



UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI  
(UAC)

\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*



FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES  
(FLASH)

\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*\_\*

DEPARTEMENT DES SCIENCES DU LANGAGE ET DE LA  
COMMUNICATION (DSLCL)

## MEMOIRE DE MAITRISE

OPTION : INFORMATION ET COMMUNICATION

Thème :

« CONTRIBUTION AUX ACTIONS DE  
COMMUNICATION EN FAVEUR DE LA PREVENTION  
DE LA TRANSMISSION MERE - ENFANT DU VIH/SIDA  
A COTONOU »

Présenté par :

Ghislaine S. ADASSAN

Sous la direction du :

Dr. Antoine DADELE,

Enseignant des sciences de la communication

Et la supervision du :

Pr. Toussaint Yaovi TCHITCHI,

Professeur titulaire de Linguistique et Langues

JUIN 2012

## SOMMAIRE

Sommaire.....	i
Dédicace.....	ii
Remerciements.....	iii
Sigles et Acronymes.....	v
Glossaire.....	vii
Liste des tableaux.....	xii
Résumés.....	xiv
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PROBLEMATIQUE.....</b>	<b>3</b>
<b>CHAP I : APPROCHE GEOGRAPHIQUE ET METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>8</b>
<b>CHAP II : REVUE DE LITTERATURE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....</b>	<b>20</b>
<b>CHAP III : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE....</b>	<b>42</b>
<b>CHAP IV : ANALYSES DES RESULTATS DE L'ETUDE.....</b>	<b>58</b>
SUGGESTIONS.....	71
CONCLUSION.....	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	76
ANNEXE.....	80
TABLE DES MATIERES.....	89

## **DEDICACE**

A mon père Charles ADASSAN et ma mère Pascaline HOUNTONDI  
pour leur amour et la confiance placée en moi.

## REMERCIEMENTS

- A mon Dieu, le père tout puissant pour sa miséricorde et son amour insondables et à la vierge Marie pour sa maternelle main dans ma vie ;
- A mes maîtres de mémoire, le docteur Antoine D. DADELE, enseignant des sciences de la communication et le professeur Toussaint Yaovi TCHITCHI, professeur titulaire des universités du CAMES, enseignant à l'université d'Abomey-Calavi pour leur disponibilité, leur humilité, leur méthode de travail et leurs orientations. Je voudrais dire un merci particulier au professeur Toussaint Yaovi TCHITCHI pour avoir été pour moi non seulement un professeur, mais aussi un père. Infiniment merci pour tout , professeur ;
- Au vice - doyen de la FLASH, le professeur Flavien GBETO ;
- A tous les enseignants du DSLC pour la formation, le savoir-faire et le savoir être qu'ils m'ont donnés ;
- Au professeur Albert THUDEUSH pour le soutien et les orientations ;
- A mon bien-aimé Carlos AKPAKA et à notre petit garçon Béni-Christ ;
- A M<sup>me</sup> Marie-Constance MELOME ;
- Au Directeur du Centre national hospitalier universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) ;
- Au chef-service de la Clinique universitaire de gynécologie obstétricale (CUGO) et tout son personnel ;
- A M<sup>me</sup> ASSOGBA ;
- A M. Ghyslain GUEDEGBE, chef-service etude ACTwatch à abms/PSI;
- A tout le personnel du CDI du HCR ;
- A tout le personnel du CENALA ;
- A la secrétaire du DSLC, Mme \*\*\*\*\* ;
- A M<sup>me</sup> Raliathou BADA ;

- A mes frères et sœurs Boris, Christelle, Loïc et Charline pour leur soutien ;
- A mes amis et camarades de classe et d'amphis pour m'avoir appris à mieux appréhender la vie en communauté.

## SIGLES ET ACRONYMES

<b>Abms /PSI</b>	: Association Béninoise pour le Marketing Social / Population Service International
<b>AIDS</b>	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
<b>ARV</b>	: Antirétroviraux
<b>CAMES</b>	: Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention
<b>CDI</b>	: Centre de Documentation et d'Information
<b>CENALA</b>	: Centre National de Linguistique Appliquée
<b>CHD</b>	: Centre Hospitalier Départemental
<b>CNHU H.K.M</b>	: Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA
<b>CNLS</b>	: Comité National de Lutte contre le Sida
<b>CPN<sub>1</sub></b>	: Consultation Pré - Natale
<b>CPN<sub>2</sub></b>	: Consultation Post - Natale
<b>CUGO</b>	: Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétricale
<b>DSLCL</b>	: Département des Sciences du Langage et de la Communication
<b>EDSB</b>	: Enquête Démographique et de Santé Bénin
<b>FLASH</b>	: Faculté des Lettres, Arts et Sciences humaines
<b>GRID</b>	: Gay-Related Immunodeficiency Disease
<b>HCR</b>	: Haut Commissariat aux Réfugiés
<b>HOMEL</b>	: Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
<b>IEC</b>	: Information Education Communication
<b>IGN</b>	: Institut Géographique National
<b>INSAE</b>	: Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique
<b>OEV</b>	: Orphelin et Enfant Vulnérable
<b>OMS</b>	: Organisation Mondiale de la Santé

<b>ONG</b>	: Organisation Non Gouvernementale
<b>ONU</b>	: Organisation des Nations - Unies
<b>ONUSIDA</b>	: Organisation des Nations - Unies pour la lutte contre le SIDA
<b>PNLS</b>	: Programme National de Lutte contre le Sida
<b>PTME</b>	: Prévention de la Transmission Mère - Enfant du VIH/SIDA
<b>PVVIH</b>	: Personne Vivant avec le VIH
<b>RGPH</b>	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
<b>SIDA</b>	: Syndrome d'Immuno - Déficience Acquise
<b>TARV</b>	: Traitement Antirétroviral
<b>TME</b>	: Transmission Mère - Enfant du VIH/SIDA
<b>UAC</b>	: Université d'Abomey - Calavi
<b>UNICEF</b>	: Fonds des Nations - Unies pour l'Enfance
<b>VIH</b>	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>VIS</b>	: Virus de l'Immunodéficience Simien
<b>ZS-PAK</b>	: Zone Sanitaire Pobè, Adja - Ouèrè, Kétou

## GLOSSAIRE

➤ **Antirétroviraux (ARV) :**

Ce sont des molécules qui luttent contre l'évolution des virus comme le VIH. Concernant le VIH/SIDA, les antirétroviraux ne font que ralentir la réplication du virus dans le sang. Il existe trois sortes de médicaments antirétroviraux :

- Les inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse ou INRT : [Zidovudine (AZT), didanosine (ddL), Stavudine (D4T), Lamvudine (3Tc), abacavir. (ABV)]
- Les inhibiteurs non –nucléosidiques de la transcriptase inverse ou INNRT : [éfavirenz (EFV) ; Névirapine (NVP)]
- Les inhibiteurs de la protéase ou IP : [Saquinavir, ritonavir, indinavir, nelfinavir, Lopinavir]

Chaque type attaque le VIH d'une manière différente<sup>1</sup>.

➤ **Contribution :**

Aide que chacun apporte à une œuvre commune, concours (Le petit Larousse 2009).

Dans le cadre de notre étude, il s'agit des différentes propositions que nous ferons pour renforcer les stratégies de communication en faveur de la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

➤ **Epidémie :**

Selon le Robert de poche 2013 c'est l'apparition et la propagation d'une maladie infectieuse contagieuse qui frappe un grand nombre de personnes.

➤ **Facteurs psychosociaux :**

C'est l'ensemble des facteurs qui déterminent le comportement d'un individu avec et dans son écosystème (Gaston Gaudin). Dans le cadre de notre travail, il s'agit entre autres de la peur de dévoiler son statut sérologique, la peur de la discrimination et de la stigmatisation.

➤ **Facteurs sociodémographiques :**

C'est l'ensemble des éléments qui permettent de décrire les caractéristiques générales d'une population donnée<sup>2</sup>. Il s'agit dans le cadre de notre étude des caractéristiques comme le sexe, l'âge, l'ethnie, la religion, etc...

---

<sup>1</sup> ONUSIDA, 2003, Guide sur l'accès aux traitements liés au VIH/SIDA ; p.77

<sup>2</sup> BOHISSOU F. S. R, 2007, Déterminants psychosociaux liés au dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les adolescents d'Abomey. Mémoire. p.6

➤ **Intra-partum** :

Au cours de l'accouchement.

➤ **Mortalité** :

Selon le Robert de poche 2013 la mortalité est le fait de mourir.

➤ **Néonatal** :

C'est la période des 4 premières semaines après la naissance.

➤ **Pandémie**

Epidémie qui atteint un grand nombre de personne dans une zone très étendue .Une épidémie de choléra par exemple.

➤ **Pan troglodytes** :

Ce sont des chimpanzés qui habitent les forêts tropicales de l'Afrique centrale<sup>3</sup>.

➤ **Post-partum** :

Après l'accouchement.

➤ **Prévalence** :

Nombre de personnes infectées dans une population à un moment donné indépendamment du moment où l'infection a lieu<sup>4</sup>.

➤ **Prévention** :

C'est l'ensemble des mesures prises pour éviter un mal, un risque (Le petit Larousse, 2009). Dans le cadre d'une maladie, on distingue 3 types de prévention :

- la prévention primaire qui consiste à éviter la contraction de la maladie ;
- la prévention secondaire qui consiste à éviter que la maladie s'aggrave ;
- la prévention tertiaire qui consiste à limiter les séquelles de la maladie<sup>5</sup>.

Dans le cadre de notre étude, il s'agit des différentes mesures prises ou mises en œuvre pour éviter la transmission verticale de l'enfant né d'une mère dépistée séropositive.

➤ **Prophylaxie** :

Ce sont des moyens tels que les médicaments destinés à prévenir une infection ou une maladie. Dans le cas du VIH/SIDA, on parle de prophylaxie antirétrovirale<sup>6</sup>.

➤ **Protocole PTME** :

Ensemble de règles à respecter pour réduire la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant<sup>7</sup>.

---

<sup>3</sup> BOHISSOU F. S. R, 2007, Déterminants psychosociaux liés au dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les adolescents d'Abomey. Mémoire. p.6

<sup>4</sup> JAKSON H., 2004, SIDA AFRIQUE, continent en crise.

<sup>5</sup> BOHISSOU F. S. R, 2007, Déterminants psychosociaux liés au dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les adolescents d'Abomey. Mémoire. p.5

<sup>6</sup> JAKSON H., 2004, SIDA AFRIQUE, continent en crise.

➤ **PTME** :

L'acronyme PTME signifie prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

Cette stratégie comprend un ensemble de services qui proposent le dépistage du VIH et la prise en charge en cas de séropositivité. Cette prise en charge consiste à assurer une prophylaxie à base d'antirétroviraux (ARV) pour les futures mamans pendant la grossesse et l'accouchement, pour les nouveaux nés une surveillance le temps que soit connu leurs statuts sérologiques et une alimentation sans risque. Elle s'articule autour de 4 axes stratégiques que sont :

- la prévention primaire de l'infection chez les jeunes et les femmes en âge de procréer ;
- la prévention des grossesses non planifiées chez les femmes vivant avec le VIH ;
- la prévention de la transmission au cours de la grossesse et de l'accouchement ;
- les traitements, soins et soutien aux femmes vivant avec le VIH et à leur famille<sup>8</sup>.

➤ **Service PTME** :

Ensemble de soins et pratiques exercés dans un site de PTME pour assurer la prévention de la transmission mère – enfant du VIH/SIDA<sup>9</sup>.

➤ **SIDA** :

Le SIDA est le syndrome d'immunodéficience acquise, qui signifie que le corps perd sa capacité de lutter contre les infections parce que le système immunitaire est affaibli par le VIH<sup>10</sup>.

Le SIDA est l'étape de l'infection au VIH où les troubles sont très importantes (infections graves, cancers, attaque des centres nerveux, amaigrissement). En absence de traitement, le SIDA apparaît au bout de 10 ans dans 50% des cas<sup>11</sup>.

➤ **Site PTME** :

Cadre physique, ou structure de soin, formation sanitaire au sein de laquelle les services PTME sont dispensés<sup>12</sup>.

➤ **Stratégie de communication** :

C'est un ensemble d'actions menées habilement pour communiquer un message (Le petit Larousse 2009). Dans le cadre de notre étude, il s'agit des différentes actions menées dans le but de faire connaître à la population cible l'existence de la PTME, les

---

<sup>7</sup> HOUANGNI C. A., 2008, Evaluation de la mise en œuvre de la triprophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH dans la zone PIVA. Rapport. p.14

<sup>8</sup> PNLS, 2010, Normes et procédures pour la prévention de la transmission mère – enfant du VIH, 2<sup>ème</sup> édition.

<sup>9</sup> HOUANGNI C. A., 2008, Evaluation de la mise en œuvre de la triprophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH dans la zone PIVA. Rapport. p.14

<sup>10</sup> JAKSON H., 2004, SIDA AFRIQUE, continent en crise.

<sup>11</sup> SIMON F., 2001, «Le point sur l'origine du VIH et sa diffusion dans l'espèce humaine»

<sup>12</sup> HOUANGNI C. A., 2008, Evaluation de la mise en œuvre de la triprophylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH dans la zone PIVA. Rapport. p.14

changements de comportement qu'elle prône, ses avantages, les centres qui peuvent offrir ces services afin qu'elle soit capable de faire un choix éclairé en son temps.

➤ **Test de dépistage :**

Il s'agit d'un test de laboratoire qui permet de connaître le statut sérologique de quelqu'un. Le test de dépistage du VIH/SIDA révèle si un individu est porteur du VIH (séropositif) ou non (séronégatif)<sup>13</sup>.

