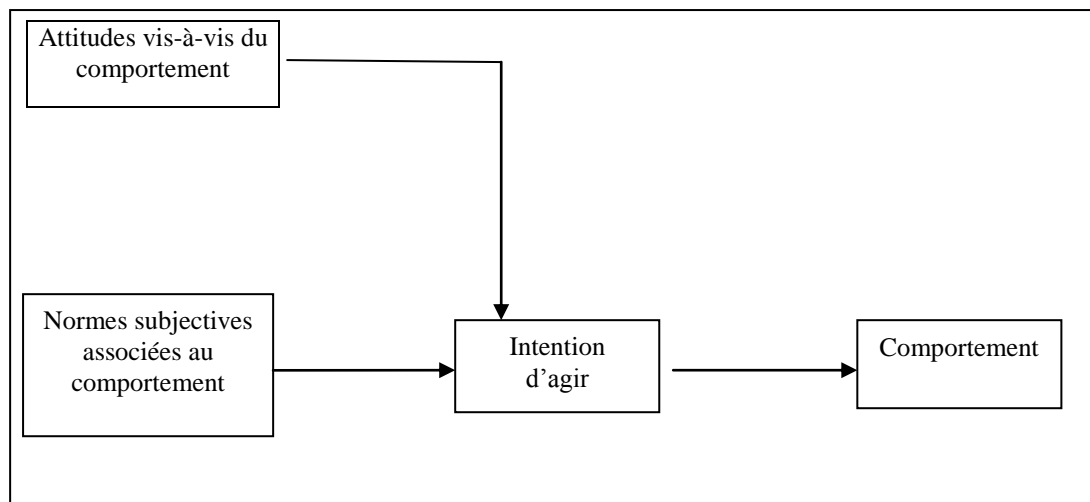


Figure2 : Théorie de l'Action Raisonnée/ Source : Godin et Kok (1996) ^[2]

2.2.4- Le modèle d'innovation décision de Rogers et Schoemaker, 1973

Le modèle d'innovation décision de Rogers et Schoemaker est une amélioration du modèle en escalier de Rogers. Selon Rogers et son modèle théorique ci-dessous représenté, l'information est capitale pour l'individu raison pour laquelle il faut, dans tout processus de changement de comportement lui apporter (dans notre cas les gestantes séropositives) un maximum d'informations sur les risques et inconvénients de l'inobservance thérapeutique et les avantages d'une meilleure observance thérapeutique. La Connaissance constitue donc la première étape de la prise de conscience. Son but est de réduire l'ignorance et les incertitudes par rapport à l'observance thérapeutique antirétrovirale. Il faudra, après cette étape, montrer aux gestantes séropositives le rapport entre l'inobservance et le risque qu'elles courent (persuasion). Après cela, les gestantes séropositives peuvent décider de mettre en application les informations reçues (Décision) en cherchant des conseils pour pratiquer l'observance. Tout est donc prêt pour mettre en pratique les informations reçues (Adoption). Cependant, l'adoption de ce nouveau comportement qu'est l'observance est difficile. Il faut donc pouvoir surmonter les obstacles pour y arriver et s'y maintenir (Confirmation).

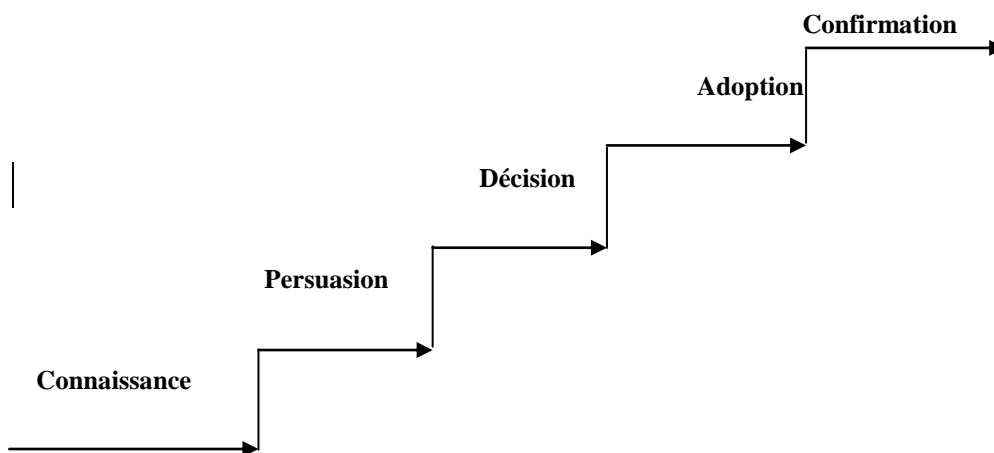


Schéma2 : modèle d'innovation décision de Rogers/ Source : Vikou (2003) ^[12]

Ce modèle de Rogers a été amélioré en 1973 par Schoemaker et Rogers et est aujourd'hui utilisé dans plusieurs domaines tels que la santé, le développement, l'éducation, etc. ^[12] Les deux auteurs soulignent que le processus d'innovation décision est d'ordre mental et passe de la connaissance d'une innovation, à la formation d'une attitude à l'égard de celle-ci, à la décision d'adoption ou de rejet de l'innovation, et à la confirmation de l'adoption ou du rejet de l'innovation. Ce processus exige du temps et comporte les cinq étapes suivantes :

La connaissance : A cette étape, l'individu, n'envisage pas changer son comportement ou n'a pas l'intention de le changer il faut donc qu'il acquière toutes les informations et connaissances nécessaires et suffisantes sur cette innovation. Dans le cas spécifique, il faut informer la cliente, c'est-à-dire la gestante séropositive sur les risques de l'inobservance sur sa santé et sur celle de son bébé Cette connaissance donnée sera influencée par des variables individuelles (âge, sexe, niveau d'instruction, etc....) et des variables sociales (normes sociales, culturelle et l'influence de groupe) ;

La persuasion: ici l'individu commence par réfléchir à l'innovation ainsi que sur les bénéfices de cette innovation; il faudrait donc l'informer sur les avantages ou bienfaits, la complexité, la compatibilité aux besoins, le coût de l'innovation afin d'éviter à la longue toute dissonance cognitive.

La décision: Une fois que l'individu est persuadé, convaincu de l'innovation, et ait analysé les conséquences éventuelles de cette innovation sur sa vie en pesant le pour et le contre, il peut prendre la décision de l'essayer ou de la rejeter.

Si l'adoption est la première décision, il commence donc par faire des essais possibles pouvant le conduire à l'adoption temporaire ou définitive ou au rejet de l'innovation ou nouveau comportement.

Le rejet : si le rejet de l'innovation est la première décision aucun essai n'a lieu. Le rejet peut être la deuxième décision et suivre le premier essai.

La confirmation: C'est la phase de renforcement du comportement adopté. L'essentiel ne consiste pas dans l'adoption de l'innovation mais surtout dans la continuité pour pouvoir la confirmer. Toutefois, l'individu peut rechuter s'il est exposé à des difficultés conflictuelles ou encore maintenir le comportement et devenir ainsi un modèle pour ses pairs.

Rogers et Schoemaker ont décelé cinq types d'adoptants selon leur modèle. Nous avons :

Les innovateurs (innovators) : ce sont des gens aventureux qui aiment être à la pointe, ils imaginent les possibilités de réalisation de l'innovation et sont désireux de faire un essai Ils ont un intérêt particulier pour les nouvelles idées. Ce sont eux qui présentent une innovation à l'intérieur de leur système social.

Les premiers adoptants (the early adopters) : Plus intégrés à l'intérieur du système social que les innovateurs, les premiers adoptants sont des leaders d'opinion auprès de qui les autres membres s'informent et demandent un avis sur l'innovation.

La majorité précoce (the early majority): Représente près 1/3 des membres du système, adopte une innovation juste avant la moyenne du système social. Elle sert de courroie de transmission entre les membres qui ont adopté l'innovation relativement très tôt et ceux dont la décision tarde

La majorité tardive (the late majority): Représente aussi 1/3 des membres du système. Elle adopte une innovation juste après la moyenne du système social et sous la pression d'une nécessité économique. Dès que les incertitudes sur l'innovation sont levées, elle consent à l'adopter

Les retardataires (the laggards) : Fortement encrés dans la tradition du système et ayant pour référence le passé, ils suspectent l'innovation et sont très résistants à une nouveauté. Ils veulent se rassurer de la réussite de l'innovation avant qu'ils ne l'adoptent

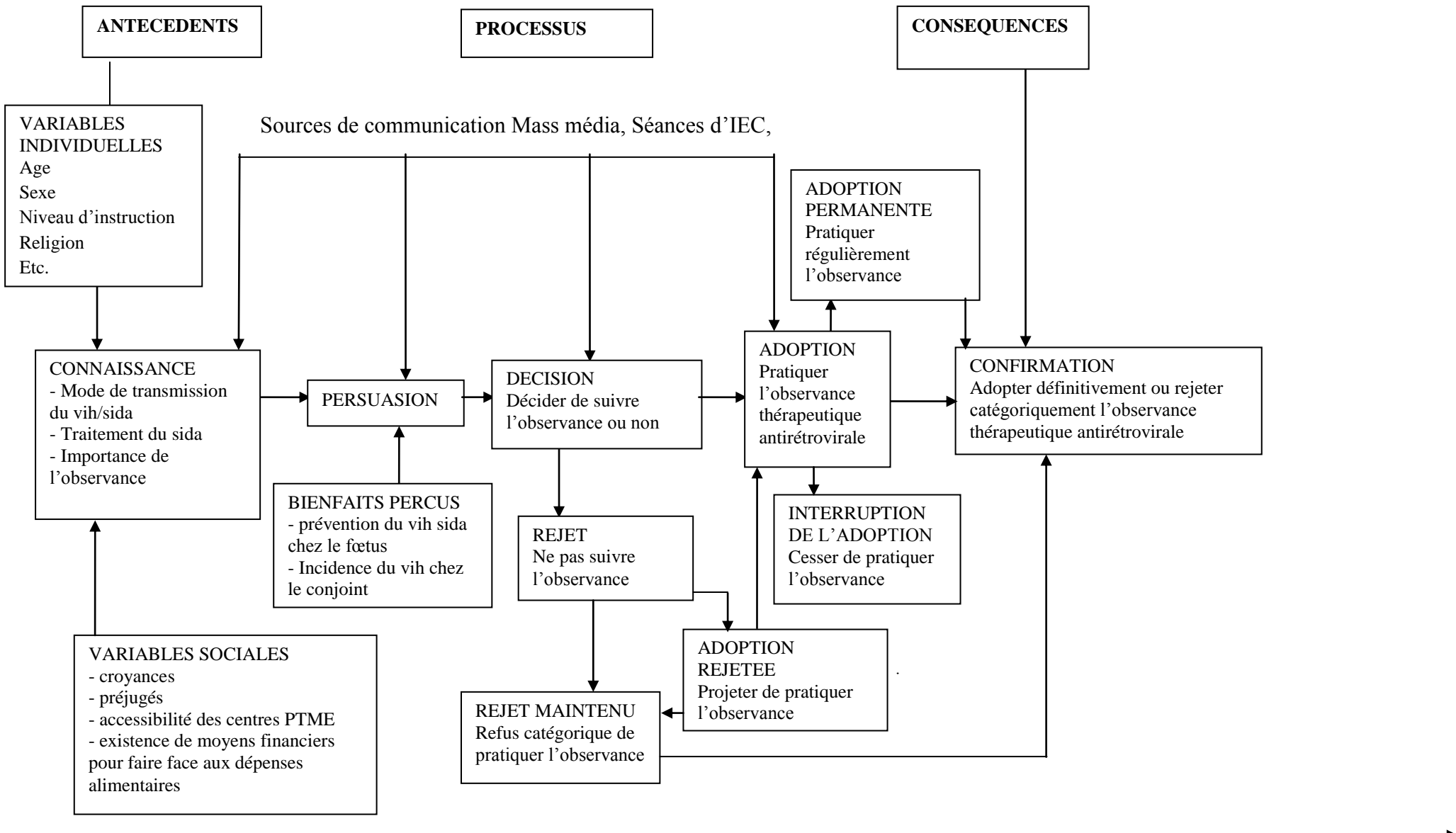


Schéma3 : cadre théorique de la recherche : modèle de Rogers et Schoemaker/Source: Dadélé, 2004^[13]