➤ **Trithérapie :**

L'utilisation à visée curative de 3 molécules d'ARV<sup>14</sup>.

Dans le cadre de la PTME, il s'agit de l'association de la zidovudine (AZT), de la lamivudine (3Tc) et de la Névirapine (NVP) ou de l'association de la stavudine (D4T), de la lamivudine (3Tc) et de la Névirapine (NVP)<sup>15</sup>.

➤ **Triprouphylaxie ARV :**

L'utilisation à visée préventive de 3 molécules d'ARV<sup>16</sup>.

➤ **VIH :**

C'est le virus responsable de l'immunodéficience humaine. L'agent vecteur du SIDA. On entend par virus un agent pathogène ultramicroscopique (invisible au microscope) ne pouvant croître que dans une cellule vivante. Deux conditions sont indispensables pour que le VIH soit transmis d'une personne à une autre :

- le virus doit être présent en quantité suffisante dans le sang du contamineur ;
- le virus doit pénétrer dans l'autre organisme, soit par contact avec une muqueuse, soit par un contact direct dans le sang (seringue, transfusion sanguine), soit lors des échanges sanguins entre la mère et l'enfant au cours de la grossesse et l'accouchement, soit par le lait maternel.

La présence du VIH ne peut être détectée qu'entre le onzième (11<sup>ème</sup>) et le soixantième (60<sup>ème</sup>) jour qui suivent son entrée dans le sang. Les médicaments existants actuellement, notamment les antirétroviraux (ARV) ne font que ralentir la répllication du virus dans le sang. Il n'existe encore aucun traitement curatif<sup>17</sup>.

---

<sup>13</sup> BOHISSOU F. S. R, 2007, Déterminants psychosociaux liés au dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les adolescents d'Abomey. Mémoire. p.5

<sup>14</sup> HOUANGNI C. A., 2008, Evaluation de la mise en œuvre de la triprouphylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH dans la zone PIVA. Rapport. p.14

<sup>15</sup> DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE, 2007, Guide pour la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH au Bénin.

<sup>16</sup> HOUANGNI C. A., 2008, Evaluation de la mise en œuvre de la triprouphylaxie antirétrovirale pour la prévention de la transmission du VIH dans la zone PIVA. Rapport. p.14

<sup>17</sup> SIMON F., 2001, « Le point sur l'origine du VIH et sa diffusion dans l'espèce humaine »

➤ **Zoonose** :

Maladie animale, microbienne ou parasitaire, qui se transmet de l'animal à l'homme et vice versa<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> BOHISSOU F. S. R, 2007, Déterminants psychosociaux liés au dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les adolescents d'Abomey. Mémoire. p.5

## LISTE DES TABLEAUX

Références	Titres	Pages
<b>Tableau N° 1</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction du sexe	43
<b>Tableau N° 2</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction du niveau d'instruction	43
<b>Tableau N° 3</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de la religion	44
<b>Tableau N° 4</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de la situation matrimoniale	44
<b>Tableau N° 5</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de l'ethnie	45
<b>Tableau N° 6</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de l'âge	45
<b>Tableau N° 7</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de leurs connaissances sur le VIH/SIDA	46
<b>Tableau N° 8</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de leurs connaissances sur le mode de transmission du VIH/SIDA	47
<b>Tableau N° 9</b>	: Répartition des enquêtés en fonction de leur pratique face au test de dépistage du VIH/SIDA	48
<b>Tableau N° 10</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de leurs connaissances sur la CPN	50
<b>Tableau N° 11</b>	: Répartition de la population enquêtée en fonction de leur connaissance sur la TME	52
<b>Tableau N° 12</b>	: Répartition des enquêtés en fonction de leurs connaissances sur la PTME	53

<b>Tableau N° 13</b>	: Répartition des enquêtés en fonction de leurs connaissances sur les avantages de la PTME	56
<b>Tableau N° 14</b>	: Répartition des enquêtés en fonction des canaux par lesquels ils ont été informés	57

## RESUME

L'enfant est une bénédiction, le bien le plus précieux d'un couple, d'une famille. D'ailleurs, un des adages ne dit-il pas que « c'est l'enfant qui est le bénéfice du commerce » ? Autrement dit, vivre dans ce monde sans avoir un enfant, quelle que soit la richesse où la notoriété reviendrait à vivre inutilement. C'est alors un devoir capital pour toute personne que la vie comble du bonheur d'avoir un enfant, de protéger cet enfant de tout ce qui ne lui est pas bénéfique. Il est donc capital que les parents protègent leur bébé du VIH/SIDA qui, selon l'ONUSIDA, a déjà multiplié par deux la mortalité infantile dans les pays les plus touchés. L'ONUSIDA affirme aussi que la TME est la source la plus importante d'infection à VIH chez l'enfant. Or selon l'UNICEF, près de la moitié des adultes qui vivent avec le VIH dans le monde sont des femmes. Nous pensons donc qu'il est important que les stratégies de communication en faveur de la PTME puissent outiller convenablement la population cible. Voilà pourquoi nous voulons essayer de réfléchir à comment renforcer ces stratégies de communication afin qu'elles puissent mieux donner à la population cible les informations dont elle a besoin pour faire des choix éclairés en matière de PTME.

## Sèsìnxwèna

Vì ́ fénú wé nyí, d̀k̀n èé d̀ tájí é wé nyí nú àsúkpó à̀ìkpán, nú hénnùd̀kpó. Xógbèmit̀nlédokpó t̀lé nó d̀ d̀ jí *vì wè nyí lè èé d̀ à̀jì é à̀yè*. Hún à̀h̀sú nyínyí kabí d̀k̀n èé nyínyí d̀ gbè mèfí, ma d̀ v̀d̀kpó v́v́ bló gbeme nì nó v̀ nú nyí wédéne. Hún v̀m̀t̀n hwénlén sín nù é vé kó nó hèn v̀l̀ sín gbè gbélé à̀k̀pàdè à̀k̀pàdémè nyí à̀tájíd̀kpó nú mè é gbè ná v̀jìfénú é bí. Nù d̀ m̀ hún é d̀ tájí b̀ v̀t̀ kpó v̀ǹkpán ná hwénlén v̀yét̀n sín sidáz̀nkwín sí. d̀ t̀m̀yovoglènsílét̀n èé nó wà à̀z̀ d̀ sidáz̀nkwín wú é dé xélé d̀ jí, d̀ t̀m̀ à̀z̀nkwín né j̀j̀n à̀nyí dé lé ò, nú v̀k̀pèvíd̀kpó wé nó kú d̀ yì ́, wè wè nó kú d̀n d̀ à̀z̀nkwín né wú. T̀m̀ né ká lé t̀d̀ jí d̀ jí gègèv̀lét̀n, najìnyèt̀nlé wú jèn yè nó s̀ à̀z̀nkwín né d̀. Yovoglènsínlé sín t̀m̀ èé nó kpé nukún v̀k̀pèvílé wú é l̀ m̀ ká d̀ xélé d̀ jí, nú é s̀ mèxó èé d̀ sidáz̀nkwín ́ d̀ gbèbímè ̀ d̀ té ò, d̀bla yì v̀l̀yèt̀n nyí nỳnùlé. Nu né we z̀n b̀ m̀ m̀ d̀ jí é d̀ t̀ jí nú t̀m̀ èé d̀ bo nó d̀ xó nú t̀v̀lé d̀ wàl̀ èé è d̀ ná z̀n b̀ ǹj̀n èé d̀ sidáz̀nkwín ́ lé ma ná s̀ à̀z̀nkwín né nú yeyev̀yèt̀nlé à̀ ná ná ǹnywé é yè d̀ ná d̀ lé bí yé. Ené wè z̀n b̀ m̀ jóló ná lén tàmè d̀ nù èé sín xú wà b̀ t̀m̀ né ná sín xú d̀ à̀l̀ t̀v̀t̀sì èé nù né kàn lé nú yè ná sín xú d̀ à̀f̀ èé jè xá é d̀ v̀l̀ hwénlén sín sidáz̀nkwín s̀ d̀ náyé yèt̀nlé wú líjí.

## INTRODUCTION

« La mortalité infantile est un indicateur sensible du développement d'un pays et un indice révélateur de ses priorités et de ses valeurs. Investir dans la santé des enfants et de leurs mères est non seulement un impératif en matière de droits de l'homme, mais aussi une décision économique avisée et l'un des moyens les plus sûrs pour un pays d'avancer vers un avenir meilleur »<sup>19</sup>. Dans ce sens les objectifs 4 et 5 du millénaire pour le développement (OMD) visent respectivement à réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de deux ans entre 1990 et 2015 et à réduire de trois quarts le taux de mortalité maternelle toujours entre 1990 et 2015.

« Cependant chaque jour environ 1500 femmes meurent de complications liées à la grossesse et l'accouchement<sup>20</sup> et plus de 2600 enfants de moins de 5 ans meurent dans le monde de causes qui, pour la plupart, auraient pu être prévenues »<sup>21</sup>. Au nombre de ces causes figurent le VIH/SIDA. En effet à la fin de l'année 2000 l'UNICEF estimait que 3,8 millions d'enfants étaient mort du SIDA avant leur quatorzième anniversaire depuis le début de la pandémie. En 2005, 530 000 enfants ont été infectés par le virus dans le monde. Dans la majorité des cas le virus a été transmis de la mère à son enfant.

Au Bénin, le PNLIS a estimé en 2007 à 974 le nombre d'enfants infectés par le VIH/SIDA, contaminés eux aussi à 90% par la voie materno fœtale. En effet la transmission mère - enfant est de loin la seule source d'infection à VIH chez les jeunes enfants. « Sans intervention préventive, la probabilité qu'une mère séropositive transmette le virus à son enfant est de 15% à 25% dans les

---

<sup>19</sup> UNICEF, 2007, *La situation des enfants dans le monde 2008, la survie de l'enfant*, p.1

<sup>20</sup> UNICEF, 2008, *La situation des enfants dans le monde 2009, la santé maternelle et néonatale*, p.2

<sup>21</sup> ONUSIDA 2003, *Conseil et test volontaire, une voie d'accès à la prévention et aux soins*, p.17

pays industrialisés et de 25% à 35% dans les pays en développement »<sup>22</sup>.

Face à cette situation les pays se sont dotés de politiques visant à prévenir la transmission mère – enfant du VIH/SIDA<sup>23</sup>. Le Bénin a fait pareil et la mise en œuvre de cette politique est effective depuis plusieurs années. Mais vu le caractère libre et volontaire du test de dépistage, du recours au traitement et par conséquent du recours à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA (PTME), nous réalisons que la communication est un outil indispensable dans la lutte pour la prévention de la transmission mère - enfant du VIH/SIDA.

Notre étude vise à identifier et analyser les moyens de communication en faveur de la PTME afin de les renforcer, voire de proposer de nouvelles stratégies pouvant contribuer à l'amélioration des performances desdites stratégies.

Pour y parvenir notre travail est subdivisé en quatre chapitres : le premier présente l'approche géographique et méthodologique de l'étude, le deuxième est relatif à la revue de littérature, aux cadres conceptuel et théorique, le troisième chapitre présente les résultats des recherches et enfin le quatrième chapitre a trait à l'analyse desdits résultats. Ensuite viennent les suggestions et la conclusion générale.

---

<sup>22</sup> PNL 2004, Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin, p.19

<sup>23</sup> ONUSIDA 2001, Récapitulatif des meilleures pratiques en Afrique n°2, p.107

## PROBLEMATIQUE

La grossesse et l'accouchement sont en général source de joie pour les parents et la famille. « Dans un environnement où les femmes sont respectées, la grossesse, la naissance et la maternité sont bien souvent l'occasion d'affirmer vigoureusement les droits et la condition sociale de la femme »<sup>24</sup>.

Ceci s'applique aussi aux communautés africaines en général et béninoises en particulier. En effet dans la communauté béninoise, l'enfant est un être précieux, la plus grande richesse d'un couple. L'enfant constitue souvent la clé de réussite du mariage. Emile KPADONOU (1997) affirme que « La stabilité de tout couple dépend intimement de la procréation ». « L'enfant apporte à toute famille joie et bonheur »<sup>25</sup>.

Cependant « chaque année, plus d'un demi million de femmes meurent de causes liées à la grossesse et à l'accouchement et près de quatre millions de nouveaux nés meurent dans les 28 jours qui suivent leurs naissances. Des millions d'autres femmes ou d'enfants souffriront de divers handicaps, maladies, infections et traumatismes »<sup>26</sup>.

Des études ont démontré que même si la plupart des décès maternels sont liés à des complications obstétricales, hémorragie post-partum, infection éclampsie ou travail prolongé ou aux complications d'un avortement, beaucoup de facteurs qui contribuent au risque de mortalité chez la mère et l'enfant ne sont pas propres à la grossesse. Au nombre de ces causes indirectes figurent le VIH et le SIDA.

En effet l'interaction entre VIH et grossesse peut se manifester de diverses manières. « Le virus peut aggraver le risque de complications obstétricales comme l'hémorragie, les infections ou les complications suite à une césarienne.

---

<sup>24</sup> UNICEF, 2007, La situation des enfants dans le monde 2008, la survie de l'enfant, p. 2

<sup>25</sup> ADOUKONOU Y. V. R., 2007, Contribution aux stratégies de communication pour l'éradication de l'infanticide rituel en milieu baatonu de Borì Commune de N'Dali, p. 10

<sup>26</sup> UNICEF, 2008, La situation des enfants dans le monde 2009, la santé maternelle et néonatale, p. 2

Aussi, la grossesse peut-elle aggraver le risque de maladies liées au VIH comme l'anémie ou la tuberculose, voire accélérer la progression du VIH. D'ailleurs dans les pays où la prévalence du VIH est élevée (que sont pour la plupart les pays en développement) l'épidémie a anéanti les progrès accomplis dans le domaine de la mortalité maternelle »<sup>27</sup>.