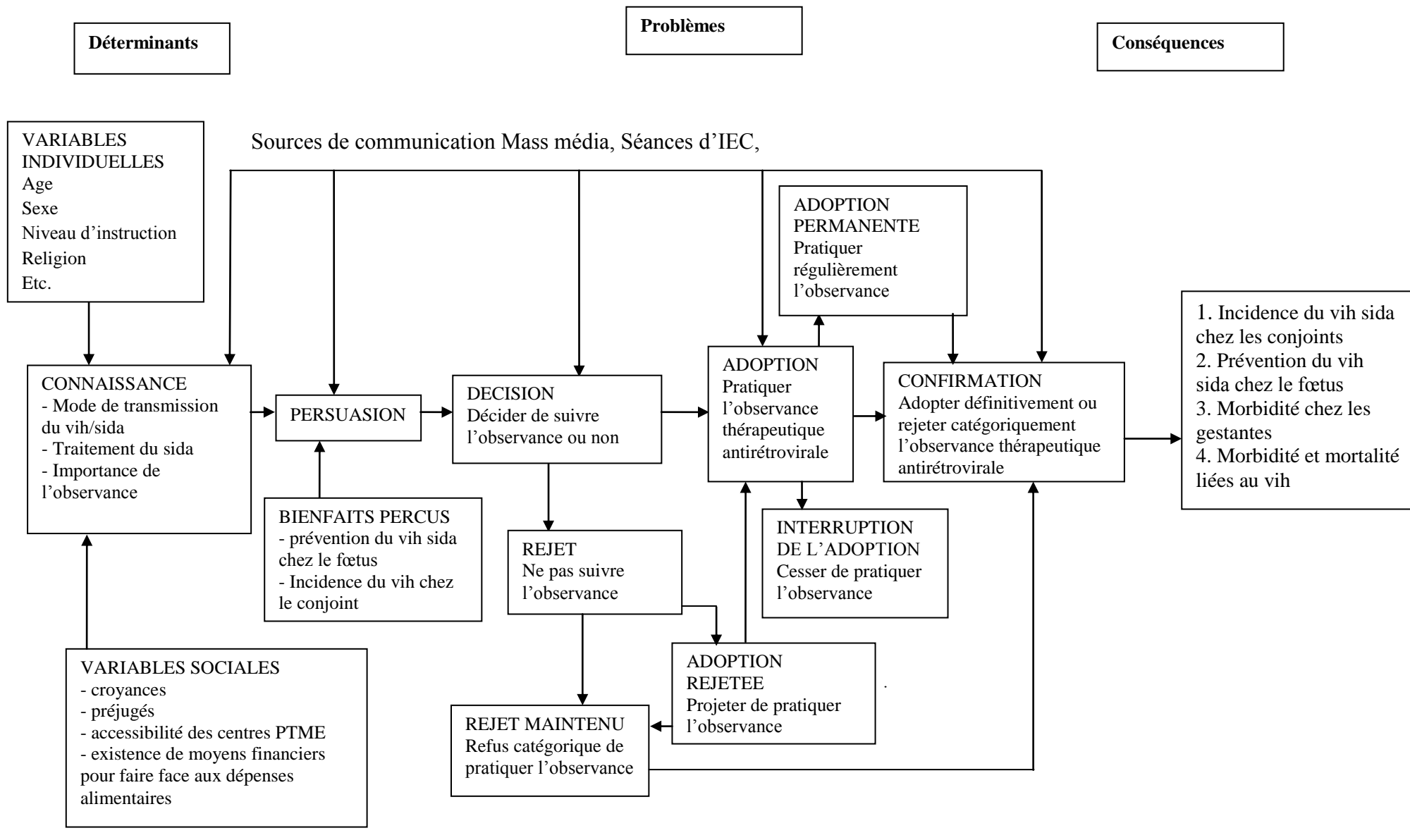


Schéma4 : cadre conceptuel et théorique spécifique de la recherche/Source: Dadélé, 2004^[13]

2.3. Explication du cadre conceptuel

Comme souligné un peu plus haut, le choix de ce cadre conceptuel pour le présent travail nous paraît approprié pour analyser les comportements thérapeutiques antirétroviraux chez les gestantes séropositives de même que leurs causes et leurs conséquences. Ce cadre présente les caractéristiques suivantes.

A- Les facteurs déterminants de l'observance thérapeutique antirétrovirale:

Ils regroupent les variables sociales et individuelles des gestantes séropositives, le niveau de qualité de Connaissance, Attitudes et pratiques du sida et des ARV chez les gestantes séropositives que Rogers et Schoemaker décomposent en connaissance, persuasion, décision, essai (adoption) et confirmation.

a- Les variables sociales ont trait aux croyances des gestantes séropositives et celles de leur entourage, des préjugés sur les ARV, de l'accessibilité des centres PTME, de l'existence de moyens financiers pour faire face aux dépenses alimentaires. A ce niveau, il faudra une prise en charge de ces gestantes séropositives afin d'améliorer leur alimentation.

b- Les variables individuelles sont constituées de l'âge, du niveau d'instruction, de la religion, de l'ethnie, de la situation matrimoniale, de la profession, du niveau de revenu mensuel déclaré de ces gestantes.

Tout ceci correspond aux antécédents selon Rogers et Schoemaker. Antécédents qui sont constitués de variables présentes avant l'introduction du processus d'innovation. Il faudra donc en tenir compte en vue d'analyser le comportement des gestantes séropositives face à l'observance thérapeutique antirétrovirale car elles agissent sur le niveau de qualité de Connaissance, Attitudes et Pratique sur le sida et les ARV.

c- Les variables individuelles en rapport avec le vih/sida et les ARV. Elles comprennent la connaissance des modes de transmissions du vih/sida, et de la thérapeutique préventive aux ARV ; ainsi que des attitudes des gestantes qui sont déterminantes pour qu'elles passent des connaissances aux pratiques. Les attitudes selon Rogers regroupent la persuasion et la décision tandis que les pratiques regroupent l'essai (adoption) et la confirmation. Viennent enfin les pratiques thérapeutiques antirétrovirales des gestantes séropositives.

B- Le niveau de qualité des pratiques (confirmation) thérapeutiques antirétrovirales des gestantes séropositives. Il se décline en 03 facteurs que sont : le degré de respect de la dose des ARV, le degré de respect de la fréquence de la prise des ARV et le degré de respect de la

durée du traitement. On a aussi la qualité des prescriptions antirétrovirales qui incombe aux personnels sanitaires.

C- Les conséquences. Elles résultent de la qualité de l'observance des pratiques antirétrovirales des gestantes séropositives. Trois (03) conséquences possibles ont été identifiées. Nous avons par exemple la prévention du vih chez le fœtus, la morbidité chez les gestantes séropositives, l'incidence du vih/sida chez les conjoints. Mais cette partie du cadre ne fait pas partie de notre objet d'étude.

3- CADRE ET METHODE D'ETUDE

3-1- Cadre d'étude

Cette étude s'est déroulée en République du Bénin, dans 09 centres de santé offrant les services de la PTME en milieu urbain (Cotonou, Abomey Calavi), en milieu semi rural (Ouidah) et en milieu rural (Klouékanmè, Toviklin, Lalo).

3.1.1 – Aperçu sur la République du Bénin

La République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest, situé dans la zone intertropicale entre le 8^{ème} et le 12^{ème} parallèle de latitude nord, dans le golfe de guinée encore appelé côte des esclaves.

Limitée au Nord par la République du Niger et au Nord-Ouest par la République du Burkina-Faso, au Sud par l'Océan Atlantique ; à l'Est par la République Fédérale du Nigeria et à l'Ouest par la République du Togo; elle s'étend sur une longueur de 700 km allant de l'Océan Atlantique au fleuve Niger et sa largeur varie de 125 km le long de la côte à 325 km à la latitude de Tanguéta. Sa superficie est de 114 763 km². La capitale politique est Porto-Novo. La capitale administrative et économique est Cotonou.

Le Bénin est découpé en 12 Départements, 77 communes, 517 Arrondissements et 3400 villages ou quartiers de villes.

La situation sanitaire est dominée par une mortalité et une morbidité élevées notamment chez les mères et es enfants. Les principales causes de décès chez les enfants sont : le paludisme, les Infections Respiratoires Aigües (IRA), les maladies diarrhéiques, la malnutrition, et la rougeole et de plus en plus, on observe des cas de sida pédiatrique.

Par ailleurs, le système de santé est de type pyramidal à 3 niveaux :

* Au niveau national, l'institution est représentée par le Ministère de la Santé Publique (MSP) avec ses directions centrales et techniques et sa structure de prise en charge au plan national, le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert K. MAGA, le Laboratoire National de Santé Publique, le Centre National Hospitalier de Pneumo Phtisiologie (CNHPP), le Centre National de Neuro Psychiatrie (CNNP).

* Au niveau intermédiaire, on a les Directions Départementales de la Santé Publique (DDSP) avec les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) et l'HOMEL (Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune) de Cotonou spécialisé dans la prise en charge de la mère et de l'enfant.

* Au niveau périphérique, l'institution qui dirige les activités de santé publique est la Zone Sanitaire (ZS). Les structures de prise en charge se composent hiérarchiquement de l'Hôpital

de Zone (HZ), des Centres de Santé Communaux (CSC), des Centres de Santé d'Arrondissements (CSA) et des Unités Villageoises de Santé (UVS).

3.1.2- Sites de l'étude

Les sites de notre étude sont le milieu urbain, semi urbain et rural. En milieu urbain, nous avons sillonné le Centre Universitaire de Gynécologie Obstétricale (CUGO) du CNHU/HKM, les maternités des centres de santé de Mènonin, de Bethesda et de l'Hôpital d'Instruction des Armées. En milieu semi urbain, l'enquête s'est déroulée à l'hôpital de zone d'Abomey-calavi et de Ouidah. Dans le milieu rural, l'étude s'est faite dans la Zone Sanitaire de Klouékanmè (l'hôpital de zone de Lalo, de Toviklin, de Klouékanmè).

3.1.2.1- Le milieu urbain : la ville de Cotonou

La ville de Cotonou a été créée en 1830 sur l'initiative du Roi Guézo (illustre roi d'Abomey). Selon l'une des légendes, « Kutonou », signifierait la « lagune de la mort » en raison de sa situation de carrefour du trafic des esclaves. A la fin du 19^{ème} siècle, Cotonou s'est développée à partir de quelques villages de pêcheurs situés à l'Est et à l'Ouest de la lagune. En 1888, le territoire de la ville a été cédé à la France par le roi d'Abomey, ce qui eut pour effet l'accélération du processus de son développement. A partir du noyau originel des Toffins, la ville de Cotonou s'est progressivement enrichie de toutes les ethnies du Bénin. Certains quartiers en portent aujourd'hui la marque. Ainsi, Guincomé signifie « sur la terre des populations Guins », venues de Grand-Popó et d'Agoué pour participer à la construction du Wharf de Cotonou. De même, Xwlacodji désigne la terre des Xwlas.

➤ Présentation physique de Cotonou

La ville de Cotonou est située sur le cordon littoral qui s'étend entre le lac Nokoué et l'océan Atlantique, constitué de sables alluviaux d'environ cinq mètres de hauteur maximale, le relief du cordon a deux caractéristiques principales :

- dépressions longitudinales parallèles à la côte ;
- bas-fonds érodés par l'écoulement des eaux pluviales qui communiquent avec le lac.

Le site est coupé en deux par le chenal appelé "lagune de Cotonou", communication directe entre le lac et la mer, creusé par les Français en 1894. La liaison entre les deux parties de la ville est assurée par trois ponts. La nappe phréatique se trouve à proximité de la surface du sol dont la perméabilité élevée accélère l'infiltration des eaux pluviales et usées (risques de pollution).

3-1-2-2- Le milieu semi urbain : la commune d'Abomey-calavi et de Ouidah

Le recensement général de la population en 2002 indique pour la commune de Calavi 307.745 habitants soit 21% de la population des départements de l'Atlantique et du Littoral. 74,12% de cette population vivent dans les centres urbains et 25,88% dans les milieux ruraux. Les femmes représentent 51,37% de la population totale de la commune. D'une densité moyenne de 571 habitants par Km², cette population est inégalement répartie dans les neuf arrondissements. L'arrondissement de Godomey concentre à lui seul plus de la moitié de la population de toute la commune. Par contre, les arrondissements de Togba et de Kpanroun sont les moins peuplés. La croissance démographique est de 5,84% en milieu urbain et de 2,89% en milieu rural. La commune d'Abomey –Calavi subit aujourd'hui l'influence de la proximité de Cotonou, la capitale économique. En effet, l'exiguïté du site de Cotonou et sa forte population conduit à une extension vers Abomey –Calavi.

La commune de Ouidah est une importante cité historique du département de l'atlantique en république du Bénin. Le nom Ouidah renvoie étymologiquement à l'ethnonyme utilisé par les Fons d'Abomey pour désigner ses premiers habitants, les Houédahs. Ce vocable sera perçu et transcrit différemment par les européens : Juda, Ajuta par les portugais (16e siècle), Fida par les hollandais (17e siècle), Whydah par les anglais (1681-1780) et Ouidah par les français (17è siècle).

Située entre 2° et 2°15 de latitude Est et, 6°15 et 6°30, dans le Département de l'atlantique, la commune de Ouidah s'étend sur une superficie de 364 km². Elle est limitée

- au Nord par les communes de pommasse et Tori -Bossito
- au sud par l'océan atlantique
- à l'Est par la commune d'Abomey-calavi
- à l'Ouest par la commune de Grand Popo

3-1-2-3: Le milieu rural : La commune de Klouékanmè

Située au Nord – est du Département du Couffo, la Commune de Klouékanmè est limitée :

- au Nord par la Commune d'Agbangnizoun et d'Aplahoué ;
- à l'Est par le fleuve Couffo, frontière naturelle qui la sépare de la Commune d'Agbangnizoun ;
- au Sud par les Communes de Djakotomè, de Toviklin et de Lalo
- à l'Ouest par la Commune d'Aplahoué.

3.2. METHODE D'ETUDE

3.2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive et analytique pour identifier la qualité de la connaissance, des attitudes et des pratiques ou comportements des gestantes séropositives selon le modèle de Rogers.

3.2.2. La population d'étude

La population d'étude est constituée de gestantes séropositives prises en charge et suivie dans les centres de Mènontin, d'Abomey Calavi, de Lalo, de Toviklin, de Klouékanmè, de Bethesda, de Ouidah, du camp Guézo et de la CUGO/CNHU.

3.2.3. Echantillonnage

3.2.3.1. Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de SCHARTTZ : $n = \frac{\varepsilon^2 pq}{i^2}$ avec :

n = taille de l'échantillon ; p = prévalence = 0,50 ; $q = 1-p = 0,50$; ε = écart réduit pour un risque (1,96) ; i = marge d'erreur (5% par convention) ; q = le complément de p (0,5) ; $n = \frac{(1,96)^2 (0,5) (0,5)}{(0,05)^2} = 384,16 \approx 384$

N est donc égal à 384 auquel nous ajoutons 10%. Dans la pratique, on estime à 10% le nombre de non réponses à certaines questions posées ; ce qui donne une marge de 38 gestantes séropositives que nous ajoutons aux 384 gestantes et qui nous donne 442 gestantes séropositives.

Cependant le nombre total de gestantes séropositives enquêtés est de 110 soit 24.88% comme taux de réalisation par rapport aux prévisions.

3.2.3.2. Technique d'échantillonnage

Nous avons effectué un échantillonnage aléatoire pour le choix du centre de PTME et des gestantes. Le Tableau 1 présente le nombre de gestantes séropositives enquêtés par milieux et par communes.