Sur les enfants, les effets du VIH/SIDA ne sont pas moins dévastateurs. « Dans le monde près de 600.000 nourrissons sont infectés chaque année par transmission materno-fœtale. Et la moitié de ces enfants infectés par le VIH mourra avant l'âge de deux ans »<sup>28</sup>. « La transmission du VIH de la mère à l'enfant, possible au cours de la grossesse, de l'accouchement, de la délivrance et après la naissance pendant l'allaitement au sein, représente une cause majeure de morbidité et de mortalité chez le jeune enfant, en particulier dans les pays en développement où la prévalence de l'infection au VIH est élevée »<sup>29</sup>. En effet, l'ONUSIDA estime que sans intervention préventive, la probabilité qu'une mère séropositive transmette le virus à son enfant est de 15% à 25% dans les pays industrialisés et de 25% à 35% dans les pays en développement. Or « près de la moitié de tous les adultes qui vivent avec le VIH sont des femmes »<sup>30</sup>. « Rien qu'en Afrique subsaharienne, sur les 23 millions d'adultes de 15 à 49 ans contaminés, 13,1 millions soit 57% sont des femmes »<sup>31</sup>.

Le Bénin aussi est dans la même situation. « Le taux de prévalence du VIH est plus élevé pour les femmes (1,5) que pour la moyenne nationale (1,2%). Il atteint même les 2% chez les femmes enceintes »<sup>32</sup>. Mais cette prévalence présente beaucoup de disparités selon qu'on se trouve en zone urbaine ou rurale et surtout selon les groupes de population. « En milieu urbain le taux de séroprévalence chez les femmes est environ deux fois plus élevé qu'en milieu

---

<sup>27</sup> UNICEF, 2008, La situation des enfants dans le monde 2009, la santé maternelle et néonatale, p. 12

<sup>28</sup> UNICEF, Un monde digne des enfants, p52

<sup>29</sup> UNICEF, 2007, La situation des enfants dans le monde 2008, la survie de l'enfant, p. 13

<sup>30</sup> Durban, Le journal du SIDA et de la démocratie sanitaire N°129/130, transcriptase n°8, Automne 2000 p.7

<sup>31</sup> UNICEF, 2007, La situation des enfants dans le monde 2008, la survie de l'enfant, p.42

<sup>32</sup> OMS, 1997, « Femmes et SIDA » in note d'information femmes et santé N°8

rural (2,2% contre 1%). En particulier, c'est à Cotonou que la prévalence du VIH chez les femmes est la plus élevée (2,8% contre 2,0% dans les autres villes)<sup>33</sup>. La tranche d'âge la plus touchée est celle de la population en âge de procréer (15-49 ans) qui totalise 80% des cas »<sup>34</sup>. Du coup, la transmission verticale, c'est-à-dire la transmission mère - enfant du VIH / Sida constitue le deuxième (2<sup>ème</sup>) mode de contamination dans notre pays. Le PNLS estime qu'en 2007, 974 enfants ont été contaminés par le VIH/SIDA à 90% par la voie materno-fœtale. Il a estimé le nombre de femmes enceintes et séropositives à 6294 en 2010 sur en moyenne 342 612 grossesses attendues par an. Le CNLS projette que le nombre annuel de nouveaux cas de sida chez les enfants âgés de moins de 15 ans pourrait dépasser les 1300 si des efforts supplémentaires ne sont pas faits pour maîtriser l'épidémie.

La lutte contre le VIH/SIDA notamment la lutte pour la réduction de la transmission mère- enfant du VIH/SIDA est donc importante pour la survie de la mère et surtout de l'enfant. Certes, des interventions destinées à prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et les nouveaux antirétroviraux offrent dans l'immédiat la possibilité de sauver la vie d'enfants et de femmes, d'atténuer les effets du VIH sur les familles et les communautés et de renforcer les services de santé maternelle et infantile. Aussi des partenariats tels que le partenariat pour la santé des mères, des nouveaux nés et des enfants (PMNCH) ont-ils été lancés pour faire reculer la morbidité et la mortalité. L'ONUSIDA en collaboration étroite avec le fonds des nations unies pour l'enfance (UNICEF) et l'organisation mondiale de la santé (OMS), œuvre pour coordonner et appuyer des efforts visant à accélérer le renforcement des capacités et le développement technique dans le but de renforcer la mise en œuvre des interventions appelées à réduire la transmission mère - enfant.

---

<sup>33</sup> INSAE, 2007, Enquête démographique et de santé (EDSB III) Bénin 2006, p. XXVIII

<sup>34</sup>PNLS, 2004, Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin p.19

Sur le plan national, la PTME est opérationnelle au Bénin dans plusieurs maternités ou sites du pays depuis 2000. Un cadre institutionnel et réglementaire relatif aux interventions PTME a été mis en place en juin 2003. En décembre 2005, 114 sites ont été rendus fonctionnels dans plusieurs zones sanitaires au plan national. Et il est prévu une extension du programme à d'autres structures sanitaires du pays. La nécessité de stratégies comme l'éducation sexuelle précoce commençant avant la puberté ainsi que des activités de communication pour le changement de comportement dirigé vers les groupes sexuellement vulnérables (jeunes et femmes en âge de procréer) et le grand public ont été pris en compte.

Cependant, selon le PNLIS la proportion de femmes enceintes qui ont accédé aux services PTME en 2007 reste faible (40,48) malgré le renforcement de l'accessibilité géographique. Il estime également que seulement 6% des femmes séropositives bénéficient d'une prophylaxie antirétrovirale.

Nous nous posons alors les questions suivantes :

“ Quelles sont les stratégies de communication mises en œuvre pour la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant au Bénin en particulier à Cotonou où le taux de prévalence à VIH chez les femmes est le plus élevé ?”

“ Ces stratégies de communication permettent-elles d'atteindre les objectifs visés ?”

“ Quelles autres politiques pourrait-on adopter pour renforcer ces stratégies de communication ?”

### **Hypothèses de l'étude**

1°) Les stratégies de communication en faveur de la PTME n'atteignent pas pleinement leurs objectifs.

2°) Les facteurs psychosociaux de la population cible constituent un facteur défavorable à l'efficacité des stratégies de communication en faveur de la PTME.

## **OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **Objectif général**

Contribuer à l'élaboration de stratégies novatrices intégrées en faveur de la PTME à Cotonou.

### **Objectifs spécifiques**

1°) Identifier les raisons (facteurs et déterminants) de non atteinte des stratégies de communication en faveur de la PTME é à Cotonou.

2°) Dégager les grandes axes stratégiques intégrées en faveur de la PTME.

## **CHAPITRE I : APPROCHE GEOGRAPHIQUE ET METHODOLOGIQUE**

Ce chapitre présente le contexte environnemental de notre étude et les procédures mises en œuvre pour sa réalisation.

### **1.1. APPROCHE GEOGRAPHIQUE**

Notre étude s'est déroulée dans le département du Littoral en République du Bénin.

#### **1.1.1. Bref aperçu de la République du Bénin**

La République du Bénin est un pays situé entièrement dans la zone inter tropicale entre l'Equateur et le Tropique du cancer. Elle fait partie de l'Afrique de l'Ouest. De forme allongée en latitude, le Bénin couvre une superficie de 114 763 kilomètres carrés, délimités au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Ouest par le Togo, au Nord par le Burkina Faso et le Niger et à l'Est par le Nigéria. Le relief du Bénin ne présente pas de grandes dénivellations. L'altitude moyenne est de 200 mètres. Seule la chaîne de l'Atacora de dimensions modestes dans les Nord-Ouest du pays est accidentée avec une altitude qui varie entre 400 et 700 mètres.

Sur le plan administratif, le Bénin compte 12 départements depuis le 15 Janvier 1999 conformément à la loi n° 97-028 portant organisation de la République du Bénin. Ce sont : l'Alibori, l'Atacora, l'Atlantique, le Borgou, les Collines, le Couffo, la Donga, le Littoral, le Mono, l'Ouémé, le plateau et le Zou. Ces départements sont divisés en 77 communes dont trois à statut particulier que sont : Porto-Novo, Cotonou et Parakou. Les 77 communes sont à leur tour subdivisées en 546 arrondissements comportant 3 743 villages et quartiers de ville.

Sur le plan démographique, le troisième recensement général de la population et de l'habitation (RGPH<sub>3</sub>) de février 2002 a dénombré 6 967 914 habitants dont 51,5 % de sexe féminin (les femmes en âge de procréer 15-49 ans constituent 45,9% de la population féminine totale), 3,5% d'enfants de moins d'un an, 17,4% d'enfants de moins de 5 ans et 46,8% de moins de 15 ans. On retrouve au sein de cette population environ une cinquantaine d'ethnies dont les Fon (39,2%), les Aja (15,2%), les Yoruba (12,3%) et les Batombu ou Bariba (9,2%) qui constituent les groupes les plus importants<sup>35</sup>.

### **1.1.2. Description et caractéristiques du département du Littoral**

#### **Présentation**

Le Département du Littoral est la ville de Cotonou érigée en département par le dernier découpage administratif. Il est le plus petit des douze (12) départements du Bénin en termes de superficie. Il s'étend sur 10 km à l'Ouest où il est limité par la commune d'Abomey-Calavi du département de l'Atlantique et sur 6 km à l'Est en côtoyant la commune de Sèmè-Kpodji du département de l'Ouémé.

Il est situé au croisement des 6°20 de parallèle Nord et de 2°20 méridiens Est. L'Océan Atlantique forme la limite Sud du département. Au Nord, le département du Littoral se trouve limité par le lac Nokoué. Contrairement à tous les autres départements, celui du Littoral est constitué d'une seule commune, Cotonou, d'une superficie de 79 km<sup>2</sup>. Il est composé de 13 arrondissements et de 140 quartiers de ville. C'est la capitale économique du Bénin.

#### **Milieu naturel**

Le relief du littoral est assez homogène et les côtes IGN (Institut géographique national) oscillent entre + 0,4 m et + 6,5 m. Le département est situé sur un cordon littoral constitué d'une bande de sable alluvial qu'articule

---

<sup>35</sup> INSAE, 2007, *Enquête Démographique et de Santé (EDSB III) Bénin 2006*

un système lagunaire qui se communique par endroit et qui s'étend sur environ 200 km de l'Ouest à l'Est entre la ville de Lomé, au Togo, et la ville de Lagos, au Nigéria.

L'érosion maritime en raison du relief assez sablonneux et griffé de nombreuses zones basses fait transporter du sable marin venant périodiquement obstruer l'embouchure du chenal sur la mer.

Du point de vue pluviométrique, le département du Littoral obéit aux mêmes lois climatiques que tout le Sud du Bénin. On distingue en effet deux saisons de pluies et deux saisons sèches :

- Une grande saison des pluies de mi-mars à mi-juillet
- Une saison sèche de mi-juillet à mi-septembre
- Une petite saison des pluies de mi-septembre à mi-novembre
- Une grande saison sèche de mi-novembre à mi-mars.

Les précipitations ont lieu entre mars et juillet avec un maximum en juin (300 mm à 500 mm).

### **Caractéristiques démographiques**

La population du département du Littoral dénombrée est de 665 100 habitants au troisième recensement général de la population et de l'habitation de Février 2002. On dénombre dans cette population 94,5 hommes pour 100 femmes. Son poids démographique est de 9,82% de la population du pays avec une densité de 8 419 habitants au km<sup>2</sup>. Les ethnies rencontrées sont : les fons (32,9%), les gouns (15,2%). On trouve également les Mina et les Yoruba pour respectivement (5,9%) et (5,5%). Le département du Littoral est marqué du point de vue des religions par le catholicisme (57,8%), l'Islam (14,2%). Les célestes et les autres chrétiens sont respectivement (7,8%) et (4,4%).

### **Infrastructures sociocommunautaires**

Du point de vue des infrastructures sociocommunautaires, le Littoral demeure le département qui bénéficie de plus d'infrastructures à cause de son statut de capitale économique du Bénin.

- La couverture sanitaire est la meilleure du pays. On dénombre plusieurs centres de formation de référence.
- L'accès à l'eau potable semble être assuré, mais des quartiers entiers demeurent encore sans adduction d'eau.
- Sur le plan de l'éducation, même si la couverture ne semble pas être réglée par l'Etat, les nombreux centres de formation privés comblent le vide. On dénombre 235 écoles primaires publiques, 18 collèges à 1<sup>er</sup> cycle et 24 collèges à 2<sup>ème</sup> cycle.

### **Activités économiques**

Les activités économiques dans le département du Littoral sont multiples et tournent autour de quelques industries manufacturières, de la pêche, de l'élevage, du jardinage et surtout du commerce.

La pêche est relativement développée et mobilise beaucoup de personnes, des nationaux comme des étrangers. Dans les nombreux plans d'eau (lacs et lagunes), la pêche se pratique sous plusieurs formes :

- pêche continentale ;
- pêche maritime artisanale
- pêche maritime industrielle ;

La pêche continentale s'opère dans le Nokoué et les étangs piscicoles à l'aide des filets et des acadjas (signalons que ce nom devrait s'écrire akaja).

Dans le domaine de l'industrie, c'est le département qui abrite le plus grand nombre d'usines au plan national. Les activités d'artisanat sont assez diversifiées. C'est le département où le secteur moderne est le plus développé.