Tableau 1 : Nombre de gestantes enquêtées par milieux et par communes

Milieux	Communes	Centre de PTME visité	Nombre de gestantes enquêtées
Urbain	Cotonou	CUGO/CNHU, CS Mènontin, ONG BETHESA, HIA Camp GUEZO	52
Semi-Urbain	Abomey-Calavi Ouidah	H.Z. Abomey-Calavi H.Z. Ouidah	19
Rural	Klouékanmè, Toviklin, Lalo	H.Z. Klouékanmè, H.Z. Toviklin, H.Z.Lalo	39
	Total		110

3.2.4. Les techniques et outils d'enquête

3.2.4.1. Les techniques de collecte de données

Les techniques utilisées pour l'enquête : la revue documentaire et l'enquête par questionnaire.

- La revue documentaire est utilisée pour élaborer la revue de littérature sur le plan des théories et des pratiques (études et actions) de lutte contre le VIH/SIDA et la PTME.
- La technique d'enquête par questionnaire a permis de collecter les informations auprès des gestantes séropositives de notre échantillon.

3.2.4.2. Les outils de collecte de données

Les outils de collecte utilisés sont les fiches de lecture et de dépouillement et les questionnaires.

- Les fiches de dépouillement permettent de vérifier l'existence de certains éléments des questionnaires ou d'exploiter les différents rapports.
- Les questionnaires élaborés sont adressés aux gestantes compris dans la tranche choisie. Ils permettent d'avoir les informations globales sur les connaissances, les attitudes et les pratiques de celles-ci face à l'observance.

3.2.5. Les variables

3.2.5.1. Les variables dépendantes

La variable dépendante de l'étude est la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale ou la qualité des pratiques thérapeutiques ou qualité de confirmation thérapeutique par les gestantes séropositives. La réalisation de cette variable dépend des variables indépendantes.

3.2.5.2. Les variables indépendantes

Les variables indépendantes sont constituées des facteurs personnels généraux (sociaux, démographiques, culturels et économique) et spécifiques (cognitifs, affectifs et moteurs)

3.2.5.2.1- Les variables sociales, démographiques, culturelles et économiques

Elles sont constituées de :

- 1- L'âge
- 2- Le niveau d'instruction
- 3- La situation matrimoniale
- 4- La profession
- 5- Le niveau de revenus
- 6- L'ethnie
- 7- La religion

3.2.5.2.2. Les variables spécifiques (cognitives, affectives et motrices)

Elles sont constituées de :

- la connaissance sur le VIH/SIDA (connaissance de l'existence de risque de transmission mère enfant)
- La connaissance sur la PTME (connaissance des prescriptions antirétrovirale pour les gestantes séropositives)
- La persuasion sur l'efficacité des prescriptions antirétrovirales.
- La décision sur le respect des prescriptions antirétrovirales chez les gestantes séropositives
- L'essai du respect des prescriptions antirétrovirales chez les gestantes séropositives
- Les pratiques thérapeutiques prescrites.
- La stigmatisation des proches.

3.2.6. Période d'étude

Notre recherche s'est déroulée de Septembre 2008 en Avril 2012.

3.2.7. Déroulement de l'enquête

Après identification du centre de santé, une demande d'autorisation fut adressée soit au Médecin chef et au gynécologue ; soit au coordonnateur de zone. Après des semaines voire des mois d'attente, une première rencontre eut lieu entre nous et le responsable du centre de santé. Ensuite, nous fûmes présentée à la sage-femme responsable de la maternité et/ ou du centre PTME qui programma une autre rencontre entre nous et la médiatrice des PVVIH. Avant l'effectivité de la dite rencontre le questionnaire fut d'abord adressé à un groupe de gestantes séropositives en guise d'essai. On en profita pour apporter quelques « retouches » au questionnaire qui fut administré aux gestantes suite à la rencontre avec la médiatrice. Rappelons que tous les centres de santé ne disposent pas de médiatrices. L'enquête fut donc réalisée grâce à l'appui de la sage-femme. Il a fallu parfois payer les cartes de recharges à la sage-femme pour joindre les femmes au téléphone en vue de prendre leur disponibilité et les informer de leur traditionnelle séance d'animation. A défaut des séances d'animations, on profita de leur consultation prénatale pour leur administrer le questionnaire. Ceci après explication de l'objectif de la présente étude et obtention de leur consentement. Tous les frais impliqués dans l'enquête (frais d'appels téléphoniques, déplacement des gestantes séropositives) ont été pris en charge.

3.2.8. Analyse des données

L'analyse des données a débuté par la codification des données et le dépouillement des fiches d'enquête. Les données dépouillées ont été enregistrées sous forme de maquette dans le logiciel EPI Info. Pour l'appréciation de la qualité de l'observance, les réponses aux questions relatives aux variables spécifiques ont fait l'objet de notation. Après sommation, les notes obtenues par enquêtées ont été catégorisé par classe, chaque classe correspondant a une mention donnée. Ensuite, le nettoyage des données saisies a été fait avant leur traitement Statistique à l'aide des logiciels Excel (version 2007) et EPI Info (version 3.2.5). Le traitement du texte, la confection des tableaux et des graphiques ont été faits à l'aide des logiciels d'application Microsoft WORD et EXCEL version 2007.

Nous avons utilisé des mesures de fréquence pour apprécier le niveau des indicateurs (Qualité des connaissances sur le SIDA et les "PTME, qualité de la persuasion...). Pour le

croisement des variables, nous avons procédé à l'usage du test Chi Carré pour conclure de l'existence ou non d'une relation entre les variables pouvant expliquer l'influence des variables indépendantes sur la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirales. Les tests ont été réalisés avec un seuil de signification de 5%. Ainsi, nous avons admis une association statistiquement significative entre deux (2) variables pour toute probabilité inférieure à 0.05 ($P < 0.05$). Lorsque les conditions de validités n'étaient pas remplies, la correction de Yates a été choisie.

3.2.9 - Considérations éthiques

L'identité des personnes soumises au questionnaire a été protégée : le questionnaire était anonyme. La participation à l'enquête était volontaire et sans contrainte. Le choix de ne pas se soumettre au questionnaire a été respecté. Les personnes qui ont décliné l'offre n'ont encouru aucune sanction. La confidentialité des réponses a été assurée.

3.3- Difficultés rencontrées

Plusieurs types de difficultés de divers ordre furent rencontrés :

- Au niveau de l'administration, il y eut l'indisponibilité de la plupart des médecins chefs des centres de santé ; la lenteur dans la délivrance des autorisations ne nous ont pas permis de respecter le chronogramme de travail établi
- Au niveau des femmes, la principale difficulté rencontrée fut la réticence des gestantes séropositives à se prêter à nos questionnaires.

Sur le plan financier, il a fallu payer le déplacement de toutes celles qui doivent se déplacer vers les centres de santé. Ceci a ralenti les enquêtes vues le peu de ressources financières dont nous disposons car l'étude s'étant réalisée sur fond propre. Cette raison explique l'écart de 75.12% de réalisation par rapport à la taille prévisionnelle de l'échantillon.

3.4- Forces et faiblesses

3.4.1- Forces

Cette étude reflète le vécu quotidien des gestantes séropositives quant à l'observance thérapeutique antirétrovirale. Elle nous a aussi permis de toucher du doigt les difficultés auxquelles elles doivent faire face pour « sauver » leur bébé. Ceci a été possible grâce à l'administration directe du questionnaire et les discussions que nous avons eues avec elles.

3.4.2- Faiblesses

Compte tenu de nos ressources financières limités, on n'a pas pu prendre en compte un nombre élargi d'enquêtées. Ceci a rendu un peu difficile les analyses statistiques.

4- RESULTATS ET ANALYSES

4.1- Etudes descriptives

4.1.1- Caractéristiques générales des gestantes séropositives

Tableau 2: Répartition des effectifs des gestantes séropositives selon leurs caractéristiques générales

Caractéristiques générales	Effectifs	Pourcentage(%)
a- Ethnie		
Fon	29	26,4
Mina	29	26,4
Adja	33	30,0
Goun	11	10,0
Nago	05	04,5
Bariba	01	0,9
Dendi	02	1,8
Total	110	100
b- Religion		
Catholique	60	54,5
Protestant	17	15,5
Céleste	13	11,8
Evangelique	12	11,0
Musulmane	03	2,7
Animiste	03	2,7
Aucune	01	0,9
Autres	01	0,9
Total	110	100,0

a- Ethnie

Parmi les 110 gestantes séropositives enquêtées, 30,0% sont Adjias. Suivent les Fons (26,6%), et les moins représentées, les Batombous (0,9%).

b- Religion

54,5% des gestantes séropositives enquêtées sont de la religion Catholique. Suivent les Protestantes (15,7%). Les moins représentées sont les Animistes (0,9%) et celles qui ont déclaré n'être d'aucune religion (0,9%).

Tableau 2: Répartition des effectifs des gestantes séropositives selon leurs caractéristiques générales (Suite)

Caractéristiques générales	Effectifs	Pourcentage(%)
c-Tranche d'âge		
22-26	26	23,6
27-31	35	31,8
32-36	38	34,5
37-42	11	10,0
Total	110	100,0
d-Situation matrimoniale		
Célibataire	04	3,6
Mariée	94	85,5
Divorcée	03	02,7
Veuve	08	07,3
Remariée	01	0,9
Total	110	100

c- Tranche d'âge

Ce tableau (n°1.c) présente la tranche d'âge des enquêtées. Ainsi, sur 110 réponses, 38 soit 34,5% ont entre 32 et 36ans ; 11 soit 10,0% ont entre 32 et 42ans.

d- Situation matrimoniale

Sur 110 gestantes séropositives enquêtées, 94 (85,5%) sont mariées. 03 soit 2,7% sont divorcées et 01 (0,9%) se sont remariées.

Tableau 2: Répartition des effectifs des gestantes séropositives selon leurs caractéristiques générales (Suite)

Caractéristiques générales	Effectifs	Pourcentage
e- Niveau d'instruction		
Primaire	16	14,5
Secondaire1	28	25,5
Secondaire2	12	10,9
Supérieure	13	11,8
Non instruite	41	37,3
Total	110	100
f- Niveau de revenu mensuel déclaré		
<32.000f	39	35,5
32.000f - 50.000f	14	12,7
50.000f - 100.000f	06	05,5
10.000f - 150.000f	02	01,9
150.000f - 250.000f	01	0,9
>250.000f	00	00
Ne sais pas	02	01,8
pas de revenu	46	41,8
Total	110	100

e- Niveau d'instruction

Eu égard aux résultats de ce tableau (n°1.e), sur 110 réponses, 41 soit 37,3% des gestantes séropositives sont non instruites ; 16 soit 14,5% ont le niveau primaire, 12 soit 10,9% ont le niveau secondaire.

f- Niveau de revenu mensuel déclaré

D'après ce tableau (n°1.f), sur 110 réponses obtenues, 46 soit 41,8% des gestantes séropositives ont déclaré n'avoir aucun revenu mensuel; 39 soit 35,5% ont un revenu mensuel inférieur au SMIG (32000f CFA) ; 1 soit 0,9% ont un revenu mensuel compris entre 150.000f - 250.000f.

4.2- Caractéristiques spécifiques des gestantes séropositives

4.2.1- Qualité de connaissance du sida et des ARV chez les gestantes séropositives dans les trois milieux

Tableau 3 : Répartition des gestantes selon la qualité de leur connaissance du sida et des ARV dans chacun des trois milieux étudiés.

a.1-Qualité de connaissance	Les différents milieux					
	Urbain		Semi urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Très bien/Bien	47	90,4	17	89,5	32	82,1
Passable/Médiocre	05	09,6	02	10,5	07	17,9
Total	52	100,0	19	100,0	39	100,0

On remarque sur ce tableau qu'en milieu urbain, 47 gestantes séropositives sur 110 soit 90,4% ont une très bonne ou une bonne connaissance du sida et des ARV et 05 soit 09,6% ont une connaissance passable ou médiocre du sida et des ARV. Dans le milieu semi urbain, sur les 110 gestantes séropositives, 17 soit 89,5% ont une très bonne ou une bonne connaissance du sida et des ARV et 02 gestantes soit 10,5% ont une connaissance passable ou médiocre du sida et des ARV. En milieu rural, 32 gestantes séropositives (82,1%) ont une très bonne ou une bonne connaissance du sida et des ARV et 07gestantes séropositives soit 17,9% ont une connaissance passable du sida et des ARV.

Nous constatons que la proportion de gestantes séropositives ayant une très bonne ou une bonne qualité de connaissance sur le sida et les ARV est plus élevée en milieu urbain (90,4%) qu'en milieu rural (82,1%) et semi urbain (89,5%). Par contre, la proportion des gestantes séropositives ayant une qualité passable ou médiocre de connaissance sur le sida et

les ARV est plus élevée en milieu rural (17,9%) qu'en milieu semi urbain (10,5%) et urbain (9,6%).

4.2.2- Qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV dans les trois milieux

Tableau4: Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité de leur persuasion de l'utilité des prescriptions antirétrovirales dans chacun des trois milieux étudiés.

b-1. Qualité de persuasion	Les différents milieux					
	Urbain		Semi urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Très bien/Bien	43	82,7	12	63,2	31	79,5
Passable/Médiocre	09	17,3	07	36,8	08	20,5
Total	52	100,0	19	100,0	39	100,0

On remarque sur ce tableau qu'une forte proportion des gestantes séropositives sous ARV suivant le protocole PTME sont très bien ou bien persuadées de l'efficacité des ARV dans chacun des trois milieux (82,7% en milieu urbain; 63,2% en milieu semi urbain et 79,5% en milieu rural) tandis qu'une faible proportion (17,3% en milieu urbain; 36,8% en milieu semi urbain et 20,5% en milieu rural) ont une persuasion passable ou médiocre de l'utilité des prescriptions antirétrovirales.