Sur le plan commercial, le département abrite beaucoup de marchés d'importance locale, nationale et un marché international. Les activités commerciales sont orientées aussi bien vers la consommation intérieure que vers l'importation et l'exportation.

Le département offre d'énormes possibilités touristiques. Il dispose d'hôtels de luxe et des plages pittoresques<sup>36</sup>.

## **1.2. APPROCHE METHODOLOGIQUE**

### **1.2.1. Type d'étude**

Notre étude est à la fois descriptive et analytique.

Elle est descriptive parce qu'elle décrit les connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes de 15 à 49 ans de la ville de Cotonou (plus précisément des 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> arrondissements) en matière de PTME.

Et analytique parce qu'elle analyse les stratégies mises en œuvre dans le cadre de la PTME dans le but d'en dégager les forces et faiblesses et de proposer de nouvelles stratégies pour les renforcer.

### **1.2.2. Population d'étude**

La population d'étude est constituée d'agents de santé offrant les services PTME à Cotonou et des femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) de Cotonou.

#### **1.2.2.1. Les cibles primaires**

Nos cibles primaires sont les femmes en âge de procréer (15 et 49 ans).

#### **1.2.2.2. Les cibles secondaires**

Les agents de santé offrant les services PTME constituent nos cibles secondaires.

---

<sup>36</sup> INSAE, 2004, Cahier des villages et quartier de ville, département du Littoral, p.p.7-9

### **1.2.3. Site de l'étude**

C'est à Cotonou, ville où le taux de prévalence du VIH/SIDA chez les femmes est le plus élevé, que nous avons mené notre enquête, plus précisément dans les quartiers des 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> arrondissements de la ville de Cotonou.

Nous avons aussi mené notre enquête au centre national hospitalier universitaire Hubert K. MAGA (CNHU/HKM) parce qu'il est l'un des centres nationaux qui offre les services PTME.

### **1.2.4. Echantillonnage**

La politique de la PTME a pour cible les femmes ayant entre 15 et 49 ans c'est-à-dire les femmes en âge de procréer. Ainsi nous avons questionné au total 363 personnes réparties comme suit :

- 99 gestantes ;
- 28 jeunes apprentis ;
- 85 mères de famille ;
- 6 agents de santé ;
- 145 jeunes élèves et étudiantes.

### **1.2.5. Techniques et outils d'enquête**

#### **1.2.5.1. Les techniques de collecte des données**

Les techniques utilisées dans le cadre de notre étude sont : la revue documentaire, l'enquête par questionnaire et l'enquête par entretien.

La revue documentaire nous a permis d'exploiter les documents et ouvrages disponibles, des rapports de séminaire, d'enquête et d'évaluation des différentes actions concernant la PTME.

La technique d'enquête par questionnaire nous a permis de collecter des informations auprès de la population (les femmes) en âge de procréer des 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> arrondissements de la ville de Cotonou.

La technique d'enquête par entretien nous a permis de recueillir des informations sur la mise en œuvre des services PTME auprès du personnel médical de la CUGO au CNHU.

### **1.2.5.2. Les outils de collecte des données**

Les outils de collecte des données utilisés dans le cadre de notre travail sont les fiches de lecture et de dépouillement, les questionnaires d'enquête et les guides d'entretien.

Les fiches de lecture nous ont permis d'identifier les ouvrages et documents lus et de relever les informations importantes pour notre travail de recherche.

Les fiches de dépouillement ont permis de vérifier le bien fondé de certains éléments du questionnaire et aussi d'exploiter différents rapports existants.

Les questionnaires, élaborés et adressés à la population cible de Cotonou nous ont permis d'avoir des informations globales sur leur connaissance, leur attitude et leur pratique en matière de PTME.

Les guides d'entretien nous ont permis de nous entretenir avec le personnel médical de la CUGO afin de prendre connaissance de la manière dont les services PTME sont offerts.

### **1.2.6. Période d'étude**

Notre étude a été menée au cours de l'année académique 2010-2011. De ce fait nous avons mené l'enquête au cours de la même année académique plus précisément d'août à octobre 2011.

### **1.2.7. Déroulement de l'enquête**

Elle s'est faite en deux étapes

Dans un premier temps nous avons parcouru les quartiers des 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 11<sup>ème</sup> Arrondissements de la ville de Cotonou pour questionner les populations. Nous avons rencontré les enquêtées dans la rue et dans leurs maisons. Après de brèves explications sur l'objectif de l'étude nous avons distribué les questionnaires à celles qui ont accepté de participer à l'enquête. Avec celles qui comprennent le français, les questions ont été lues et expliquées au fur et à mesure que le questionnaire était rempli. A celles qui ne comprennent pas le français nous avons essayé de traduire les questions en langue nationale et avons reporté les réponses nous-même. Soulignons que certaines enquêtées n'ont pas pu répondre aux questions sur le champ. Nous n'avons pu récupérer que quelques-uns de ces questionnaires. Le nombre de questionnaires non récupérés est égal à 22.

Ensuite nous sommes allées au CNHU-HKM et avec la collaboration des autorités de l'hôpital nous avons effectué notre enquête à la CUGO où nous avons questionné les gestantes venues en consultation prénatale et le personnel médical qui s'occupe d'elles. La procédure a été la même. Après les explications sur l'objectif de l'étude les gestantes consentantes ont répondu aux questionnaires. Là aussi nous avons essayé de traduire les questions en langue nationale pour celles qui ne comprennent pas le français. Ensuite nous avons enquêté les agents de santé qui ont pu se libérer.

### **1.2.8. Disposition éthique**

Les responsables des centres de santé que nous avons parcourus ainsi que toutes les personnes enquêtées ont été éclairées sur l'intérêt et les objectifs de notre étude. Ils ont été aussi libres d'accepter ou non de participer à l'enquête.

Ils ont également eu la liberté de poser des questions sur leurs points d'ombre.  
Et nous leur avons aussi garanti la confidentialité.

## CHAPITRE II : REVUE LITTERAIRE, CADRES THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Ce chapitre présente la revue de littérature, le cadre conceptuel et le cadre théorique de notre étude.

### 2.1. REVUE DE LITTERATURE

L'épidémie du SIDA a officiellement commencé le 5 juin 1981 par la notification dans la revue *Morbidity and Mortality Weekly Report* du Center for Disease Control (CDC) d'une recrudescence de cas pneumocystose chez cinq hommes homosexuels à Los Angeles. Comme les premiers malades sont exclusivement homosexuels, le syndrome est appelé par certains le Gay-Related Immunodeficiency Disease (GRID). Mais les autorités sanitaires se rendent compte rapidement que d'autres personnes sont touchées comme les hémophiles, les usagers de drogues par injection intraveineuse hétérosexuels, ou encore des immigrants haïtiens. Le CDC crée alors le terme *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS) en vue d'abandonner la dénomination erronée de départ (GRID). Ce terme est ensuite traduit dans d'autres langues comme l'afrikaans, l'espagnol, l'irlandais, le portugais, le russe et le français dans lequel il devient Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA). En 1983, Luc Montagnier et son équipe à l'Institut Pasteur à Paris ont identifié le VIH. Un an plus tard, Robert Gallo et son équipe aux USA ont cultivé le virus, ce qui a mené à de longues querelles sur l'attribution de la découverte.

L'infection par le VIH (virus responsable de l'Immunodéficience Humaine) doit être considérée comme une zoonose au même titre que d'autres maladies virales. En effet, « les deux types de VIH (VIH-1 et VIH-2) infectant l'espèce humaine dérivent des virus de l'immunodéficience simienne (VIS),

équivalents simiens des VIH »<sup>37</sup>. Cependant « les deux types de VIH (VIH-1 et VIH-2) sont assez éloignés l'un de l'autre et, alors que le VIH-1 est proche du VIS<sub>cp2</sub> (infectant une sous espèce de chimpanzés dits pan troglodyte troglodyte), le VIH-2 est plus proche des VIS<sub>smm</sub> (infectant les mangabeys enfumés) et des VIS<sub>mac</sub> (infectant les macaques). Selon la théorie avancée par Béatrice Hahn, Paul Sharp et Bette Korber reprise par Stanley Plotkin, Hilary Koprowski ainsi que par Paul Osterrieth, la contamination a du se produire par une morsure d'animal, ou par écorchure à l'occasion du dépeçage d'un animal infecté, ou la consommation de viande insuffisamment cuite<sup>38</sup>. Il s'est avéré que le VIH-2 se trouve principalement en Afrique occidentale et beaucoup moins ailleurs alors que le VIH-1 se propage beaucoup plus dans les quatre coins du monde. Le VIH-1 en particulier à de nombreuses variantes mais les deux virus subissent des mutations ou changements dans le corps au fil du temps. Comme le VIH-1, le VIH-2 mène également aux sida mais apparemment, plus lentement et il semble qu'il soit plus difficile à attraper par des rapports sexuels ou à passer des mères aux bébés »<sup>39</sup>.

Avec les recherches débutées dès la découverte du VIH en 1983, il est établi que deux conditions sont indispensables pour la transmission du virus d'un homme à un autre : il faut que le virus soit présent en quantité suffisante et il doit pénétrer dans l'autre organisme, soit par un contact avec une muqueuse, soit par un contact direct dans le sang, soit lors des échanges sanguins entre la mère et l'enfant lors de la grossesse et de l'accouchement, soit par le lait maternel lors de l'allaitement. Les recherches ont permis dès lors de mettre au point les antirétroviraux (ARV) qui enraient la prolifération du virus dans l'organisme, le test de dépistage du VIH/SIDA, les moyens de protection comme le préservatif .... Cependant « le VIH/SIDA apparaît aujourd'hui

---

<sup>37</sup> KHAN BH., SHAW GM., De COCK KM., 2000, AIDS as a zoonosis: scientific and public health implication. *Science*, 287, 607 – 614, PMID: 10649986, [archive]

<sup>38</sup> IRD, 2006, « vingt cinq ans après la découverte du virus du SIDA, des chercheurs identifient sa réserve naturelle », [archive]

<sup>39</sup> JAKSON H., 2004, SIDA Afrique, continent en crise p.5

comme l'une des pandémies les plus meurtrières au monde »<sup>40</sup>. « Plus de 42 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA dont près de 12 millions d'adolescents ou de jeunes adultes et 3,2 millions d'enfants de moins de 15 ans »<sup>41</sup>. En 2001, l'ONUSIDA estime que 14000 nouvelles infections sont survenues chaque jour, dont la majorité dans des pays en développement parmi les 15 - 49 ans et près de la moitié chez les 15 - 24 ans. Selon le rapport annuel sur l'état de la pandémie de SIDA publié par l'OMS et l'ONUSIDA, l'épidémie a provoqué 2 millions de décès en 2007 et il y a eu 2,7 millions de nouvelles contaminations dont 7 400 personnes infectées chaque jour, parmi lesquelles 1 200 enfants de moins de 15 ans. « A la fin de l'année 2008, 33,4 millions de personnes étaient infectées par le VIH dans le monde. Et dans 97% des cas, ces nouvelles infections se produisent dans les pays pauvres, notamment en Afrique subsaharienne, zone où plus de 22 millions de personnes sont porteuses du VIH »<sup>42</sup>.

« Au Bénin la prévalence estimée au cours des années 2008-2009 était respectivement de 1,8% à 2% avec comme sérotype le VIH 1 à plus de 98%<sup>43</sup>. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 15 à 49 ans qui totalise 80% des cas. »<sup>44</sup> Le nombre de personnes infectées par le VIH en 2010 est estimé par le PNLS à 78782 personnes. « La projection des nouvelles infections pour 2007 est égale à 5094 dont 974 enfants qui sont contaminés à 90% par la voie materno fœtale. »<sup>45</sup>

L'impact de l'épidémie sur les jeunes enfants est grave et lourd de conséquences. En effet, « le SIDA menace d'anéantir des années de progrès dans la survie de l'enfant et a déjà multiplié par deux la mortalité infantile dans

---

<sup>40</sup> PNLS, 2006, Enquête de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/SIDA au Bénin (ESDGB - 2005) – volet comportemental, p. 1

<sup>41</sup> UNICEF, 2003, Actions en faveur des enfants et des jeunes, ce que les parlementaires peuvent faire contre le VIH/SIDA, p.4

<sup>42</sup> ONUSIDA, Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA 2009, ([www.unaids.org/fr/](http://www.unaids.org/fr/))

<sup>43</sup> ONUSIDA, 2010, Rapport de la situation à l'intention de l'ANGASS, ([www.unaids.org/fr/](http://www.unaids.org/fr/)), p.12

<sup>44</sup> PNLS, 2004, Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin, p.19

<sup>45</sup> ONUSIDA, 2010, Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS, ([www.unaids.org/fr/](http://www.unaids.org/fr/)), p. 12

les pays les plus touchés »<sup>46</sup>. « Dans les 54 pays où la prévalence du VIH chez les adultes est supérieure à 1% de la population générale, le VIH/SIDA touche des millions d'enfants de moins de 15 ans. Chaque minute de chaque jour, un enfant de moins de 15 ans meurt d'une maladie liée au SIDA. Jusqu'ici, l'épidémie du SIDA a emporté près de trois millions d'enfants. Dans le monde, 10% des infections nouvelles contractées en 1998 concernaient des enfants »<sup>47</sup>. « Bien que l'Afrique ne compte que 10% de la population mondiale, c'est là que naissent 90% des bébés infectés par le VIH, sous l'effet combiné d'une prévalence élevée de l'infection et d'un fort taux de natalité. »<sup>48</sup> « En 2006, 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH. »<sup>49</sup>

« Au Bénin, parmi les principales causes de mortalité infantile, se trouve le SIDA à qui les enfants paient un lourd tribut. »<sup>50</sup> En effet « le nombre de femmes enceintes séropositives a été estimé à 6960 en 2005 puis à 6294 en 2010 sur en moyenne 342 612 grossesses attendues par an. Or selon l'étude réalisée en octobre 2008 sur la situation de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), en absence d'intervention, le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est de 17,02%. (Ce taux est réduit à 6% sous monoprophyllaxie et à 2,17% sous triprophyllaxie) »<sup>51</sup>. Ainsi « chaque année le Bénin attend environ 2000 nouvelles infections d'enfants alors que chez les enfants infectés par le VIH, on observe au cours de la première année de vie, une mortalité d'environ 50%. »<sup>52</sup> « En 2010, le nombre d'enfants de moins de 15 ans infectés par le VIH au Bénin est estimé à 6376 enfants alors que de 1980

---

<sup>46</sup> UNICEF, 2007, La situation des enfants dans le monde 2008, la survie de l'enfant, p.42

<sup>47</sup> UNICEF, 2005, Unissons nous pour les enfants contre le SIDA, les enfants la face cachée du SIDA, p.4

<sup>48</sup> ONUSIDA, 1999, Prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant, Options stratégiques, p. 5

<sup>49</sup> UNICEF, 2007, La situation des enfants dans le monde 2008, la survie de l'enfant, p. 42

<sup>50</sup> DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE, 2007, Guide pour la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH au Bénin, p.5

<sup>51</sup> PNLS, 2010, Normes et procédure pour la prévention de la transmission mère – enfant du VIH au Bénin, 2<sup>ème</sup> édition, p.13

<sup>52</sup> DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE, 2007, Guide pour la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH au Bénin, p.5

à 1991 ce nombre n'était que de 270 enfants. »<sup>53</sup> Mais quelle est la source d'infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans ?