4.2.3- Qualité de décision des gestantes séropositives de pratiquer l'observance thérapeutique antirétrovirale dans les trois milieux

Tableau 5: Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité de leur décision d'utilisation des ARV dans chacun des trois milieux étudiés

c-1. Qualité de décision	Les différents milieux					
	Urbain		Semi urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Très bien/Bien	51	98,1	15	78,9	32	82,1
Passable/Médiocre	01	1,9	04	21,1	07	17,9
Total	52	100,0	19	100,0	39	100,0

Ce tableau montre également qu'une très forte proportion des gestantes séropositives, sont très bien décidées à suivre l'observance thérapeutique antirétrovirale dans chacun des trois milieux (98,1% en milieu urbain; 78,9% en milieu semi urbain et 82,1% en milieu rural) et une proportion faible (1,9% en milieu urbain; 21,1% en milieu semi urbain et 17,9% en milieu rural) sont passablement décidées à suivre les prescriptions antirétrovirales.

4.2.4-Qualité d'adoption des prescriptions antirétrovirales chez les gestantes séropositives dans les trois milieux

Tableau 6 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité d'adoption des prescriptions antirétrovirales

d-1. Qualité d'adoption	Les différents milieux					
	Urbain		Semi urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Très bien / Bien	51	98,1	15	78,9	32	82,1
Passable/ Médiocre	01	1,9	04	21,1	07	17,9
Total	52	100,0	19	100,0	39	100,0

D'après ce tableau, 51 gestantes séropositives suivant le protocole sur 52, soit 98,1%, ont une très bonne adoption des prescriptions antirétrovirales et 01 soit 1,9% ont une adoption médiocre des prescriptions antirétrovirales en milieu urbain. En milieu semi urbain, 15 sur 19 gestantes soit 78,9% ont une très bonne adoption des prescriptions antirétrovirales et 4 soit 21,1% ont une adoption médiocre des prescriptions antirétrovirales. En ce qui concerne le milieu rural, 32 (82,1%) ont une très bonne adoption des prescriptions antirétrovirales et 07 soit 17,9% ont une adoption médiocre des prescriptions antirétrovirales.

4.2.5-Qualité de pratiques d'utilisation des prescriptions antirétrovirales chez les gestantes séropositives dans les trois milieux.

Tableau 7 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon la qualité de pratique d'utilisation des prescriptions antirétrovirales.

e-1. Qualité de pratique	Les différents milieux					
	Urbain		Semi urbain		Rural	
	N	%	N	%	N	%
Très bien/Bien	47	90,4	15	78,9	32	82,1
Passable/ Médiocre	05	09,6	04	21,1	07	17,9
Total	52	100,0	19	100,0	39	100,0

A ce niveau, le tableau révèle que 47 gestantes séropositives suivant le protocole PTME sur 52, soit 90,4%, ont une très bonne confirmation des prescriptions antirétrovirales et 05 soit 09,6% ont une confirmation passable des prescriptions antirétrovirales en milieu urbain. En milieu semi urbain, 15 gestantes séropositives soit 78,9% ont une très bonne confirmation des prescriptions antirétrovirales. 32 gestantes séropositives sur 39 en milieu rural soit 82,1% ont une très bonne confirmation des prescriptions antirétrovirales et 07 soit 17,9% ont une confirmation passable des prescriptions antirétrovirales.

Nous constatons également que la proportion de parent ayant une très bonne qualité de confirmation des prescriptions antirétrovirales est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural et semi urbain. Mais la proportion de gestantes ayant une qualité passable de confirmation des prescriptions antirétrovirales est plus faible en milieu semi urbain qu'en milieu urbain et rural.

4.3- Etude analytique

4.3.1- Influence des caractéristiques générales des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux

4.3.1.1- Influence de l'ethnie des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques

Tableau 8 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leurs ethnies en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux

Qualité des pratiques			
Milieu urbain			
a.1- Ethnies	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Fon et dérivées	40	05	47
Autres	05	02	07
Total	45	07	52
P=0,8114651			
Milieu semi urbain			
a.2- Ethnies	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Fon et dérivés	13	03	16
Autres	02	01	03
Total	15	04	19
P=0,4656941			
Milieu rural			
a.3-Ethnies	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Fon et Dérivés	30	03	33
Autres	02	04	06
Total	32	07	39
P= 0,5001210			

En milieu urbain, $p=0.81 > 0,05$; en milieu semi urbain, $p=0.46 > 0,05$; et en milieu rural $p=0.50 > 0,05$. Il n'y a donc pas un lien statistiquement significatif entre l'ethnie des gestantes séropositives et leur qualité de pratiques dans les trois milieux.

4.3.2- Influence de la religion des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques

Tableau9 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leurs religions en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux

Qualité des pratiques				
Milieu urbain				
b.1- Religion	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	P=0,8385964
Chrétienne	44	04	48	
Autres	03	01	04	
Total	43	09	52	
Milieu semi urbain				
b.2- Religions	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	P=0,4656941
Chrétienne	12	03	15	
Autres	02	02	04	
Total	14	05	19	
Milieu rural				
b.3- Religions	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	P=0,7643660
Chrétienne	28	06	32	
Autres	03	02	05	
Total	31	08	39	

L'analyse des résultats de ce tableau montre qu'en milieu urbain $p=0.83>0,05$; en milieu semi urbain $p=0.46>0,05$ et en milieu rural $p=0.76>0,05$. Il en ressort donc que la religion des gestantes séropositives n'influence pas la qualité de leurs pratiques thérapeutiques antirétrovirales.

4.3.3- Influence de la tranche d'âge des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques

Tableau10: Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leurs tranches d'âges en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux

Qualité des pratiques				
Milieu urbain				
c.1- Tranche d'âges	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	P=0,5108539
22-31	31	02	33	
32-42	16	03	19	
Total	47	05	52	
Milieu semi urbain				
c.2- Tranche d'âges	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	P=0,6564081
22-31	08	02	10	
32-42	07	02	09	
Total	15	04	19	
Milieu rural				
c.3- Tranche d'âges	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	P=0,5940992
22-31	20	03	23	
32-42	12	4	16	
Total	32	07	39	

En observant ce tableau, on ne remarque pas l'existence d'un lien significatif entre la tranche d'âge des gestantes séropositives et la qualité de leurs pratiques thérapeutiques antirétrovirales dans les trois milieux. Ceci, parce qu'en milieu urbain $p=0.51>0,05$; en milieu semi urbain $p=0.65>0,05$ et en milieu rural $p=0.59>0,05$.

4.3.4- Influence de la situation matrimoniale des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques

Tableau11 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur situation matrimoniale en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux

Qualité des pratiques			
Milieu urbain			
d.1- Situation matrimoniale	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Célibataire	04	01	05
Mariée	42	05	47
Total	46	06	52
			P=0,9755203
Milieu semi urbain			
d.2- Situation matrimoniale	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Célibataire	06	04	10
Mariée	04	05	09
Total	10	09	19
			P=0,8564081
Milieu rural			
d.3- Situation matrimoniale	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Célibataire	10	04	14
Mariée	22	03	25
Total	32	07	39
			P=0,7896379

En milieu urbain $p=0.97>0,05$; en milieu semi urbain $p=0.85>0,05$; en milieu rural $p=0.78>0,05$. La situation matrimoniale des gestantes séropositives n'influence pas la qualité de leurs pratiques. Il n'y a donc pas de lien statistiquement significatif entre la situation matrimoniale et la qualité des pratiques thérapeutiques antirétrovirales.

4.3.5- Influence du niveau d'instruction des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques

Tableau12 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur niveau d'instruction en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux

Qualité des pratiques			
Milieu urbain			
e.1-niveau d'instruction	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Instruite	43	06	05
Non instruite	04	02	47
Total	47	08	52
Milieu semi urbain			
e.2- niveau d'instruction	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Instruite	10	02	12
Non instruite	05	02	07
Total	15	04	19
Milieu rural			
e.3- niveau d'instruction	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Instruite	08	03	11
Non instruite	24	04	28
Total	32	07	39

La même remarque est faite à la lecture de ce tableau qui montre qu'en milieu urbain $p=0.17 > 0,05$; en milieu semi urbain $p=0.64 > 0,05$ et en milieu rural $p=0.95 > 0,05$. Il n'y a donc pas de lien statistiquement significatif entre le niveau d'instruction des gestantes séropositives et la qualité de leurs pratiques

4.3.6- Influence du niveau de revenu mensuel des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques

Tableau 13 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur niveau de revenu mensuel en fonction de la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux

Qualité des pratiques				
Milieu urbain				
f.1- niveau de revenu mensuel	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	
≤32.000FCFA	33	04	37	P=0,9522336
≥32.000FCFA	14	01	15	
Total	47	08	52	
Milieu semi urbain				
f.2- niveau de revenu mensuel	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	
≤32.000FCFA	12	03	12	P=0,6367744
≥32.000FCFA	03	01	07	
Total	15	04	19	
Milieu rural				
f.3- niveau de revenu mensuel	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	
≤32.000FCFA	09	02	11	P=0,6600460
≥32.000FCFA	23	05	28	
Total	32	07	39	

En milieu urbain $p=0.95 > 0,05$; en milieu semi urbain $p=0.63 > 0,05$ et en milieu rural $p=0.66 > 0,05$. Le niveau de revenu mensuel n'a aucune influence sur la qualité de pratiques

En résumé, nous pouvons affirmer qu'aucune caractéristique générale des gestantes séropositives n'influence la qualité de leurs pratiques thérapeutiques antirétrovirales

4.4- Influence de la qualité des caractéristiques spécifiques des gestantes séropositives sous ARV de chaque marche du modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER sur la marche immédiatement supérieure de ce modèle dans les trois milieux.

4.4.1- Influence de la qualité de connaissance sur le sida et les ARV des gestantes séropositives sous ARV sur leur qualité de persuasion de l'efficacité des ARV sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER

Tableau14: Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur qualité de persuasion et en fonction de leur qualité de connaissance dans les trois milieux

Qualité de persuasion			
Milieu urbain			
a.1- Qualité de connaissance sur le sida et les ARV	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Très Bien/Bien	42	05	47
Passable/Médiocre	01	04	05
Total	43	09	52
P = 0,0010543			
Milieu semi urbain			
a.2- Qualité de connaissance sur le sida et les ARV	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Très Bien/Bien	11	06	17
Passable/Médiocre	01	01	02
Total	12	07	19
p = 0,7135915			
Milieu rural			
a.3- Qualité de connaissance sur le sida et les ARV	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
Très Bien/Bien	36	01	37
Passable/Médiocre	01	01	02
Total	37	02	39
P =0,0393110			

L'analyse des résultats de ce tableau (n° 6a.1) donne en milieu urbain $p=0.00<0,05$; il y a donc un lien statistiquement significatif entre la qualité de connaissance des gestantes séropositives sur le sida et les ARV et leur qualité de persuasion de l'efficacité des prescriptions antirétrovirales en milieu urbain. La qualité de la connaissance des gestantes séropositives sur le sida et les ARV a une influence sur la qualité de leur persuasion de l'efficacité des prescriptions antirétrovirales et cette influence est positive. Plus la qualité de connaissance est meilleure, plus la qualité de la persuasion est meilleure.

En milieu semi urbain, $p=0.71>0,05$. La qualité de connaissance des gestantes séropositives sur le sida et les ARV n'influence pas leur qualité de persuasion de l'efficacité des prescriptions antirétrovirales. Plus la qualité de connaissance est faible, faible est la qualité de la persuasion.

En milieu rural, $p=0,03<0,05$. Il y a donc un lien entre la qualité de connaissance des gestantes séropositives sur le sida et les ARV et leur qualité de persuasion de l'efficacité des prescriptions antirétrovirales. Plus la qualité de connaissance est meilleure, plus la qualité de la persuasion est meilleure.

4.4.2- Influence de la qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV sur leur qualité de décision d'utilisation des ARV

Tableau 15 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur qualité de décision et en fonction de leur qualité de persuasion dans les trois milieux

		Qualité de décision		
		Milieu urbain		Total
b.1- Qualité de persuasion de l'efficacité des ARV	de	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	
		Très Bien/Bien	42	01
Passable/Médiocre		08	01	09
Total		50	02	52
Milieu semi urbain				
b.2- Qualité de persuasion de l'efficacité des ARV	de	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
		Très Bien/Bien	10	02
Passable/Médiocre		05	02	07
Total		15	04	19
Milieu rural				
b.3- Qualité de persuasion de l'efficacité des ARV	de	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total
		Très Bien/Bien	30	01
Passable/Médiocre		01	07	08
Total		31	08	39

En milieu urbain, l'analyse des résultats de ce tableau (7b.1) donne $p=0,38 > 0,05$. Il n'y a donc pas de lien statistiquement significatif entre la qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV et la qualité de leur décision d'utilisation des ARV en milieu urbain. La qualité de la persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV n'influence pas la qualité de leur décision d'utilisation des ARV.

En milieu semi urbain $p=0,97 > 0,05$. Il n'y a donc pas de lien statistiquement significatif entre la qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV et la qualité de leur décision d'utilisation des ARV en milieu semi rural. La qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV n'influence pas la qualité de leur décision d'utilisation des ARV.

En milieu rural, $p=0,00 < 0,05$. On remarque l'existence d'un lien statistiquement significatif entre la qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV et la qualité de leur décision d'utilisation des ARV en milieu rural. De ce fait, la qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV a une influence sur la qualité de leur décision d'utilisation des ARV en milieu rural. Plus la qualité de persuasion est meilleure, plus la qualité de la décision est meilleure.

En résumé, on remarque qu'en milieu urbain et semi urbain, les gestantes séropositives qui ont une qualité de persuasion très bien ou bien se comportent normalement sur le plan

décisionnel comme celles qui ont une très bonne et bonne qualité de décision. Mais les gestantes séropositives qui ont une qualité de persuasion passable ou médiocre se comportent sur le plan décisionnel comme celles qui ont une très bonne et bonne qualité de décision, probablement par imitation, phénomène très fréquent en milieu urbain et semi rural.

Par contre en milieu rural, la qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV a d'influence normale et positive sur la qualité de leur décision d'utilisation des ARV.