La transmission de la mère à l'enfant est de loin la source la plus importante d'infection à VIH chez l'enfant de moins de 15 ans. « Dans les pays où les produits sanguins bénéficient d'un dépistage systématique et où l'on dispose largement de seringues et d'aiguilles stérilisées, la transmission de la mère à l'enfant est virtuellement la seule source d'infection chez les jeunes enfants. »<sup>54</sup> En effet « en l'absence de mesures de prévention, un bébé environ sur trois nés d'une mère séropositive contractera le virus. Entre 15 et 20% environ des cas d'infection par le VIH chez les nourrissons apparaissent pendant la grossesse, 50% pendant le travail et l'accouchement, et 33% par le biais d'un allaitement de longue durée »<sup>55</sup>. « Or près de la moitié de tous les adultes qui vivent avec le VIH dans le monde sont des femmes. Rien qu'en Afrique subsaharienne, sur les 23 millions d'adultes de 15 à 49 ans contaminés par le VIH, 13,1 millions, soit 57%, sont des femmes »<sup>56</sup>. « Au plan mondial, on estime que 2,4 millions de femmes infectées par le VIH accouchent chaque année. Six cent mille d'entre elles vont infecter leur bébé, ce qui fait que chaque jour 1800 enfants contaminés naissent »<sup>57</sup>.

« Au Bénin aussi le taux de prévalence du VIH est plus élevé pour les femmes (1,5%) que pour la moyenne nationale (1,2%). Il atteint même les 2% chez les femmes enceintes alors que 328 000 naissances sont enregistrées chaque année. On constate qu'en milieu urbain le taux de séroprévalence est environ deux fois plus élevé qu'en milieu rural (2,2% contre 1,0%). En particulier c'est à Cotonou que la prévalence est la plus élevée (2,8 contre 2,0% dans les autres villes). Chez les femmes de 15 à 49 ans le taux de séroprévalence

---

<sup>53</sup> CNLS 2007, Impact du SIDA au Bénin

<sup>54</sup> ONUSIDA, 1997, Prévention de transmission du VIH de la mère à l'enfant, Options stratégiques, p. 4

<sup>55</sup> UNICEF, 2004, Actions en faveur des enfants, ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le VIH/SIDA p.25

<sup>56</sup> UNICEF, 2007, La situation des enfants dans le monde 2008, la survie de l'enfant, p. 42

<sup>57</sup> DURBAN, 2000, Le journal du SIDA et de la démocratie sanitaire n° 129/130 – transcriptase n°8, p. 7

est estimé au double du même groupe d'âge chez les hommes (0,8%) soit 15%. »<sup>58</sup> Les femmes représentent donc la meilleure cible à viser si l'on veut fléchir le taux de prévalence chez les moins de 15 ans. Or, des études réalisées dans de nombreux pays du sud montrent que le niveau de connaissance des femmes en matière de VIH/SIDA en général et de la prévention de la transmission mère enfant du VIH /SIDA en particulier est faible. Par ailleurs, le rejet des gestantes et nourrices séropositives par la communauté avec comme corollaire leur stigmatisation et discrimination, la rupture de l'harmonie conjugale conduisant inéluctablement au divorce, rendent les femmes plus vulnérables au VIH/SIDA. A tout cela, il faut ajouter l'analphabétisme et la subordination socio-économique des femmes qui contribuent aussi à cette vulnérabilité au VIH/SIDA.

Face à cette situation, les autorités politico - administratives béninoises ne sont pas restées inactives. Depuis 1987, la République du Bénin avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires a initié des projets - programmes de lutte contre le VIH/SIDA/IST. En effet, à partir de cette année plusieurs plans de lutte contre le VIH/SIDA/IST ont successivement été mis en place. « Cet engagement s'est renforcé depuis Août 2000 par le classement de l'infection par le VIH comme maladie prioritaire au niveau du secteur et l'augmentation des ressources nationales allouées à la lutte et par l'adoption des premier et deuxième cadres stratégiques nationaux de lutte contre le VIH/SIDA. »<sup>59</sup> Le cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST 2007 – 2011 a succédé au premier venu à son terme en 2005. Sur la base des défis non relevés par le cadre stratégique 2001 – 2005, « les principales recommandations pour le nouveau cadre stratégique 2007 – 2011 s'inscrivent dans le cadre de l'accès universel et tendent essentiellement à :

---

<sup>58</sup> PNLS, 2010, Normes et procédure pour la prévention de la transmission mère – enfant du VIH au Bénin, 2<sup>ème</sup> édition,

<sup>59</sup> PNLS, 2010, Normes et procédure pour la prévention de la transmission mère – enfant du VIH au Bénin, 2<sup>ème</sup> édition, p.7

- ✚ intensifier la prévention envers les jeunes et les groupes spécifiques tels que les travailleuses de sexe, les populations mobiles et les corps habillés ;
- ✚ améliorer et renforcer i) l'accès à la PTME sur toute l'étendue du territoire national, ii) la prise en charge des IST, des PVVIH et OEV, iii) la biologie et la sécurité transfusionnelle ;
- ✚ mettre l'accent sur l'extension des interventions de prévention et de prise en charge ayant démontré leur efficacité à tout le pays ;
- ✚ définir de nouvelles orientations telles que les stratégies de prévention mieux ciblées envers les jeunes et les populations vulnérables, la prise en charge des orphelins et enfants vulnérables, et l'opérationnalisation des « Three ones » avec une bonne coordination de l'appui de tous les acteurs et partenaires y compris au niveau opérationnel.»<sup>60</sup>

De ces axes prioritaires il apparaît clairement que la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA est l'une des priorités du cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA 2007- 2011. En effet la transmission verticale (mère - enfant) est le deuxième (2<sup>ème</sup>) mode de contamination dans notre pays. « La PTME a démarré au Bénin depuis 2001 avec l'appui de l'OMS, l'UNICEF et la coopération française. D'autres partenaires ont assuré la relève dans les départements comme le Couffo avec Plan Bénin. Elle 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 le soutien aux femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leurs familles »<sup>61</sup>. « Les options du Bénin dans le volet prévention tentent d'être optimales et incluent la trithérapie

---

<sup>60</sup> CNLS, 2006, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA/IST, 2007 – 2011, p.p. 10 - 11

<sup>61</sup> ONUSIDA, 2010, Rapport de la situation nationale à l'intention de l'UNGASS, ([www.unaids – org/fr/](http://www.unaids.org/fr/))

en mesure préventive pour les femmes enceintes reçues dans les maternités proches des sites de prise en charge des personnes infectées par le VIH. Loin d'être excessive, cette directive prend en compte le niveau de prévalence de l'infection par le VIH dans notre pays et l'objectif d'éradication de l'infection par le VIH chez l'enfant. De même pour une riposte effective concernant le volet pédiatrique, le Bénin s'est fixé comme impératif de rendre accessible le diagnostic précoce virologique des enfants de moins de 18 mois dans les centres de référence et d'assurer la formation du personnel médico - sanitaire au diagnostic et à la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH<sup>62</sup>. La politique de la PTME se base sur différents documents normatifs suivants dont dispose le pays : (1) les normes et procédures de la PTME au Bénin, (2) la stratégie nationale de réduction de la mortalité maternelle et néonatale pour la période 2006-2015, (3) la stratégie nationale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le contexte du VIH et (4) le guide national de prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) »<sup>63</sup>.

Sa mise en œuvre est assurée par un cadre multisectoriel souple et cohérent faisant intervenir le Ministère de la santé, le Ministère de la famille, de la femme et de l'enfant, les partenaires au développement, les ONG et la société civile. « Dans ce cadre en décembre 2005, les Ministres de la santé publique et des Affaires Etrangères, le CNLS, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont lancé la campagne "UNISSONS-NOUS pour les enfants contre le VIH/SIDA" focalisée sur 4 domaines :

1. la prévention de la transmission Mère - enfant du VIH/SIDA qui, démarrée en 2000 avec 33 maternités, couvrait déjà 185 maternités (39% des maternités publiques et privées). La PTME étant déjà intégrée dans les services de santé maternelle, 09 femmes sur 10 acceptaient le dépistage volontaire. En juillet 2006, il y a eu un consensus national pour

---

<sup>62</sup> PNLS, 2010, Normes et procédures pour la prévention de la transmission mère – enfant du VIH au Bénin, 2<sup>ème</sup> édition, p.21

<sup>63</sup> ONUSIDA, 2010, Rapport de la situation nationale à l'intention de l'UNGASS, ([www.unaids – org/fr/](http://www.unaids.org/fr/))

l'alimentation de l'enfant né de la mère séropositive et des formations ont été lancées sur sujet. Un « Guide national de prise en charge nutritionnelle des personnes vivant avec le VIH » a également été suivi de formation.

2. la prise en charge pédiatrique qui a permis à environ 150 enfants séropositifs de bénéficier du traitement par les ARV dans deux centres de Cotonou (CNHU et Hôpital d'instruction des armées) et dans les CHD de Porto-Novo, Abomey et Parakou. Le diagnostic précoce et les formules pédiatriques d'ARV ont fait partie de la stratégie, même s'ils ne sont pas encore une réalité.
3. la protection et l'appui aux enfants affectés par le VIH/SIDA : le programme OEV (orphelins et enfants vulnérables) ayant été mis dans l'agenda national depuis 2004, un accord a été signé entre les principaux partenaires. Cet accord a conduit à une analyse de la situation en 2005 et à l'élaboration d'un plan d'action 2006-2010 pour offrir protection, soins et appui aux OEV. Ce plan a été validé en juillet 2006 et un début d'appui a été fait à 1450 OEV selon un paquet de service minimum élaboré dans la même année.
4. la prévention de l'infection chez les adolescents et jeunes avec d'une part la loi n° 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et de la reproduction qui donne aux jeunes et aux enfants le droit à l'information et aux soins en matière de santé reproductive sans requérir le consentement parental et sans discrimination basée sur le sexe, l'âge ou la capacité de payer, de même que le droit à l'accès à une assistance spéciale pour les personnes ayant une IST ou le VIH/SIDA. D'autre part la loi n° 2005-31, portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA, promulguée en avril 2006, donne droit à la prévention, au dépistage et au traitement et protège contre la discrimination dans ce domaine, y compris contre les femmes et les enfants. Aussi, certains programmes ont-ils essayé de transformer les centres de santé en centres « ami de jeunes » avec la présence d'un pair éducateur jeune faisant l'interface entre les centres de santé et la

communauté. Dans les zones sanitaires où ces programmes sont intervenus ils ont également essayé de renforcer les capacités de quelques jeunes comme pairs éducateurs pour animer des clubs ado pour Ados dans les écoles et les centres des jeunes et des loisirs. Les compétences de vie courante sur la prévention du VIH/SIDA ont été intégrées dans les stratégies de sensibilisation des jeunes mis en œuvre par les centres de santé et dans le curriculum de l'école primaire même si l'effectivité de sa mise en œuvre n'est pas encore très perceptible »<sup>64</sup>.

« 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 364 en 2009 sur les 611 maternités que compte le pays. Dans ces maternités réparties dans les 34 zones sanitaires, 127 764 femmes enceintes ont bénéficié de conseils et de dépistage en 2008 et 171 532 en 2009, soit respectivement 61,48% et 74,3% des gestantes reçues en consultation prénatale. Le Bénin a aussi commencé l'expérience de l'implication de la communauté dans la prise en charge psycho - sociale des gestantes et des nourrices séropositives »<sup>65</sup>. En effet, afin de lever les obstacles socioculturels à la PTME, des plans intégrés de communication ont été élaborés et mis en œuvre dans cinq (05) zones sanitaires (Pobè - Adja-Ouèrè - Kétou ; Djidja – Abomey - Agbangnizoun ; Bembèrèkè-Sinendé ; Abomey-Calavi - Sô-Ava ; et Ouidah – Kpomassè - Tori). Le plan intégré de communication de la zone sanitaire PAK pour ne prendre que cet exemple, est mis en œuvre depuis 2007 avec l'appui technique de l'UNICEF, des autorités politico - administratives et des responsables et leaders religieux.

« Au terme de deux années d'expérimentation les résultats obtenus en 2009 sont nombreux et encourageants. Cette expérience a induit dans la zone

---

<sup>64</sup> UNICEF, 2006, Rapport national sur un monde digne des enfants Bénin, p.p. 19-20

<sup>65</sup> ONUSIDA, 2010, Rapport de la situation nationale à l'intension de l'UNGASS, ([www.unaids.org/fr/](http://www.unaids.org/fr/))

sanitaire PAK un changement de comportement à l'adhésion de la prise en charge psychosociale de la part des conjoints, l'acceptation des séropositifs en général et des femmes séropositives en particulier dans la communauté et le soutien psychosocial et spirituel renforcé par les chefs religieux et coutumiers »<sup>66</sup>.

Mais malgré tout ceci la couverture des cibles en matière de PTME reste faible puisque le programme ne touche que 11% des femmes enceintes attendues et que seules 6% des femmes séropositives bénéficient d'une prophylaxie antirétrovirale. En effet, sur plus de 13 000 personnes infectées ayant besoin d'un traitement par les ARV, moins de 40% (dont 150 enfants) sont sous traitement ARV. Or « en l'absence de traitement approprié, 2400 enfants nés des 7200 femmes séropositives accouchant chaque année seront infectés (soit 1/3 des enfants nés de mères séropositives) »<sup>67</sup>.

Or comme l'affirme le Docteur Antony Faucy, « contrairement aux fléaux microbiens, [...], contre lesquels les individus sont relativement démunis, l'infection au VIH chez l'adulte peut être entièrement évitée au prix d'un changement de comportement<sup>68</sup>. Ce changement de comportement, loin de se limiter à l'acte sexuel, doit prendre en compte le conseil et le test volontaire qui constituent non seulement un élément clé des programmes de prévention et de prise en charge mais également la voie d'accès à la prévention et à la prise en charge »<sup>69</sup>.

En effet, même si les traitements antirétroviraux sont susceptibles de réduire le taux de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, il ne suffit pas de donner un comprimé au bon moment pour prévenir la contamination. « [...] Avant de traiter les femmes, il est nécessaire de les dépister. Pour qu'elles puissent choisir volontairement de faire le test, il faut passer du temps à

---

<sup>66</sup> ONUSIDA, 2010, Rapport de situation nationale à l'intention de l'UNGASS Bénin, ([www.unaids.org/fr/](http://www.unaids.org/fr/))

<sup>67</sup> UNICEF, 2006, Rapport national sur un monde digne des enfants Bénin

<sup>68</sup> BOHISSOU F. S.R., 2007, Déterminants psychosociaux liés au dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les élèves adolescents d'Abomey, p. 22

<sup>69</sup> ONUSIDA, 2003, Conseil et test VIH volontaire : une voie d'accès à la prévention et aux soins, p. 8

leur apprendre, avec des mots qu'elles comprennent, ce que l'on sait de la contamination mère enfant du VIH/SIDA et du seul moyen de prévention dont nous disposons : un traitement médicamenteux pendant la grossesse et l'accouchement et une alimentation de substitution »<sup>70</sup>. Ainsi les personnes qui savent qu'elles sont infectées par le VIH peuvent prendre des décisions éclairées en matière de vie sexuelle, de procréation et d'alimentation du bébé et faire en sorte de protéger leurs partenaires non encore infectés. Celles dont les résultats sont négatifs apprendront comment se protéger elles- mêmes et protéger leurs enfants.

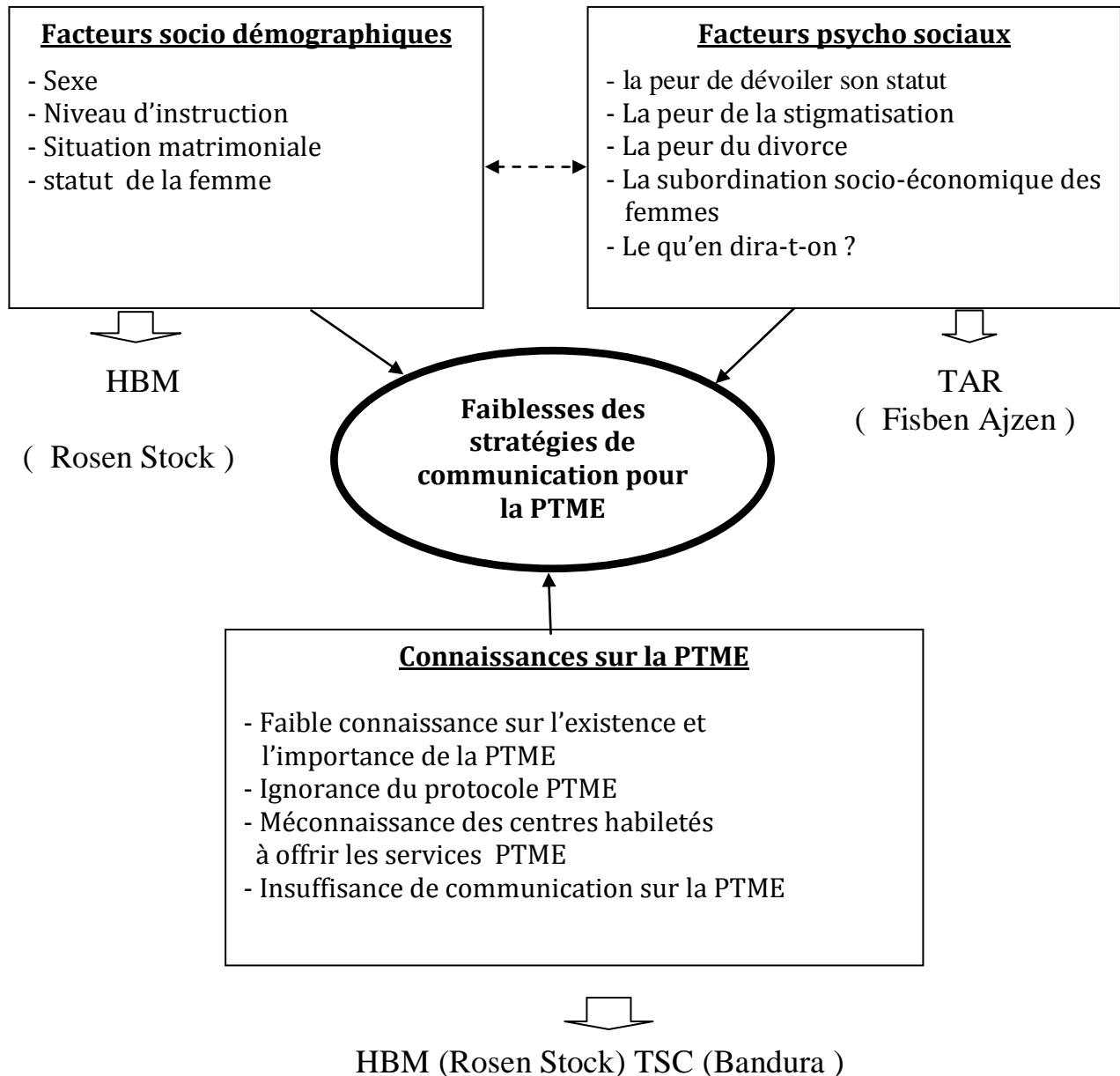
De cette revue de littérature, il ressort qu'il reste des efforts à fournir pour que les services PTME couvrent tout le territoire béninois, et pour que les traitements antirétroviraux soient accessibles au plus grand nombre de femmes enceintes et séropositives. Mais aussi et surtout convient-il de réfléchir à comment renforcer les stratégies de communication en faveur de la PTME afin que les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) aient l'information qu'il faut pour pouvoir faire des choix éclairés en matière de PTME.

---

<sup>70</sup> DURBAN, 2000, Le journal du SIDA et de la démocratie sanitaire n°129/130 – transcriptase n°8, p. 7

## 2.2. CADRE CONCEPTUEL

### 2.2.1. Schéma du cadre conceptuel



### 2.2.2. Explication du cadre conceptuel

Ce cadre conceptuel illustre combien les faiblesses des stratégies de communication en faveur de la PTME résultent des facteurs sociodémographiques (sexe, niveau d'instruction, situation matrimoniale, statut de la femme) et psycho- sociaux (la peur de faire dévoiler son statut sérologique,

la peur de la stigmatisation, la peur du divorce, le qu'en dira t-on ?), mais aussi des connaissances que la population cible a sur la PTME.

En effet notre enquête a révélé que le niveau d'instruction de la femme conditionne la facilité avec laquelle elle recherche, accède et assimile les informations sur la PTME.

De même la femme étant considérée comme le sexe faible dans le foyer, la facilité de s'informer sur la PTME dépend de son statut au sein du ménage si elle est mariée. Son niveau d'instruction conditionne ce statut et facilite la compréhension et l'assimilation de l'information qu'elle reçoit.

D'autre part la peur de faire découvrir sa séropositivité, d'être stigmatisée, d'être obligée de divorcer, la subordination socio-économique des femmes sont à notre avis les raisons qui amènent certaines femmes à ne pas vouloir s'informer ou à ignorer les informations qu'on leur donne.

Enfin l'enquête nous a permis de réaliser que l'insuffisance des actions de communication sur la PTME, l'ignorance de l'existence de la PTME, des avantages de la PTME, des centres qui offrent les services PTME et du protocole PTME par la population cible relèvent des faiblesses des stratégies de communication en faveur de la PTME.

## **2.3 CADRE THEORIQUE**

### **2.3.1. Les théories de prédiction des comportements**

Les perceptions de l'homme d'une situation donnée, son attitude, ses choix, les raisons qui sous-tendent ces choix ont été étudiées par plusieurs théoriciens. Suite à ces études, ils ont élaboré des théories et modèles qui expliquent les comportements humains dans la société et identifient les déterminants psychosociaux qui sous-tendent ces comportements. Grâce à ces théories il est possible aujourd'hui d'élaborer et de réussir une intervention qui puisse amener un individu ou un groupe d'individus à changer de vue, de comportement : il s'agit des théories de prédiction des comportements.

Au nombre de ces théories et modèles, nous pouvons citer : le Modèle des Croyances Relatives à la Santé (Health Belief Model) élaboré par Rosen Stock en 1974 ; la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) élaborée par Fishbein et Ajzen (1975) ; la théorie des comportements interpersonnels élaborée par Triandis en 1977 et qui a certaines similitudes avec la TAR ; la Théorie du Comportement Planifié (TCP) qui n'est en réalité que la correction de la TAR par Ajzen en 1985 avec l'apport d'une troisième conception ; et la Théorie Sociale Cognitive (TSC) née de la réflexion de Bandura en 1986<sup>71</sup>.

### **2.3.2. Cadre théorique appliquée à la recherche**

Notre étude s'inspirera de trois (3) de ces théories de prédiction des comportements dont notamment le modèle des croyances relatives à la santé (HBM), la théorie de l'action raisonnée (TAR) et la théorie sociale cognitive (TSC). Nous pensons que ces trois théories réunies nous permettront de faire une bonne analyse de notre sujet puisqu'elles mettent l'accent sur les déterminants comportementaux.

#### **2.3.2.1. Le modèle des croyances relatives à la santé (« Health Belief Model » ou HBM) de Rosen Stock**

Le HBM pose comme prémisse que 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.

Janz et Becker ajoutent que pour qu'un individu se décide à agir, il faut qu'il perçoive en premier lieu une menace pour sa santé et qu'en second lieu, il croit en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace.

Selon le modèle, il est pertinent de donner de l'information qui permettra à l'individu de :

---

<sup>71</sup> DADELE A., 2009, Education Communication Développement, UAC, notes de cours, DSLC

1. savoir si son cas présente des risques ;
2. réaliser que le problème est sérieux ;
3. savoir qu'il peut prendre des actions efficaces pour contrer le problème<sup>72</sup>.

Pour appliquer ce modèle à notre sujet, nous pouvons dire que les faiblesses des stratégies de communication en faveur de la PTME découlent du fait qu'elles ne donnent pas les informations nécessaires pouvant permettre à la population cible de percevoir la menace que constitue la TME pour leur personne, leurs enfants, leur famille. De même ces stratégies n'amènent pas la population à réaliser combien les services de la PTME sont efficaces.

En effet, selon les résultats de notre enquête, les connaissances de la population cible sur l'existence de la PTME, le protocole PTME, les centres de santé capables d'offrir les services PTME sont faibles et souvent incomplètes. Alors que selon le HBM, l'adoption de la PTME par sa cible serait conditionnée par la connaissance que la cible aurait sur la PTME, la conscience qu'elle aurait de la menace que constitue la TME et la conviction qu'elle aurait que les services PTME permettent d'éliminer cette menace.

Il conviendrait alors que les stratégies de communication en faveur de la PTME permettent désormais à la population cible de :

- ✚ réaliser que la TME est une réalité dans notre pays ;
- ✚ savoir quels sont les effets de VIH / SIDA sur la vie de la mère, du nouveau né et de la famille ;
- ✚ savoir que les services PTME existent et permettent de réduire considérablement ce risque de TME.

---

<sup>72</sup> DADELE A., 2009, éducation communication développement, UAC, notes de cours, DSLC

### **2.3.2.2. La théorie sociale cognitive (TSC) de Bandura**

Selon cette théorie, les différences individuelles, dans la façon d'accomplir une action ou d'emprunter un comportement significatif s'expliquent, en grandes parties, par deux croyances :

- a) la croyance en l'efficacité du comportement ;
- b) la croyance en l'efficacité personnelle.