4.4.3- Influence de la qualité de décision d'utilisation des ARV avec respect sur la qualité d'adoption d'utilisation des ARV avec respect sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER

Tableau16 : Répartition des gestantes séropositives sous ARV selon leur qualité de décision et en fonction de leur qualité d'adoption dans les trois milieux

Qualité d'adoption			
c.1- Qualité de décision d'utilisation des ARV	Milieu urbain		Total
	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	
Très Bien/Bien	49	01	50
Passable/Médiocre	01	01	02
Total	50	02	52
	P =0,0004091		
c.2- Qualité de décision d'utilisation des ARV	Milieu semi urbain		Total
	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	
Très Bien/Bien	14	01	15
Passable/Médiocre	01	03	04
Total	15	04	19
	P=0,0002449		
c.3- Qualité de décision d'utilisation des ARV	Milieu rural		Total
	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	
Très Bien/Bien	32	00	32
Passable/Médiocre	00	07	07
Total	32	07	39
	P=0,0000000		

En milieu urbain, l'analyse des résultats de ce tableau donne $p=0,00<0,05$. Il y a donc un lien statistiquement significatif entre la qualité de décision des gestantes séropositives d'utilisation des ARV et la qualité de leur adoption d'utilisation des ARV. Plus la qualité de décision est meilleure, plus la qualité d'adoption est meilleure.

En milieu semi urbain $p=0,00<0,05$. La qualité de décision des gestantes séropositives d'utilisation des ARV influence celle d'adoption d'utilisation des ARV. Plus la qualité de décision est faible, faible est la qualité d'adoption.

En milieu rural $p=0,0000000<0,05$. Il y a un lien hautement significatif entre la qualité de décision des gestantes séropositives d'utilisation des ARV et celle d'adoption

d'utilisation des ARV. Plus la qualité de décision est faible, faible est la qualité d'adoption.

En somme, dans les trois milieux (urbain, semi urbain et rural) la qualité de décision des gestantes séropositives d'utilisation des ARV influence celle de leur adoption d'utilisation des ARV. Ce lien est hautement significatif en milieu rural. De ce fait, la qualité de décision d'utilisation des ARV des gestantes séropositives a d'influence sur la qualité de leur adoption d'utilisation des ARV en milieu urbain et semi rural et une influence considérable en milieu rural.

4.4.4- Influence de la qualité d'adoption d'utilisation des ARV sur la qualité des pratiques des prescriptions antirétrovirales sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER

Tableau17 : Répartition des gestantes sous ARV selon leur qualité d'essai en fonction de leur qualité de pratiques des prescriptions antirétrovirales dans les trois milieux

Qualité des pratiques				
Milieu urbain				
d.1- Qualité d'adoption d'utilisation des ARV	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	
Très Bien/Bien	46	04	50	
Passable/Médiocre	01	01	01	P=0,1665879
Total	47	05	52	
Milieu semi urbain				
d.2- Qualité d'adoption d'utilisation des ARV	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	
Très Bien/Bien	14	01	15	
Passable/Médiocre	01	03	04	P=0,0002449
Total	15	04	19	
Milieu rural				
d.3- Qualité d'adoption d'utilisation des ARV	Très Bien/Bien	Passable/Médiocre	Total	
Très Bien/Bien	31	01	32	
Passable/Médiocre	01	06	07	P=0,0000000
Total	32	07	39	

En milieu urbain, nous remarquons que $p=0,16 > 0,05$. Il n'y a donc pas de lien statistiquement significatif entre la qualité d'adoption des ARV par les gestantes séropositives et la qualité de leurs pratiques des prescriptions antirétrovirales. Plus la qualité d'adoption des ARV est meilleure, plus la qualité des pratiques est meilleure.

Par contre en milieu semi urbain $p=0,0000000 < 0,05$. Ce qui signifie qu'il y a un lien hautement significatif entre la qualité de l'adoption des ARV par les gestantes séropositives et la qualité de leurs pratiques d'utilisation des ARV. Plus la qualité d'adoption des ARV est

très bien, meilleure est la qualité des pratiques. Mais, plus la qualité d'adoption des ARV est passable, plus passable est la qualité des pratiques.

En milieu rural, $p=0,0000000<0,05$. Il y a un lien hautement significatif entre la qualité de l'adoption des ARV par les gestantes séropositives et la qualité de leurs pratiques d'utilisation des ARV. La qualité d'adoption des ARV par les gestantes séropositives influence considérablement la qualité de leurs pratiques d'utilisation des ARV. Plus la qualité de l'adoption des ARV est meilleure, plus la qualité des pratiques d'utilisation des ARV est meilleure.

En résumé, en milieu semi urbain et rural, la qualité de l'adoption des ARV par les gestantes séropositives influence considérablement la qualité de leurs pratiques d'utilisation des ARV. Ce qui n'est pas le cas en milieu urbain. La qualité de l'adoption des ARV n'influence pas la qualité de leurs pratiques d'utilisation des ARV.

5- DISCUSSIONS

5.1- Caractéristiques générales et spécifiques des gestantes séropositives sous ARV et leurs qualités sur les marches (connaissance, persuasion, décision et adoption, pratique) de l'escalier du modèle de ROGERS et SCHOEMAKER.

5.1.1- Caractéristiques générales des gestantes séropositives sous ARV des trois milieux d'étude.

5.1.1.1- De l'ethnie

Au terme de cette étude, nous avons constaté que les ethnies Adjias et Fons sont les plus représentées dans notre population d'étude avec une forte proportion de Adjias (30%), et de Fons (26,6%). Les moins représentées sont les Batombous et les Dendis. Ces résultats sont contraires à ceux trouvés dans la monographie de Cotonou par exemple où le groupe Fon et apparentés (Fons, Gouns, Mahis, et Toffins) représentent 56.7% de la population de la ville ^[14]. Le groupe Adja (les Minas, Adjias, Xlwas) et apparentés représentent 18.3% de la population. Dans la commune de Klouékanmè, les Adjias sont les plus nombreux.

5.1.1.2- De la religion

Quant à la religion, les Catholiques sont majoritairement représentés soit 54,5% suivis des protestants (15,7%), des musulmans (2,7%), des Animistes (0,9%) et des Sans religions (0,9%). Ces résultats sont semblables à ceux donnés par la monographie de Cotonou en Avril 2006 qui révèle aussi une forte propension de la religion chrétienne avec 57.8% de Catholiques, 5.7% de Protestants, 4.4% de Célestes et 7.8% d'autres chrétiens. L'Islam vient en seconde position avec 14.2% suivi des Animistes avec 2.3%, tous deux largement supérieur à nos résultats. ^[14]

5.1.1.3- De l'âge

En ce qui concerne l'âge, 34,5% des enquêtées ont leur âge inférieur à 40 ans, ce qui témoigne de la jeunesse de cette population qui serait dû au fait que la fécondité de la femme au Bénin se situerait dans la tranche de 15-49ans. Cet âge est proche de celui trouvé par Roux et col. en 2003 dans leur étude de l'observance à un mois des patients du sida inclus dans l'initiative béninoise d'accès aux antirétroviraux où l'âge moyen des patients est de 38,2 ans ^[15].

5.1.1.4- De la situation matrimoniale

Notre étude a également montré que la grande majorité des gestantes séropositives sont mariées (85,5%). Ce taux est largement supérieur à celui observé par Goita en 2008 qui était 57,7%^[10]. Il en est de même dans la population en général où le RGPH3 a révélé 52,16% de mariés selon Ndongki en 2002^[5]. Ceci pose un problème inquiétant à cause du risque de propagation du virus dans les familles polygames.

5.1.1.5- Du niveau d'instruction

Concernant le niveau d'instruction des gestantes séropositives enquêtées, 37,3% d'entre elles sont analphabètes contre 25,5% qui ont le niveau secondaire. Ces taux sont contraires à ceux trouvés par Mbu R. et col. dans leur étude sur la Connaissance du risque de transmission mère-enfant du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale à Yaoundé (Cameroun) en 2006 où 59,5% des femmes ont un niveau secondaire contre seulement 0,5% des femmes n'ayant aucune éducation^[16].

5.1.1.6- Du revenu mensuel

Notre étude a également montré que le revenu mensuel de la population d'étude est inférieur au SMIG (32.000F). Par contre le revenu mensuel moyen chez Roux et col. s'élève à 22 031 FCFA^[15].

5.2- Qualité des gestantes séropositives sur les marches (connaissance, persuasion, décision, adoption et confirmation) de l'escalier du modèle de ROGERS et SCHOEMAKER dans les trois milieux étudiés

5.2.1- Qualité de la connaissance des gestantes séropositives

Au terme de cette étude, nous avons constaté qu'en milieu urbain, 90,4% des gestantes sous ARV ont une très bonne ou une bonne qualité de connaissance du sida et des ARV. Ce niveau de connaissance est proche de celui trouvé par Mbu R. et col. en 2006 à Yaoundé où 93,10% de gestantes séropositives avaient une très bonne connaissance du sida, de la transmission mère enfant, de la PTME et des ARV^[16] mais est supérieur à celui retrouvé au Centre Hospitalier et Universitaire de Nnamdi au Nigeria (76,9%) et à celui retrouvé à Hong Kong en Chine (3,6%)^[17].

En milieu semi urbain, 89,5% ont une très bonne ou une bonne qualité de connaissance du sida tandis qu'en milieu rural, 82,1% ont une très bonne ou une bonne qualité de connaissance du sida et des ARV. On remarque que le taux de bonne connaissance

du sida et des ARV est fortement élevé dans les trois milieux mais décroît du milieu urbain au milieu rural en passant par le milieu semi urbain.

Ceci nous amène à dire qu'il faut faire plus d'effort en matière d'Information, d'Education et de Promotion (IEP) en zone urbaine et semi urbaine pour porter ce taux à plus de 95%. Concernant la zone rurale, il faudra consacrer plus de ressources et d'efforts pour atteindre ce même niveau de 95%.

5.2.2- Qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV dans les trois milieux.

On constate qu'en milieu urbain, 82,7% des gestantes séropositives ont une bonne et très bonne qualité de persuasion de l'efficacité des ARV; en milieu semi urbain, 63,2% ont une très bonne qualité de persuasion de l'efficacité des ARV. Tandis qu'en milieu rural, 79,5% ont une bonne qualité de persuasion de l'efficacité des ARV de la MILD. Nos taux en milieu urbain et rural sont largement supérieurs à celui trouvé par UWIMANA dans le district de Huye au Rwanda où 74,2% d'enquêtées sont favorables au programme de la PTME [17].

On remarque que le taux de bonne qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV est relativement élevé dans les trois milieux mais décroît du milieu urbain au milieu semi urbain en passant par le milieu rural. Le milieu semi urbain a le plus faible taux.

En comparant les niveaux de connaissance à ceux de la persuasion, on constate une chute voire une baisse. Ce qui nous amène à dire que connaissance n'est pas automatiquement persuasion. Il y a un effort à faire pour qu'il y ait équivalence. Mais la logique de Rogers et Schoemaker est quand même respectée.

5.2.3- Qualité de décision des gestantes séropositives d'utiliser les ARV dans les trois milieux

En milieu urbain, 98,1% des gestantes séropositives ont une très bonne et une bonne qualité de décision d'utilisation des ARV; en milieu semi urbain 78,9% ont une très bonne qualité de décision d'utiliser les ARV et en milieu rural 82,1% ont une très bonne qualité de décision d'utiliser les ARV. On remarque que le taux de bonne décision d'utilisation des ARV est fortement élevé dans les trois milieux mais décroît du milieu urbain au milieu rural en passant par le milieu semi urbain. Il faut un effort d'Information, d'Education et de Promotion mais contrairement à la logique de Rogers et Schoemaker qui stipule qu'il faut

d'abord être persuadé avant de décider, ici dans chaque milieu, les gestantes séropositives qui n'ont pas été persuadées sont décidées à utiliser les ARV.

5.2.4- Qualité d'adoption d'utilisation des ARV dans les trois milieux.

En milieu urbain 98,2% ont une très bonne qualité d'adoption des prescriptions antirétrovirales; en milieu semi urbain, 78,9% ont une bonne qualité d'adoption des prescriptions antirétrovirales tandis qu'en milieu rural 82,1% ont une bonne qualité d'adoption. On remarque que le taux de bonne adoption (bon essai) d'utilisation des ARV est fortement élevé dans les trois milieux mais décroît du milieu urbain au milieu rural en passant par le milieu semi urbain. Il faut un effort d'IEP dans ce cas. Toutefois la logique de Rogers et Schoemaker est respectée.

5.2.5- Qualité de pratiques d'utilisation des ARV dans les trois milieux.

En ce qui concerne la qualité de pratique de l'utilisation des prescriptions antirétrovirales, 90,4% des gestantes séropositives enquêtées ont une très bonne qualité de pratiques d'utilisation des ARV. Ce taux est proche du seuil de bonne observance qui est au-dessus de 90% voire 95% ^[18], proche aussi de celui trouvé par *Goita* (86,1%) ^[10], et par Roux (89,2%) ^[15]. Par contre, dans les milieux ruraux et semi urbains, la qualité de bonne observance est respectivement de 82,1% de 78,9%.

5.3- Influence des caractéristiques générales des gestantes séropositives sous ARV sur la qualité de leurs pratiques

Aucune des caractéristiques générales (l'âge, la situation matrimoniale, le niveau d'instruction, le niveau de revenu mensuel, l'ethnie, etc.) n'a d'influence sur la qualité des pratiques thérapeutiques chez les gestantes séropositives. Ceci serait certainement dû aux séances d'IEP données par les sages-femmes à l'endroit des gestantes séropositives.

5.3.1. - Influence de la qualité des gestantes séropositives sous ARV sur chaque marche du modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER sur la marche immédiatement supérieure de ce modèle dans les trois milieux

5.3.1.1- Influence de la qualité de connaissance des gestantes séropositives sous ARV sur le sida et les ARV sur leur qualité de persuasion de l'efficacité des ARV sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER

La qualité de connaissance des gestantes séropositives sur le sida et les ARV a d'influence sur leur qualité de persuasion de l'efficacité des prescriptions antirétrovirales sauf en milieu semi urbain.

On peut dire alors qu'il est important d'apporter l'information précise et appropriée aux gestantes séropositives sur le SIDA, la prévention de la transmission mère enfant et sur les ARV, leur utilité, leur fonctionnement et leur rôle sur la santé de la femme et celle du bébé. Ceci les amènera à savoir qu'il leur est possible de mettre au monde des enfants sains (perception des bienfaits et avantages liés au nouveau comportement).

La connaissance des effets secondaires que peuvent engendrer les ARV et les conséquences que pourrait engendrer la non observance est aussi importante pour renforcer cette persuasion sur l'efficacité de ce traitement car même si les gestantes séropositives savent que les ARV peuvent protéger leurs bébés et elles ne perçoivent pas la gravité de la non observance au traitement, elles ne respecteront pas les prescriptions antirétrovirales.

5.3.1.2- Influence de la qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV sur leur qualité de décision d'utilisation des ARV

La qualité de persuasion des gestantes séropositives n'influence pas leur qualité de décision en milieu urbain et en milieu semi urbain. Cela peut s'expliquer par le phénomène de la dissonance cognitive, qui, rappelons-le, concerne des processus psychologiques internes de l'organisme de l'individu. Les notions essentielles de cette théorie sont extrêmement simples : l'existence simultanée d'éléments de connaissance qui d'une manière ou d'une autre, ne s'accordent pas (dissonance), entraîne de la part de l'individu un effort pour les faire d'une façon ou d'une autre mieux s'accorder (réduction de la dissonance) ^[1]. Les enquêtées de ces milieux sont persuadées des avantages liés à l'observance thérapeutique mais ne passent pas à l'action car le comportement demandé n'est pas en adéquation avec ce qu'elles pensent et croient. Il y a là un effet d'antagonisme et d'opposition.

Par contre en milieu rural, la situation n'est pas la même compte tenu de l'absence du phénomène d'imitation.

5.3.1.3- Influence de la qualité de décision d'utilisation des ARV sur la qualité d'adoption d'utilisation des ARV sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER dans les trois milieux

La qualité de décision des gestantes séropositives d'utilisation des ARV influence leur qualité d'adoption d'utilisation des ARV dans les trois milieux. La qualité de décision des gestantes séropositives pas leur qualité d'adoption. On peut dire de ce fait que la décision est la condition sine qua non pour l'adoption. Il faut accepter avant d'adopter ou d'essayer. Mais adopter n'est pas encore pratiquer.

5.3.1.4- Influence de la qualité d'adoption d'utilisation des ARV sur la qualité des pratiques des prescriptions antirétrovirales sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER dans les trois milieux

La qualité d'adoption d'utilisation des ARV des gestantes séropositives n'influence pas leur qualité des pratiques des prescriptions antirétrovirales en milieu urbain. On peut ne pas faire des essais et pratiquer en même temps. Ainsi, l'adoption ou l'essai n'est pas importante dans le cas d'espèce. Mais ceci n'est pas vérifié en milieu semi urbain et rural. En effet, on observe une influence considérable de la qualité d'adoption sur celle des pratiques dans ces milieux. Ceci peut se justifier par le fait que chaque milieu a ses spécificités.

Eu égard à tout ceci, on remarque que toutes les hypothèses énoncées se vérifient mais pas dans tous les milieux d'étude:

-La qualité de la connaissance des prescriptions d'ARV aux gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité de la persuasion de l'efficacité des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME (milieu urbain et semi urbain).

- La qualité de la persuasion de l'efficacité des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité de décision d'utiliser adéquatement les ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME (milieu rural)

- La qualité de la décision d'utiliser adéquatement les ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité de l'essai des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME (les trois milieux)

- La qualité de l'essai des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME influence la qualité des pratiques des ARV chez les gestantes séropositives pour la PTME (milieu semi urbain et rural)

La qualité de l'observance n'est pas la même dans les milieux urbains (90,4%), semi urbain (78,9%) et rural (82,9%). Ceci est certainement dû aux réalités spécifiques à chaque

milieu d'étude. Le mimétisme ou l'imitation est une réalité observée en milieu urbain et semi urbain. Quant au milieu semi urbain, il est parfois influencé par les comportements adoptés par les populations des deux autres milieux.

Ces taux avoisinent le seuil de bonne observance aux ARV qui est de 95%. Cependant, des efforts de bonnes informations sont attendus dans les milieux semi urbains et ruraux car un niveau élevé d'observance est nécessaire pendant un traitement prescrit à vie

Il en ressort donc qu'il faut un maximum d'informations aux gestantes séropositives sur tout ce qui a trait à la bonne observance au traitement antirétroviral. Il faudrait renforcer nécessairement la mise en place des séances d'éducation thérapeutique car elles permettent aux gestantes d'adhérer au traitement. L'éducation thérapeutique étant un ensemble d'activités d'information, de conseil et d'apprentissage permettant aux gestantes de mobiliser des compétences et des attitudes dans le but qu'elles vivent le mieux possible leur vie avec leur maladie et leur traitement.

Ainsi, elles seront bien ou très bien persuadées de l'efficacité et de l'utilité des ARV grâce à l'éducation qui vise non seulement l'information mais aussi le changement de comportement, et la communication qui prend également en compte les appréhensions, les idées, les représentations, et les questions des populations, afin de leur apporter des réponses claires et satisfaisantes.

Après ces préalables, les gestantes pourront se résoudre à mettre en application les informations à leur apporter. Elles seront alors très bien ou bien décidées à pratiquer l'observance ; et dans ces conditions, la bonne ou très bonne décision ne peut qu'aboutir à une bonne ou très bonne adoption qui, à terme confèrera la bonne ou très bonne qualité de confirmation ou qualité d'observance.

Cependant, il convient de souligner que certaines difficultés peuvent entraver la qualité de l'observance thérapeutique.

SUGGESTIONS

Au terme de cette étude, nous formulons les suggestions suivantes à l'endroit :

✓ **Du gouvernement béninois (NIVEAU MACRO)**

- i. Développer des stratégies de communication devant améliorer « les facteurs facilitants et renforçants » de changement de comportement et de changement social. Pour y parvenir, l'Etat doit :
 - favoriser le développement économique des PVVIH des trois milieux par un appui financier plus important grâce à la mise en place des projets générateurs de revenus. Ce qui pourrait améliorer les niveaux de revenus et les conditions de vie des gestantes séropositives. Ces activités d'appui existent mais doivent être aussi orientées vers les gestantes séropositives par les institutions en charge : Ministère en charge de la micro finance, Ministère en charge de la famille, le Projet National de Développement Centré sur les Communautés (PNDCC) devenu Service National de Développement Centré sur les Communautés (SNDCC).
 - reprendre la dotation en produits alimentaires de premières nécessités telles que le riz, l'huile, le sucre à travers les centres de santé au profit des PVVIH, en particulier les gestantes séropositives. Cette activité doit être reprise par les institutions en charge: le Programme Alimentaire Mondial (PAM), ONG International Plan Bénin, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'Agriculture (FAO). Cette distribution de vivres au profit des PVVIH en particulier les gestantes séropositives doit être poursuivie jusqu'au relèvement du niveau de revenu à un taux supérieur au SMIG.
 - mettre sur pied un mécanisme de suivi rigoureux des actions de partage des produits alimentaires afin qu'ils soient effectivement partagés aux bénéficiaires.

✓ **Du ministère de la santé (NIVEAU MESO)**

- ii. En vue d'élaborer de micros plans intégrés et locaux de planification en faveur de la promotion de la prévention de la transmission mère enfant VIH, le ministère de la santé devra
 - commanditer une série d'enquêtes qualitatives de base sur les connaissances attitudes et pratiques (CAP) sur l'observance des ARV chez les gestantes séropositives suivant le modèle de Rogers et Schoemaker.
 - renforcer les capacités du personnel des centres de santé en matière de Communication pour le développement et de ses principales stratégies à utiliser lors

des séances d'information, d'Education et de Promotion durant les Consultations Périnatales (CPN).

- élaborer un outil simple de monitoring simple selon le modèle de l'escalier de changement de Rogers et Schoemaker sur l'évolution des connaissances et des pratiques des gestantes séropositives et ce, à partir des résultats qualitatifs locaux de l'enquête de base et des enquêtes subséquentes sur les CAP.
- organiser des campagnes publiques locales, décentralisées et en cascades d'information, d'éducation et de promotion surtout dans les zones rurales pour améliorer le niveau de connaissance sur le sida et les ARV de la communauté.
- mobiliser des ressources pour des recherches Action semestrielles sur la qualité de l'observance thérapeutique antirétrovirale chez les gestantes séropositives dans le cadre de l'Elimination de la Transmission Mère Enfant.

✓ **Des Coordonnateurs des Zones Sanitaires et des Médecins Chefs (NIVEAU MICRO)**

iii. Dans le processus de la mise en œuvre des actions de communication au niveau micro, chaque zone sanitaire devra :

- prioriser le développement de petites activités thématiques et focusées d'information, d'éducation et de promotion sur l'importance de l'observance thérapeutique antirétrovirale ;
- susciter la création de réseaux de femmes, de jeunes et de notables en faveur de l'élimination de la transmission mère enfants VIH grâce à des actions intégrées de plaidoyer ;
- organiser le partage équitable des vivres destinés aux PVVIH;
- Intensifier les actions de la C4D en collaboration avec le MSP et les ONG en insistant sur la connaissance du sida et des ARV, les conséquences de la non observance, et sur les respects des pratiques réglementaires relatives aux normes thérapeutiques.

✓ **Des gestantes séropositives des trois milieux.**

iv. Au niveau des focus groupes et collectivités, susciter et entretenir l'engagement des gestantes et des paires et membres de la collectivité à

- utiliser régulièrement les prestations des services de la CPN;

- participer aux différentes séances d'information et d'éducation organisées à leur intention ;
- respecter les prescriptions de la sage-femme ou du médecin traitant.

CONCLUSION

Nous avons mené dans trois milieux (urbain, semi urbain et rural), une étude transversale, descriptive et analytique en vue d'apprécier la qualité de l'observance thérapeutique des antirétroviraux chez les gestantes séropositives de trois Zones Sanitaires du Sud-Bénin.

Au terme de notre étude qui a porté sur 110 gestantes séropositives, nous avons tiré les conclusions suivantes :

Sur le plan descriptif, notre population d'étude est en majorité Adja à 30% suivie des Fon à 26,6%. La religion dominante est le Christianisme (92,7%) suivie de l'islam et de l'animisme (2,7% chacun). Les gestantes sont pour la plupart mariées (85,5%). 37,3% sont analphabètes et 25,5% ont le niveau secondaire¹. Un peu plus du tiers de notre population d'étude est pauvre (35,5%) car leur revenu mensuel est inférieur à 32000 CFA, le SMIG. De même, un peu plus du tiers (34,5%) ont leur âge inférieur à 40 ans.

En ce qui concerne, les caractéristiques cognitives, affectives et motrices des gestantes séropositives sous ARV, nous retenons que pour la qualité de la connaissance sur le sida et les ARV, en milieu urbain, semi urbain et rural les modalités « bien et très bien » sont les plus fréquentes et respectivement sont 90,4%; 89,5% et 82,1%. En ce qui concerne la qualité de persuasion de l'efficacité des ARV en milieu urbain, 82,7% sont très bien persuadées, contre 63,2% en milieu semi urbain et 79,5% en milieu rural. La qualité de décision des gestantes séropositives d'utilisation des ARV dans les trois milieux est relativement bonne : 98,1% en milieu urbain, 78,9% en milieu semi urbain et 82,1% en milieu rural. Il est en de même pour la qualité d'adoption qui est de 98,2% en milieu urbain, 78,9% en milieu semi urbain et 82,1% en milieu rural. Enfin les modalités « bien et très bien » de la qualité de la confirmation d'utilisation des ARV dans les trois milieux sont respectivement de (90,4%) en milieu urbain, 82,1% en milieu semi urbain et 78,9% en milieu rural.

Sur le plan analytique:

A propos de l'influence des caractéristiques générales sur la qualité des pratiques :

Il n'y a aucun lien entre les caractéristiques générales et la qualité des pratiques dans les trois milieux d'études

A propos de l'influence de chaque marche inférieure de l'escalier du modèle de ROGERS et SCHOEMAKER sur la marche immédiatement supérieure:

- La qualité de la connaissance du sida et des ARV chez les gestantes séropositives influence la qualité de leur persuasion sur l'efficacité des prescriptions antirétrovirales sauf en milieu semi urbain

- La qualité de persuasion de l'efficacité des prescriptions antirétrovirales chez les gestantes séropositives n'influence pas leur qualité de décision d'utilisation des ARV en milieu urbain et en milieu semi urbain
- La qualité de décision d'utilisation des ARV chez les gestantes séropositives influence leur qualité d'adoption d'utilisation des ARV dans les trois milieux
- La qualité d'adoption d'utilisation des ARV chez les gestantes séropositives n'influence pas leur qualité des pratiques des prescriptions antirétrovirales en milieu urbain

Vérification de l'escalier du modèle de ROGERS et SCHOEMAKER.