Selon Bandura (1977- b), la première croyance consiste à vérifier le degré de conviction d'une personne face à l'adoption d'un comportement donné (celui-ci provoquera-t-il les résultats escomptés ?), alors que la seconde tente plutôt de vérifier jusqu'à quel point la personne est convaincue de réussir à adopter le comportement requis pour obtenir les résultats escomptés<sup>73</sup>.

En appliquant cette théorie à notre étude, nous réalisons que si les stratégies de communication en faveur de la PTME veulent atteindre pleinement leurs objectifs, il faut qu'elles amènent la population cible à être convaincue de l'efficacité des services PTME et du fait qu'elle soit capable de les adopter. Pour cela nous pensons qu'il est nécessaire de faire intervenir des femmes, des familles ayant eu recours au service PTME lors des séances d'information par exemple afin qu'elles partagent leurs expériences et les résultats de cette expérience avec la population cible. Il faudra aussi détailler et expliquer le protocole PTME au cours de ces séances d'information afin que la population cible réalise que le protocole PTME ne renferme rien de sorcier et qu'elle a la capacité de l'adopter.

### **2.3.2.3. La théorie de l'action raisonnée (TAR) de Fishbein et Ajzen**

Le but ultime de la TAR est de prédire et, par le fait même, de comprendre les comportements sociaux. Ainsi selon la TAR, l'intention d'une personne d'adopter ou de ne pas adopter un comportement est déterminée par :

- son attitude à l'égard du comportement (Aact – composant attitude)

---

<sup>73</sup> DADELE A., 2009, éducation communication développement, UAC, notes de cours, DSLC

- l'importance qu'elle accorde à l'opinion des gens qui lui sont proches. (ex : conjoint). Ceux-ci croient-ils qu'elle devrait ou ne devrait pas adopter le comportement en question (SN – Composante normative).

Les auteurs soulignent qu'en présence de certains comportements, c'est la composante attitude qui détermine les intentions tandis que dans d'autres, la composante normative est celle qui possède la forte influence<sup>74</sup>.

Ainsi, au cours de notre enquête sur le terrain, nous avons réalisé que la peur de la réaction du mari ou des proches amène certaines femmes à refuser d'adopter la PTME ou à ne pas respecter le protocole PTME jusqu'au bout. Il faudra donc désormais veiller à ce que les stratégies de communication en faveur de la PTME travaillent à informer la population toute entière à la nécessité de laisser les pratiques telles que le rejet, la stigmatisation et la discrimination des PVVIH en général, des gestantes et nourrices séropositives en particulier. Il est nécessaire de veiller à ce que les stratégies de communication en faveur de la PTME amènent la population toute entière à réaliser qu'un malade du sida, comme tout autre malade, a besoin de la présence, du soutien et de l'affection des siens. Il faut que tous comprennent que le SIDA est une maladie comme les autres.

En somme, nous pouvons dire que ces trois théories se recoupent et représentent l'essentiel des variations dans tout comportement particulier au sein d'une société. Ces bases théoriques nous ont permis de comprendre que les contributions que nous devons apporter aux stratégies de communication en faveur de la PTME doivent reposer sur trois points : en premier lieu, faire connaître la PTME à la population cible, l'amener à percevoir son importance et la convaincre de l'efficacité de la PTME. En deuxième lieu, elles doivent amener la population cible à croire en sa capacité, en sa potentialité de réussir

---

<sup>74</sup> DADELE A. 2009, éducation communication développement, UAC, notes de cours, DSLC

l'adoption du protocole PTME. En troisième lieu, elles doivent amener la population de Cotonou à laisser les pratiques telles que le rejet, la discrimination et la stigmatisation des PVVIH en général des gestantes et nourrices séropositives en particulier qui limitent l'efficacité des stratégies de communication en faveur de la PTME.

## CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats de notre enquête sur le terrain et les commentaires de ces résultats.

### 3.1. RESULTATS DU DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES D'ENQUETE

#### 3.1.1. Caractéristique générale de la population enquêtée

**Tableau N° 1** : Répartition de la population enquêtée en fonction du sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	02	0,56
Féminin	361	99,44
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

Les personnes que nous avons enquêtées sont en majorité des femmes (99,44% pour les femmes contre 0,56% pour les hommes). Cela s'explique par le fait que les femmes en âge de procréer sont les cibles primaires de notre étude.

**Tableau N° 2** : Répartition de la population enquêtée en fonction du niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif			%
	Femmes	Hommes	Total	
Aucun	58	00	58	15,98
Primaire	117	00	117	32,23
Secondaire	89	00	89	24,52
Supérieur	77	02	79	21,77
Alphabétisé	20	00	20	5,51
<b>TOTAL</b>	<b>361</b>	<b>02</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

Le niveau d'instruction de 32,23% des femmes enquêtées est le primaire. 15,98% d'entre elles sont analphabètes, 24,52% ont le niveau secondaire et 21,21% parmi elles ont le niveau supérieur. 5,51% des femmes suivent des cours d'alphabétisation. Quant aux deux hommes que nous avons enquêtés (qui sont des agents de santé), ils ont tous deux le niveau supérieur (le doctorat).

**Tableau N° 3 : Répartition de la population enquêtée en fonction de la religion**

Religion	Effectif	%
Catholique	195	53,72
Musulman	59	16,25
Céleste	40	11,01
Autres religions	69	19,00
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

La religion pratiquée par la majorité des enquêtés est la religion catholique (53,72 %). Ceci confirme les données de l'INSAE en 2006 sur le département du Littoral où il affirme que le Littoral est marqué du point de vue de la religion par le catholicisme à 57,8 %. Nous avons enquêté aussi des musulmans (16,25%) des christianistes célestes (11,01%) et des baptistes, des protestants, un adepte de Thron (19,00 %).

**Tableau N° 4 : Répartition de la population enquêtée en fonction de la situation matrimoniale**

Situation matrimoniale	Effectif	%
Célibataire	49	13,49
En amitié	109	30,02
Marié	204	56,19
Divorcé / Séparé	01	00,27
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

Plus de la moitié des personnes que nous avons enquêtées est mariée (56,19%). C'est compréhensible puisque notre étude a porté sur les femmes en âge de procréer. La logique chez nous est qu'il faut se marier, (que la femme soit sous le toit de l'homme) avant la procréation. Nous avons aussi 30,02 % de personnes qui sont en amitié, 13,49 % de célibataire et une personne divorcée (0,27 %).

**Tableau N° 5** : Répartition de la population enquêtée en fonction de l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
Fon	180	49,59
Gun	61	16,81
Aja	43	11,85
Yoruba	52	14,32
Autres	27	07,43
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

La majorité des personnes que nous avons enquêtées sont fon (49,59%). Cela se justifie par le fait que c'est le groupe sociolinguistique qui domine à Cotonou. Ils font 32,9 % de la population de Cotonou selon l'INSAE (2006).

**Tableau N° 6** : Répartition de la population enquêtée en fonction de l'âge.

Age	Effectif	%
15-19	77	21,21
20-30	199	54,83
31-40	58	15,98
41-49	29	7,99
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

La majorité des personnes enquêtées ont entre 20 et 30 ans soit 54,83 %. Il s'agit principalement des gestantes, de quelques jeunes élèves et d'une grande majorité d'étudiantes.

### 3.1.2. Caractéristiques spécifiques des personnes enquêtées

#### 3.1.2.1. Connaissances des personnes enquêtées sur le VIH/SIDA

**Tableau N° 7 :** Répartition de la population enquêtée en fonction de leurs connaissances sur le VIH/SIDA.

Connaissances	Effectif	%
<b>Le VIH/SIDA est :</b>		
a) Une maladie mortelle sans remède	189	52,06
b) Une maladie sexuellement transmissible	131	36,08
c) Une maladie contagieuse	43	11,85
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

Le VIH/SIDA est considéré par plus de la moitié des enquêtées comme une maladie incurable et mortelle alors que de nos jours, une personne séropositive peut vivre longtemps et en bonne santé grâce aux antirétroviraux (ARV). 36,08 % des enquêtés savent que le VIH/SIDA est une maladie sexuellement transmissible et les 11,85% restants, considèrent le VIH/SIDA comme une maladie qui se transmet par contact (une maladie contagieuse).

**Tableau N° 8** : Répartition de la population enquêtée en fonction de leurs connaissances sur le mode de transmission du VIH/SIDA.

Modes de transmission	Effectif	%
<b>Le VIH/SIDA se transmet :</b>		
<b>a) Par les rapports sexuels</b>		
Oui	363	100,00
Non	00	00,00
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>b) Par transfusion sanguine</b>		
Oui	290	79,89
Non	73	20,11
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>c) Par des objets tranchants</b>		
Oui	202	55,65
Non	161	44,35
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>d) De la mère à l'enfant</b>		
Oui	363	100,00
Non	00	00,00
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

Les modes de transmission du VIH/SIDA sont bien maîtrisés par les enquêtés même si certains ignorent que le VIH/SIDA peut être transmis par les objets tranchants (44,35%) et par la transfusion sanguine (20,11%).

### 3.1.2.2. Pratiques des enquêtes face au test de dépistage du VIH/SIDA

**Tableau 9** : Répartition des enquêtés en fonction de leur pratique face au test de dépistage du VIH/SIDA

Test de dépistage	Effectif	%
<b>1.) Avoir déjà fait une fois le test VIH/SIDA</b>		
Oui	304	83,75
Non	58	15,98
<b>Total</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>2.) Si oui pourquoi ?</b>		
a) Pour connaître mon statut sérologique	112	36,85
b) Parce que cela fait partie des formalités à remplir avant d'aller à l'examen (BEPC- BAC)	57	18,76
c) Parce que c'était demandé à la consultation prénatale (CPN)	135	44,40
<b>TOTAL</b>	<b>304</b>	<b>100,00</b>
<b>3.) Si non pourquoi ?</b>		
a) Parce que je n'ai jamais eu de rapport sexuel	16	27,58
b) Par peur de la stigmatisation	15	25,86
c) Parce que je ne me sens pas vulnérable	27	46,56
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100,00</b>
<b>4°) Jugez-vous nécessaire de partager son résultat avec son partenaire ?</b>		
Oui	290	79,89
Non	73	20,11
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>5°) Si oui pourquoi ?</b>		
a) Parce qu'un couple doit tout partager	148	51,03
b) Pour protéger mon partenaire	92	31,73
c) Pour mieux vivre la maladie	32	11,03
d) Pour l'amener à faire le test	18	6,20
<b>TOTAL</b>	<b>290</b>	<b>100,00</b>

Test de dépistage	Effectif	%
<b>6) Si non pourquoi ?</b>		
a) Pour ne pas être stigmatisé	44	60,27
b) Parce que le résultat est personnel	08	10,96
c) Pour éviter d'être discriminé	21	28,77
<b>TOTAL</b>	<b>73</b>	<b>100,00</b>

Presque toutes les personnes enquêtées ont déjà fait une fois le test de dépistage du VIH/SIDA (83,75%). La majorité des femmes l'ont fait parce que c'était demandé en consultation prénatale (44,40%). Ceux qui ne l'ont jamais fait (15,98%) ne l'ont pas fait soit parce qu'ils n'ont jamais eu de rapport sexuel, soit pour éviter la stigmatisation, soit parce qu'ils ne se sentent pas vulnérables au VIH/SIDA (46,56%).

La majorité des personnes enquêtées, 290 au total soit 79,89% sont pour le partage du résultat entre partenaire pour différentes raisons. Pour 148 personnes parmi elles soit 51,03% les partenaires doivent se dire les résultats du test de dépistage du VIH/SIDA parce que la sincérité et la franchise sont à préconiser si l'on veut avoir un couple heureux et harmonieux. 92 personnes, soit 31,73% diront leurs résultats à leurs partenaires pour qu'ils puissent prendre les dispositions adéquates. Selon 32 personnes enquêtées on doit partager son résultat avec son partenaire parce qu'en cas de séropositivité, la présence, l'amour et l'affection du partenaire aident à mieux vivre sa séropositivité. 18 personnes pensent que dire le résultat à son partenaire l'amènera à aller faire le test lui aussi.

Par contre 73 personnes soit 20,11% jugent qu'il ne faut pas dire son résultat à son partenaire. Les raisons sont qu'elles ne veulent pas être discriminées (21 personnes soit 28,77%) ou stigmatisées (44 soit 60,27%) ou tout simplement parce qu'elles considèrent que le résultat du test de dépistage du VIH/SIDA est personnel (8 personnes soit 10,96%). La peur de la

discrimination et de la stigmatisation sont donc les principales raisons qui poussent les populations à refuser de faire le test de dépistage du VIH/SIDA.