Le modèle n'est pas vérifié ou respecté pour la relation entre les différentes marches de l'escalier: la marche de l'escalier "Connaissance "et "persuasion" en milieu semi urbain; "Persuasion" et la marche "Décision" en milieu urbain et semi urbain et entre la marche de l'escalier "Adoption" et la marche "Pratique" en milieu urbain. Ceci s'explique par le phénomène de la dissonance cognitive de Festinger qui met l'individu (dans notre cas les gestantes séropositives) en présence de connaissances, de croyances, incompatibles entre elles. Ceci provoquera un état de malaise, une tension psychologique désagréable. Pour réduire cette dissonance cognitive, l'individu a le choix entre plusieurs stratégies. Il peut par exemple évaluer la menace d'un tel comportement sur sa santé. L'individu se considère comme potentiellement vulnérable à une maladie ou à une condition défavorable pertinente (Rosenstock, Health Belief Model). Si la perception de la menace atteint un niveau élevé (c'est-à-dire la personne croit que la menace est grave et qu'elle est en danger), elle aura une réaction de peur et sera poussée à agir. La nature de sa réaction va dépendre de son opinion sur l'efficacité de l'action recommandée et de son opinion sur sa capacité d'agir (Bandura, Théorie Sociale Cognitive). Par contre, si la perception de la menace dépasse la perception de l'efficacité (la cible ne se sent pas capable d'éviter efficacement la menace parce que l'action recommandée est trop difficile, trop coûteuse ou ne marchera pas), la personne commence à réfléchir à la façon de maîtriser sa peur. Elle va éviter le message, nier qu'elle est en danger, rire du message ou se fâcher contre la source ou la question et l'ignorer. Elle peut même adopter plus de comportements néfastes pour sa santé. En d'autres termes, tant qu'une personne perçoit une menace, elle va être poussée à réagir. En fait, plus la menace est grande, plus la motivation est grande. Le choix entre la maîtrise de la peur et la maîtrise du danger va dépendre du niveau d'efficacité perçue par rapport au niveau de menace perçue (Bandura, Théorie Sociale Cognitive). Ses diverses perceptions dépendent de certaines

caractéristiques propres aux individus telles que : l'estime de soi, l'attitude par rapport au risque, la vulnérabilité, les expériences passées de la cible avec le danger, l'anxiété, le niveau de dépendance de la cible par rapport au comportement incriminé, les caractéristiques sociodémographiques, etc. Tout ceci explique le comportement de la plupart des gestantes séropositives,

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
2. Voir webographie
3. ALLPORT, G.W. (1935). «Attitudes» dans C. Murchison (Ed). *A Handbook of Social*
4. Voir webographie
5. Ndong M. (2002). « *Suivi de l'enfant de mère infectée par le VIH dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère Enfant à Cotonou (Bénin)* »; thèse de médecine 2001-2002, n°1008; 139pages
6. Voir webographie
7. CNLS, ONUSIDA. (2010). « *Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS* »; 76Pages
8. CNLS, ONUSIDA. (2012). « *Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le vih/sida* »
9. HOUNGBO V. (2008). « *Le traitement antirétroviral chez les enfants infectés par le vih au CNHU/HKM de Cotonou* »; thèse de médecine, n°1412, 2007-2008; 100pages
10. GOITA M. (2008). « *L'observance au traitement antirétroviral chez les patients vivant avec le vih et le sida au centre de référence Kenedougou Solidarité (Cerkes) de Sikasso* ». Thèse de doctorat en pharmacie, 2007-2008
11. COMMENT DIRE. (1992, 2000, 2003). « *Comment conduire des actions en éducation pour la santé sur l'infection par le V.I.H* ». Guide de prévention - Partie I, 241 pages
12. VIKOU B. (2003). *Formulation de stratégies de communication pour réduire la morbidité palustre infantile à Vodjè (Cotonou): applicabilité du modèle de Green*, Mémoire de Maîtrise, DSLC, FLASH, UAC, 2002-2003
13. DADELE, Antoine, (2004), *Théories de comportement, SLC204, DSLC FLASH, UAC, Bénin*
14. AKOMAGNI L. (2006). « *Monographie de la ville de Cotonou* »
15. ROUX P., REY J., SEHONOU J.; CERTAIN A. (2003). « *L'observance à un mois des patients SIDA inclus dans l'initiative Béninoise d'accès aux Antirétroviraux* », Manuscrit du 09 Novembre
16. MBU R. (2006). « *Connaissance du risque de transmission mère-enfant du VIH chez les femmes enceintes en consultations prénatales à Yaoundé (Cameroun)* »
17. UWIMANA B. (2007). « *Attitudes des femmes enceintes vis -à -vis du Programme de la Prévention de La Transmission mère-Enfant du Vih/Sida (Ptme), Cas Du district de*

Huye»; Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Licencié (Bachelor's degree) en Psychologie Clinique ; Butare Octobre 2007, 117pages

18. MOUTAÏROU Y. (2005). « *Évaluation de la mise en œuvre de la Prévention de la Transmission Mère enfant du VIH à l'hôpital de la mère et de l'enfant lagune de Cotonou* », Thèse de doctorat en Médecine, 2004-2005

Webographie

- 2- Mc Cormack Brown, K. (1999a). (Cité dans BOUDREAU G). « *Le changement de comportement en général* ». En ligne: disponible sur www8.umoncton.ca/littoral-vie/ecosage/Gaston2.rtf
- 4-FURELAUD G., PAVIE B., « *Généralités sur le SIDA* » En ligne : disponible sur www.snv.jussieu.fr/vie/dossiers/SIDA/7therapeutique.htm
- 6-Reuters. (2011). « *L'ONUSIDA s'attaque à la transmission mère enfant du VIH* », disponible sur <http://fr.reuters.com/article> France

ANNEXE

QUESTIONNAIRE Mémoire de fin de formation UAC- FLASH/DSL

I- Identification de la fiche

1.0-Numéro d'ordre

1.1-Date de l'enquête:.....

1.2-Nom et prénom de l'agent enquêteur :.....

1.3-Nom du centre de PTME: Camp Guézo =1; Suru Léré= 2; Klouékanmè = 3 ONG RACINE =4 CNHU=5 Mènontin=6 Bethesda=7 Toviklin =8 Lalo =9 Ouidah =10

II- Identification des gestantes séropositives

2.0Village.....

2.1-Hameau.....

2.2-Age :.....

2.2.0- Tranche d'âge : 22-31=1 ; 32-42=2

2.3-Profession :.....

2.4-Ethnie: Fon =1 Mina = 2Adja = 3 Goun = 4 Nago = 5 Bariba = 6 Dendi = 7 Peulh = 8 Autres =9,
précisez...

2.5-Religion :Cathol =1 Protest= 2 Céleste = 3 Evangél = 4 Musulmane = Animiste = 6 Aucune= 8
Autres = 7 précisez ...

2.6-Situation matrimoniale : Célibataire =1Mariée = 2Divorcée = 3Veuve = 4 Remariée =5

2.7-Niveau d'instruction (Classe avec succès)

Primaire (CI au CM2)=1 Secondaire1 (6ème en 3^{ème}) =2 Secondaire2 (2nd en Tle) =3 Supérieure=4
Non instruit = 5 ne sais pas = 6

2.8-Niveau de revenu mensuel déclaré:< 32.000f =1; 32.000f à 50.000f=2;50.000f à 100.000f = 3;
100.000f à 150.000f =4 150.000f à250.000f=5; >250.000f =6 Ne sais pas =7 pas de revenu=8

Mari

2.10-Age

2.11-Profession :.....

2.12-Ethnie: Fon =1 Mina = 2 Adja = 3 Goun = 4 Nago = 5 Bariba = 6 Dendi = 7 Peulh = 8 Autres
=9 précisez

2.13-Religion:Cathol=1Protest=2 Céleste=3 Evangél =4 Musulmane=5 Animiste = 6 Autres =7
précisez

2.14-Situation matrimoniale : Célibataire =1 Marié = 2Divorcé = 3 Veuf = 4

2.15-Niveau d'instruction (Classe avec succès)

Primaire (CI au CM2) =1 Secondaire1 (6ème en 3^{ème}) =2 Secondaire2 (2nd en Tle) =3 Supérieure =4
non instruit = 5 ne sais pas = 6

2.16-Niveau de revenu mensuel déclaré:< 32.000f =1; 32.000f à 50.000f=2;50.000f à 100.000f = 3;
100.000f à 150.000f =4 150.000f à250.000f=5; >250.000f =6 ne sais pas=7 pas de revenus=8

III- Variables sociales des gestantes séropositives

3.1-Avez-vous informé un membre de votre famille de votre statut sérologique ?

3.2- Si oui qui ?

3.3-Votre conjoint vous soutient moralement et matériellement? Jamais= 1Rarement=2 Souvent= 3
Très souvent=4

3.4-Recevez-vous le soutien moral et matériel de votre beau-père ? Oui = 1 Non = 2

3.5-Recevez-vous le soutien moral et matériel de votre belle-mère ? Oui = 1 Non = 2

3.6-Recevez-vous le soutien moral et matériel de votre beau-frère? Oui = 1 Non = 2

3.7- Recevez-vous le soutien moral et matériel de votre belle-sœur ? Oui = 1 Non = 2

3.8-Recevez-vous le soutien moral et matériel de vos amies ? Oui = 1 Non = 2

3.9-Recevez-vous le soutien moral et matériel d'autres personnes ? Oui = 1 Non = 2

- 3.10- Recevez-vous le soutien moral et matériel d'une ONG ? Oui = 1 Non = 2
- 3.11- Avez-vous déjà consulté une fois, un tradithérapeute? Oui = 1 Non = 2
- 3.12- Si oui pourquoi ?.....
- 3.13- Vous a-t-il demandé d'arrêter le traitement ARV? Oui = 1 Non = 2
- 3.14- Que pensez-vous aujourd'hui de votre statut de séropositif ?
- 3.15.1- Tant mieux on prend la vie du bon côté Oui = 1 Non =2
- 3.15.2- Je me sens coupable et j'y pense sans arrêt Oui = 1 Non =2
- 3.15.3- Je me sens mal, abandonnée, seule Oui = 1 Non =2
- 3.16- Le centre de Santé est à quelle distance de votre maison ? loin et très loin=1/pas loin et pas très loin=2

IV- Connaissance sur le SIDA et les ARV

- 4.1- Quels sont les signes de la maladie du sida? Fièvre accompagnée d'éruptions cutanées =1
Diarrhées = 2 Amaigrissement = 3 Autres précisez = 4 Ne sais pas=5
- 4.2- Quelles sont les conséquences de la maladie ? Mort =1 Discrimination=2 Soucis = 3 Invalidité =4
Chômage =5 infections opportunistes =6 ne sais pas=7 Contamine =8 ruine = 9
- 4.3- Selon vous comment peut-on attraper le VIH/SIDA ?
Rapports sexuels non protégés = 1 Transmission sanguine = 2 De la mère à l'enfant = 3 Toucher une personne infectée= 4 Donner des baisers sur les joues =5 Fréquenter les mêmes toilettes = 6 Ne sais pas = 7
- 4.4- Comment se traite le Sida ? Antirétroviraux =1 Paracétamol = 2 Ne sais pas= 3
- 4.5- Le sida ne se guérit pas ne sais pas = 1 Vrai =2 Faux = 3
- 4.6- Selon vous comment peut-on se protéger contre le VIH/SIDA ? Bonne fidélité sexuelle = 1
Utilisation du préservatif lors des rapports sexuels = L'abstinence sexuelle = 3 Recours aux guérisseurs traditionnels = 4 vaccination = 5 En prenant des médicaments à titre préventif = 6
Ne sais pas = 7
- 4.7- Savez-vous que vous pouvez mettre au monde aujourd'hui un enfant séropositif ?
Oui = 1 Non = 2 ne sais pas =3
- 4.8- Savez-vous que vous pouvez mettre au monde aujourd'hui un enfant séronégatif?
Oui = 1 Non = 2 ne sais pas = 3
- 4.9- Par quels moyens ? Bonne alimentation = 1 prise en charge aux ARV de qualité = 2 Hygiène sexuelle = 3 Ne sais pas =4 Autres = 5 précisez
- 4.10- Avez-vous déjà entendu parler des ARV ? Oui = 1 Non = 2
- 4.11- Les ARV empêchent la transmission du VIH de la mère à l'enfant Oui = 1 Non = 2 Ne sais pas= 3
- 4.12- Où est ce qu'on peut les avoir pour les gestantes ? Au marché = 1 Dans un centre de santé d'arrondissement = 2 Dans un centre de PTME = 3 Ne sais pas = 4 Autres = 5 précisez
- 4.13- Que font les ARV? Favorisent la résistance contre le sida = 1 Guérissent le SIDA= 2 Ne sais pas =3 Protègent la mère et l'enfant = 4 Elles rendent les gestantes séronégatives= 5 Autres = 6 précisez
- 4.14- Les ARV sont-elles payantes? = 1 ou gratuites ? = 2
- 4.15- Les prescriptions antirétrovirales sont-elles écrites ? = 1 ou verbales ? = 2
- 4.16- L'utilisation correcte des ARV améliore la durée de vie des gestantes ? Vrai = 1 Faux = 2
ne sais pas=3
- 4.17- L'utilisation correcte des ARV améliore la durée de vie des nouveaux nés ? Vrai = 1 Faux = 2
ne sais pas=3
- 4.18- Une bonne alimentation adaptée améliore la durée de vie des gestantes ? Vrai = 1 Faux = 2
ne sais pas=3
- 4.19- L'allaitement du nouveau-né des séropositives nécessite beaucoup de précautions?
Vrai = 1 Faux =2 Ne sais pas = 3
- 4.20- Quelle est la note obtenue par la gestante
- 4.21- Quelle est sa qualité de connaissance

V- Persuasion

- 5.1- Pensez-vous que vous pouvez transmettre le VIH/SIDA à votre bébé?
Oui =1 Non =2 Ne sais pas= 3
- 5.2- Etes-vous persuadés que les ARV que vous prenez peuvent protéger le bébé?

- Oui=1 Non=2 Ne sais pas=3
- 5.3- Croyez- vous en l'efficacité des ARV que vous prenez? Oui=1 Non=2
- 5.4- Etes-vous persuadé de l'utilité des prescriptions antirétrovirales?
Oui =1 Non = 2 Ne sais pas= 3
- 5.5-Croyez-vous qu'une bonne alimentation adaptée des gestantes séropositives sous ARV améliore l'état de santé du fœtus? Oui =1 Non =2 Ne sais pas= 3
- 5.6-Quelle est la note obtenue par la gestante
- 5.7- Quelle est sa qualité de persuasion

VI- Décision

- 6.1-Etes-vous décidés à suivre ce traitement à ARV jusqu'à l'accouchement? Oui =1 Non =2
- 6.2-Etes-vous décidé à éviter la transmission du VIH/SIDA à votre enfant? Oui =1 Non=2
- 6.3-Avez-vous décidé d'informer votre conjoint des conditions des ARV pour les gestantes séropositives ?
Oui =1 Non =2
- 6.4-Etes-vous décidé à respecter les prescriptions antirétrovirales? Oui=1 Non =2
- 6.5-Votre conjoint a t'il décidé de vous soutenir moralement et matériellement? Oui=1 Non =2
- 6.6-Quelle est la note obtenue par la gestante
- 6.7- Quelle est sa qualité de décision

VII- Adoption

- 7.1-Avez-vous commencé à prendre les ARV le jour de la première prescription? Oui=1 Non =2
- 7.2-Depuis quand avez-vous commencé le traitement ARV ?
- 7.3-Pensez-vous suivre le traitement jusqu'au terme de votre grossesse? Oui =1 Non=2
- 7.4-Avez-vous commencé à suivre les prescriptions alimentaires ce jour-là ? Oui = 1 Non=2
- 7.5-Avez-vous informé votre conjoint des conditions des ARV pour les gestantes séropositives? Oui =
1 Non=2
- 7.6-Votre mari a-t-il commencé à vous soutenir moralement et matériellement depuis ce jour-là ? Oui
=1 Non=2
- 7.7-Quelle est la note obtenue par la gestante
- 7.8- Quelle est sa qualité d'adoption

VIII- Pratique

- 8.1- Depuis combien de temps suivez-vous le traitement ARV?.....
- 8.2-Avez-vous arrêté le traitement ARV quelques fois ? Oui = 1 Non = 2
- 8.3- Si oui combien de fois? 1 fois = 1 2 fois =2 3 fois =3 Plus de 3 fois =4
- 8.4- Quelle est la date du 1er arrêt ?.....
- 8.5-Quelle est la date du 2è arrêt ?.....
- 8.6-Quelle est la date du 3è arrêt ?.....
- 8.7-Quelle est la date du dernier arrêt ?.....
- 8.8-Quelle est la durée du 1^{er} arrêt ?.....
- 8.9- Quelle est la durée du 2è arrêt ?.....
- 8.10-Quelle est la durée du 3è arrêt ?.....
- 8.11-Quelle est la durée du dernier arrêt ?.....
- 8.12- Quels sont les médicaments que vous prenez actuellement ?.....
- 8.13- Combien de comprimés prenez-vous par jour?
- 8.14- Comment trouvez-vous le nombre de comprimés que vous prenez par jour ?
Excessif =1 Acceptable =2 Ne sais pas = 3
- 8.15- Ressentez-vous des manifestations gênantes après la prise des médicaments? Oui =1 Non =2
- 8.16- Si oui lesquels ? Vomissements = 1 Diarrhées = 2 Vertiges =3 Céphalées = 4 Fatigue = 5
Douleurs musculaires = 6 Sécheresse de la bouche = 7 Autres, précisez =8
- 8.17- Au fur et à mesure que vous poursuiviez le traitement, ces manifestations gênantes
Diminuent = 1 Augmentent = 2 Ne changent pas = 3 Disparaissent = 4
- 8.18- Depuis que vous êtes sous traitement il vous est déjà arrivé de sauter des prises ?
Oui =1 Non =2

8.19. Pourquoi ? oubli =1 Nombre de comprimés à avaler par jour est élevé = 2 Dépression =3 Effets secondaires = 4 Rupture de stock = 5 peur du qu'en dira-t-on = 6 Difficultés financières pour se rendre au centre = 7 Problèmes à respecter les horaires de prises =8 Autres, précisez = 9

8.20- Depuis que vous prenez ce traitement, il vous est déjà arrivé de l'interrompre plus d'une journée
Oui = 1 Non =2

8.21- Est-ce que vous mangez bien ? Très souvent=1 Souvent=2 Rarement=3 Jamais=4

8.22 Si non pourquoi

8.23-Quelle est la note obtenue par la gestante

8.24- Quelle est sa qualité de pratique

Merci pour votre collaboration

NB :

Très bien (1): ≥ 16

Bien : (2) 12- 15,99

Passable : (3) 11,99-10

Médiocre : (4) 9,99- 5

TABLE DES MATIERES

DEDICACES	2
REMERCIEMENTS	3
GLOSSAIRE.....	4
SIGLES ET ACCRONYMES.....	6
LISTE DES TABLEAUX	7
LISTE DES FIGURES.....	8
LISTE DES SCHEMAS.....	8
RESUME.....	9
INTRODUCTION.....	10
SUJET DE RECHERCHE	11
PERTINENCE DE LA RECHERCHE.....	11
Hypothèses	12
OBJECTIFS	12
CHAPITRE1: GENERALITES SUR LE VIH ET LA TME	
1-GENERALITE SUR LE VIH	14
1.1-DEFINITION	14
1.2- L'AGENT PATHOGENE	14
1.3- Historique de la maladie	14
1.4.-MODE DE TRANSMISSION	15
TRANSMISSION SANGUINE	15
Transmission materno fœtale	15
1.5- LA TRANSMISSION MERE ENFANT DU VIH	16
1.6-TRANSMISSION VIRALE ET ETAPES DE LA GROSSESSE	16
1.7- Prévention de la transmission mère enfant	17
1.8- L'observance	18
1.8.1- DEFINITION	18

CHAPITRE 2: CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

2.1-Schéma du cadre conceptuel général	19
2.1.2- EXPLICATION DU CADRE CONCEPTUEL	20
2.2- CADRE THEORIQUE	20
2.2.1- Le Modèle des croyances relatives à la santé (Heath Belief Model).....	20
2.2.2- LA THEORIE SOCIALE COGNITIVE (TSC)	20
2.2.3- LA THEORIE DE L'ACTION RAISONNEE	20
2.2.4- LE MODELE D'INNOVATION DECISION	23
2.3- Explication du cadre conceptuel	28

CHAPITRE3: CADRE ET METHODE D'ETUDE

3- CADRE D'ETUDE	30
3.1- Aperçu sur la République du Bénin	31
3.1.1- SITES DE L'ETUDE	31
3.1.1.1-LE MILIEU URBAIN : LA VILLE DE COTONOU	31
3-1-1-2-Le milieu semi urbain : la commune d'Abomey Calavi et de Ouidah	32
3-1-1-3: LE MILIEU RURAL : LA COMMUNE DE KLOUEKANME	32
3.2- METHODE D'ETUDE	33
3.2.1- Type d'étude	33
3.2.2- LA POPULATION D'ETUDE	33
3.2.3- ECHANTILLONNAGE	33
3.2.3.1- TAILLE DE L'ECHANTILLON	33
3.2.3.2- TECHNIQUE D'ECHANTILLONNAGE	33
3.2.4. Les techniques et outils d'enquête	34
3.2.4.1. LES TECHNIQUES DE COLLECTE DE DONNEES	34
3.2.4.2. LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES	34
3.2.5. Les variables	35
3.2.5.1. LES VARIABLES DEPENDANTES	35
3.2.5.2. LES VARIABLES INDEPENDANTES	35

3.2.5.2.1- LES VARIABLES SOCIALES, DEMOGRAPHIQUES, CULTURELLES ET ECONOMIQUES	35
3.2.5.2.2- Les variables spécifiques (cognitives, affectives et motrices	35
3.2.6. Période d'étude	36
3.2.7. DEROULEMENT DE L'ENQUETE	36
3.2.8. Analyse des données	36
3.2.9- CONSIDERATIONS ETHIQUES	37
3.3- DIFFICULTES RENCONTREES	37
3.4.-Forces et faiblesses	37
3.4.1- FORCES	37
3.4.2- FAIBLESSES	37
CHAPITRE4 : RESULTATS ET ANALYSE	
4.1- ETUDES DESCRIPTIVES	38
4.1.1-CARACTERISTIQUES GENERALES DES GESTANTES SEROPOSITIVES	38
4.2- Caractéristiques spécifiques des gestantes séropositives	40
4.2.1- QUALITE DE CONNAISSANCE DU SIDA ET DES ARV CHEZ LES GESTANTES SEROPOSITIVES DANS LES TROIS MILIEUX	40
4.2.2- QUALITE DE PERSUASION DES GESTANTES SEROPOSITIVES DE L'EFFICACITE DES ARV DANS LES TROIS MILIEUX	40
4.2.3-Qualité de décision des gestantes séropositives de pratiquer l'observance thérapeutique antirétrovirale dans les trois milieux	41
4.2.4-QUALITE D'ADOPTION DES PRESCRIPTIONS ANTIRETROVIRALES CHEZ LES GESTANTES SEROPOSITIVES DANS LES TROIS MILIEUX	41
4.2.5-QUALITE DE PRATIQUES D'UTILISATION DES PRESCRIPTIONS ANTIRETROVIRALES CHEZ LES GESTANTES SEROPOSITIVES DANS LES TROIS MILIEUX	42
4.3- Etude analytique	42
4.3.1- Influence des caractéristiques générales des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques dans les trois milieux	42
4.3.1- INFLUENCE DE L'ETHNIE DES GESTANTES SEROPOSITIVES SUR LA QUALITE DE LEURS PRATIQUES	42
4.3.2- Influence de la religion des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques ..	43

4.3.3- INFLUENCE DE LA TRANCHE D'AGE DES GESTANTES SEROPOSITIVES SUR LA QUALITE DE LEURS PRATIQUES	44
4.3.4- INFLUENCE DE LA SITUATION MATRIMONIALE DES GESTANTES SEROPOSITIVES SUR LA QUALITE DE LEURS PRATIQUES	44
4.3.5- Influence du niveau d'instruction des gestantes séropositives sur la qualité de leurs pratiques	45
4.3.6- INFLUENCE DU NIVEAU DE REVENU MENSUEL DES GESTANTES SEROPOSITIVES SUR LA QUALITE DE LEURS PRATIQUES	46
4.4- INFLUENCE DE LA QUALITE DES CARACTERISTIQUES SPECIFIQUES DES GESTANTES SEROPOSITIVES SOUS ARV DE CHAQUE MARCHE DU MODELE EN ESCALIER DE ROGERS ET SCHOEMAKER SUR LA MARCHE IMMEDIATEMENT SUPERIEURE DE CE MODELE DANS LES TROIS MILIEUX	46
4.4.1- Influence de la qualité de connaissance sur le sida et les ARV des gestantes séropositives sous ARV sur leur qualité de persuasion de l'efficacité des ARV sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER	47
4.4.2- INFLUENCE DE LA QUALITE DE PERSUASION DES GESTANTES SEROPOSITIVES DE L'EFFICACITE DES ARV SUR LEUR QUALITE DE DECISION D'UTILISATION DES ARV	48
4.4.3- INFLUENCE DE LA QUALITE DE DECISION D'UTILISATION DES ARV AVEC RESPECT SUR LA QUALITE D'ADOPTION D'UTILISATION DES ARV AVEC RESPECT SUR LE MODELE EN ESCALIER DE ROGERS ET SCHOEMAKER	49
4.4.4- Influence de la qualité d'adoption d'utilisation des ARV sur la qualité des pratiques des prescriptions antirétrovirales sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER	50

CHAPITRE 5 : DISCUSSION

5.1- CARACTERISTIQUES GENERALES ET SPECIFIQUES DES GESTANTES SEROPOSITIVES SOUS ARV DES TROIS MILIEUX D'ETUDE	52
5.1.1- Caractéristiques générales des gestantes séropositives sous ARV des trois milieux d'étude	52
5.1.1.1- DE L'ETHNIE	52
5.1.1.1- DE LA RELIGION	52
5.1.1.3- De l'âge	52

5.1.1.4 De la situation matrimoniale	53
5.1.1.5- DU NIVEAU D'INSTRUCTION	53
5.1.1.6- Du revenu mensuel	53
5.2- QUALITE DES GESTANTES SEROPOSITIVES SUR LES MARCHES DE L'ESCALIER DU MODELE DE ROGERS ET SCHOEMAKER DANS LES TROIS MILIEUX ETUDIES	53
5.2.1-QUALITE DE LA CONNAISSANCE DES GESTANTES SEROPOSITIVES	53
5.2.2- Qualité de persuasion des gestantes séropositives de l'efficacité des ARV dans les trois milieux	54
5.2.3- QUALITE DE DECISION DES GESTANTES SEROPOSITIVES D'UTILISER LES ARV DANS LES TROIS MILIEUX	54
5.2.4-QUALITE D'ADOPTION D'UTILISATION DES ARV DANS LES TROIS MILIEUX	55
5.2.5-Qualité de pratiques d'utilisation des ARV dans les trois milieux	55
5.3 - INFLUENCE DES CARACTERISTIQUES GENERALES DES GESTANTES SEROPOSITIVES SOUS ARV SUR LA QUALITE DE LEURS PRATIQUES	55
5.3.1 - INFLUENCE DE LA QUALITE DES GESTANTES SEROPOSITIVES SOUS ARV SUR CHAQUE MARCHE DU MODELE EN ESCALIER DE ROGERS ET SCHOEMAKER SUR LA MARCHE IMMEDIATEMENT SUPERIEURE DE CE MODELE DANS LES TROIS MILIEUX	55
5.3.1.1- Influence de la qualité de connaissance des gestantes séropositives sous ARV sur le sida et les ARV sur leur qualité de persuasion de l'efficacité des ARV sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER	55
5.3.1.2- INFLUENCE DE LA QUALITE DE PERSUASION DES GESTANTES SEROPOSITIVES DE L'EFFICACITE DES ARV SUR LEUR QUALITE DE DECISION D'UTILISATION DES ARV	56
5.3.1.3- INFLUENCE DE LA QUALITE DE DECISION D'UTILISATION DES ARV SUR LA QUALITE D'ADOPTION D'UTILISATION DES ARV SUR LE MODELE EN ESCALIER DE ROGERS ET SCHOEMAKER DANS LES TROIS MILIEUX	57
5.3.1.4- Influence de la qualité d'adoption d'utilisation des ARV sur la qualité des pratiques des prescriptions antirétrovirales sur le modèle en escalier de ROGERS et SCHOEMAKER dans les trois milieux	57
SUGGESTIONS	59

CONCLUSION	62
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	65