### 3.1.2.3. Connaissances des personnes enquêtées sur la consultation prénatale (CPN)

**Tableau 10** : Répartition de la population enquêtée en fonction de ses connaissances sur la CPN

Connaissance sur la CPN	Effectif	%
<b>POPULATION</b>		
<b>1°) Avez-vous déjà entendu parler de la CPN</b>		
Oui	237	88,10
Non	32	11,90
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>100,00</b>
<b>2°) Si oui de quoi s'agit-il ?</b>		
a) C'est un suivi régulier de la grossesse dans un centre de santé	221	93,24
b) Je ne sais pas	16	6,76
<b>TOTAL</b>	<b>237</b>	<b>100,00</b>
<b>GESTANTES</b>		
<b>3°) Que savez-vous de la CPN ?</b>		
a) C'est un suivi médical pour assurer le bien être de la mère et de l'enfant qui naîtra	71	71,72
b) C'est un suivi médical pour que l'accouchement se passe bien	28	28,28
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,00</b>
<b>4°) Etes-vous régulières aux CPN ?</b>		
a) Oui	99	100,00
b) Non	00	00,00
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,00</b>
Connaissance sur la CN	Effectif	%
<b>5°) Si oui pour quelles raisons ?</b>		
a) Pour veiller sur ma santé et celle du bébé	99	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,00</b>

## PERSONNEL MEDICAL

### 6°) Les CPN visent quels buts ?

Elles visent à suivre une grossesse jusqu'à terme pour limiter la mortalité maternelle et néonatale

	6	100
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100,00</b>

Presque toutes les personnes enquêtées ont déjà entendu parler de la CPN et connaissent son but. Il n'y a que 11,90% de la population enquêtée qui n'ont jamais entendu parler de la CPN et 6,76% de personnes ne savent pas de quoi il s'agit précisément. Quant aux gestantes enquêtées, elles savent que la CPN a pour but d'assurer leur bien-être et celui de l'enfant, de leurs permettre d'accoucher sans complication et d'avoir des bébés sains. Elles y sont donc régulières.

### 3.1.2.4. Connaissances des enquêtés sur la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (TME)

**Tableau 11** : Répartition de la population enquêtée en fonction de ses connaissances sur la TME

Connaissance sur la TME	Effectif	%
<b>1°) Le VIH/SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant ?</b>		
Oui	363	100
Non	00	00
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>2°) Si oui à quel moment la mère transmet-elle le VIH à son enfant ?</b>		
a) Pendant la grossesse	14	3,86
b) Au cours de l'accouchement	86	23,70
c) Lors de l'allaitement	43	11,85
d) Pendant la grossesse et lors de l'accouchement	16	4,40
e) Au cours de l'accouchement et de l'allaitement	73	20,11
f) Pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et de l'allaitement	131	36,08
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

Les 363 personnes enquêtées (100%) savent que le VIH/SIDA est transmissible de la mère à l'enfant. Cependant, 63,92% parmi elles ignorent que le VIH/SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse, au cours de l'accouchement et par le biais de l'allaitement au sein.

### 3.1.2.5. Connaissances des personnes enquêtées sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME)

**Tableau 12** : Répartition des enquêtés en fonction de leurs connaissances sur la PTME

Connaissances sur la PTME	Effectif	%
<b>POPULATION</b>		
<b>1) Savez-vous qu'il est possible de prévenir la TME ?</b>		
Oui	253	94,05
Non	16	5,95
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>100,00</b>
<b>2) Si oui comment prévient-on la TME ?</b>		
a) les gestantes séropositives doivent aller dans les centres prendre des médicaments	33	13,04
b) Il faut suivre la gestante séropositive jusqu'à l'accouchement par la prise de la névirapine cotrimoxazole	18	7,11
c) Il faut lors des CPN prendre des mesures pour que l'accouchement se fasse dans de bonnes conditions et assurer l'allaitement artificiel	14	5,54
d) Il suffit de faire suivre la grossesse par un médecin et de suivre ses instructions	30	11,86
e) Ne connaît pas	158	62,45
<b>TOTAL</b>	<b>253</b>	<b>100,00</b>
<b>GESTANTES</b>		
<b>3) Savez-vous qu'il est possible de prévenir la TME ?</b>		
Oui	99	100,00
Non	00	00,00

<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,00</b>
<b>Connaissances sur la PTME</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>4) Si oui comment prévient-on la TME ?</b>		
a) Je sais seulement qu'il faut faire le test	28	28,28
b) Il faut suivre les conseils donnés à la CPN	43	43,43
c) Je sais qu'il y a des médicaments à prendre	15	15,15
d) Ne connaît pas	13	13,13
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>100,00</b>
<b>Personnel médical</b>		
<b>5) En quoi consiste la PTME ?</b>		
Elle consiste à conseiller les femmes lors des CPN à faire le test, à prendre en charge celles dépistées séropositives.	6	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>100,00</b>
<b>6) Où peut-on avoir accès au service PTME ?</b>		
a) Dans les centres de santé et au Ministère de la santé	29	7,99
b) Dans certains centres de santé	102	28,09
c) Dans les centres de santé	204	56,19
d) Ne connaît pas	28	7,72
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>7) Pouvez-vous citer quelques centres de santé qui offrent les services de la PTME ?</b>		
a) Le CNHU	85	23,41
b) HOMEL-CNHU	43	11,85
c) Les hôpitaux de zones	14	3,86
d) CNHU-PNLS	11	3,03
e) UNICEF	8	2,20
f) HOMEL – hôpital de zones	57	15,71
g) N'en connais pas	145	39,95
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

Le personnel médical (100%), les gestantes (100%) et la majorité des autres personnes enquêtées (94,05%) savent qu'on peut prévenir la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

Quant à savoir comment on prévient cette transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, plus de la moitié de la population enquêtée (62,45%) affirme ne rien savoir. Pour les 37,55% restant la PTME consiste à ce que les gestantes séropositives aillent dans les hôpitaux prendre des médicaments (13,04%). 7,11% ont précisé qu'elles doivent prendre de la névirapine et du cotrimoxazole ; soit que des mesures doivent être prises lors des CPN pour un accouchement sans problème et assurer l'allaitement artificiel (5,54%), soit que simplement pour 11,86% d'entre elles, il faut faire suivre la grossesse par un médecin et suivre ses instructions.

Quant aux gestantes qui savent toutes que c'est possible de prévenir la TME, elles ne savent pas aussi concrètement comment se fait cette prévention. Pour 28,28% d'entre elles la PTME consiste à faire le test de dépistage du VIH/SIDA. 43,43% disent qu'elle consiste à suivre les conseils donnés lors des CPN et 13,13% ne savent pratiquement rien de l'implication de la PTME. Il n'y a que 15,15% des gestantes qui savent tout au moins qu'il y a des médicaments à prendre.

Le personnel médical nous a expliqué, à 100%, la procédure de prise en charge des gestantes séropositives antépartum, intrapartum et postpartum sans oublier la prise en charge de l'enfant après la naissance.

Plus de la moitié des personnes enquêtées (56,19%) pensent que tous les centres de santé offrent les services de la PTME. 7,99% pensent que ces services sont offerts dans les centres de santé et au ministère de la santé et 7,72% des enquêtés n'ont aucune idée du lieu où on peut accéder aux services de la PTME. Seulement 102 personnes parmi les 363 enquêtées soit un pourcentage de 28,09% savent que les services de PTME ne sont offerts que par certains centres de santé.

Elles ont cité le CNHU (c'est le plus connu) l'HOMEL, les hôpitaux de zones de Cotonou. Par contre, certains pensent que le PNLIS et l'UNICEF offrent ces services et 145 personnes soit 39,95% ne connaissent aucun centre qui offre les services de la PTME à Cotonou.

### 3.1.2.6. Connaissances des personnes enquêtées sur les avantages de la PTME

**Tableau 13** : Répartition des enquêtées en fonction de leurs connaissances sur les avantages de la PTME

Avantage de la PTME	Effectif	%
<b>1°) Pensez-vous qu'il soit avantageux qu'une gestante séropositive recourt à la PTME ?</b>		
Oui	347	95,60
Non	16	4,40
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>
<b>2°) Si oui en quoi consiste cet avantage ?</b>		
a) A protéger le bébé du VIH/SIDA	337	95,60
b) Elle assure aux mères infectées une meilleure santé et une plus longue vie et protège les bébés du VIH/SIDA	10	2,76
<b>TOTAL</b>	<b>347</b>	<b>100,00</b>
<b>3°) Si non pourquoi ?</b>		
Parce que je ne sais pas de quoi il s'agit	16	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

Il n'y a que 16 personnes parmi toutes les enquêtées qui ne trouvent pas avantageux qu'une gestante séropositive ait recours à la PTME tout simplement parce qu'elles ne savent pas de quoi il s'agit. Les autres, c'est-à-dire 347 personnes soit 95,61% trouvent que recourir à la PTME est avantageux. L'avantage consiste à protéger la vie du bébé du VIH/SIDA et le personnel

médical précise que non seulement la vie du bébé est protégée mais que la PTME permet aussi aux mamans de vivre plus longtemps et en bonne santé.

### 3.1.2.7. Les canaux de communication

**Tableau 14** : Répartition des enquêtées en fonction des canaux par lesquels elles ont été informées.

Canaux	Effectif	%
<b>1°) Comment avez-vous eu ces informations ?</b>		
a) Par les media	134	36,92
b) Par les media et l'entourage	35	9,65
c) Par la documentation	51	14,04
d) Par l'entourage	54	14,88
e) A l'hôpital	83	23,14
f) Par des formations	6	1,65
<b>TOTAL</b>	<b>363</b>	<b>100,00</b>

La majorité des populations a été informée par les médias. La totalité des gestantes a été informé à l'hôpital lors des CPN. Le personnel médical nous a confirmé qu'il informe les gestantes lors des CPN sur le test de dépistage, la TME, la possibilité qu'a la gestante séropositive de protéger son bébé du VIH/SIDA.

## CHAPITRE IV : ANALYSE DES RESULTATS DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, nous ferons part des analyses que nous avons faites sur les résultats de notre enquête. Ensuite, suivront les suggestions que nous proposons et la conclusion générale de notre étude.

Les résultats de la recherche sur le terrain font ressortir quelques unes des limites des stratégies de communication utilisées dans le cadre de la PTME à Cotonou. Pour mieux comprendre les fondements de ces limites afin d'apporter notre contribution aux stratégies de communication en faveur de la PTME, nous approfondirons notre réflexion sur les points suivants :

- l'atteinte des objectifs ;
- connaissances des enquêtés, notamment :
  - sur le VIH/SIDA ;
  - sur la consultation prénatale (CPN) ;
  - sur la transmission mère - enfant du VIH/SIDA (TME) ;
  - sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME) ;
- les facteurs limitants l'accessibilité à la PTME, notamment :
  - le rôle du statut de la femme ;
  - le rôle de la discrimination et de la stigmatisation liées au VIH/SIDA ;
- les faiblesses des activités de communication pour la PTME ;
- le début d'une prise de conscience.

### 4.1. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS

Notre objectif dans cette étude est de contribuer au renforcement des stratégies de communication en faveur de la PTME. Dans cette logique l'enquête sur le terrain visait deux objectifs spécifiques :

- l'identification des stratégies de communication utilisées pour la réduction de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant à Cotonou d'une part,
- l'étude de l'impact de ces stratégies de communication sur la population cible, d'autre part.

Au terme de notre recherche, nous avons pu :

- Identifier les stratégies de communication utilisées dans le cadre de la PTME ;
- Déterminer les forces et les faiblesses de ces stratégies de communication grâce à l'analyse de leur fiabilité sur la population cible ;
- Proposer de nouvelles stratégies de communication.

Les outils de collecte de données que nous avons utilisés nous ont permis d'atteindre approximativement l'objectif de notre étude. Nous pouvons affirmer que les résultats de notre étude, même s'ils peuvent comporter quelques insuffisances, reflètent la réalité.

## **4.2. CONNAISSANCES DES ENQUETÉES**

### **4.2.1. Sur le VIH/SIDA**

Chaque pays du monde, grand ou petit, riche ou pauvre connaît les affres du VIH/SIDA. Chacun de ces pays est contraint de prendre les dispositions nécessaires pour maîtriser la pandémie et limiter ses dégâts. Et puisque'il n'y a pas encore de remède curatif pour le VIH/SIDA, la prévention de la propagation du VIH/SIDA fait partie des obligations primordiales des Etats à l'endroit de leurs citoyens. Cette prévention ne peut réussir que grâce à l'organisation de séances d'information et d'éducation de la population sur le VIH/SIDA.

Dans ce sens, le sommet des sept grandes puissances du monde, tenu à Venise (Italie) en Juin 1987, stipulait dans son communiqué final qu' « en l'absence de vaccin ou de traitement, le plus grand espoir en matière de prévention du SIDA, (...) réside dans une stratégie fondée sur l'éducation du

public (...) concernant les mesures pratiques auxquelles toute personne peut recourir pour éviter cette maladie ou de la propager... La seule arme dont nous disposons aujourd'hui contre le SIDA, c'est encore l'information et l'éducation du public contre sa propagation »<sup>75</sup>.

En échos à cette dynamique, le Bénin a mis en œuvre de nombreuses campagnes de communications pour le changement des comportements à risque en direction du grand public mais aussi en direction de groupes cibles. Ainsi, la population béninoise dans sa majorité sait ce que c'est que le VIH/SIDA, ses voies de transmission, les moyens de protection disponible, le traitement disponible et le moyen par lequel on peut connaître son statut sérologique. C'est ce que révèle notre enquête auprès de la population en âge de procréer à Cotonou. En effet, d'après les résultats de cette enquête, la grande majorité de la population sait que le VIH/SIDA est une maladie qui demeure jusqu'à nos jours incurable (52,06 %). Les personnes enquêtées savent dans leur grande majorité que le VIH/SIDA se transmet d'un individu à un autre par les rapports sexuels, la transfusion sanguine, les objets tranchants et de la mère à l'enfant. Le rôle du test de dépistage est aussi connu et compris par la population, car 83,75 % des personnes enquêtées ont déjà fait une fois le test de dépistage du VIH/SIDA. Notre étude nous a aussi révélé qu'un nombre important de personnes a compris l'importance du partage des résultats de son test de dépistage (quelque qu'il soit) avec son ou sa partenaire. 79,89 % de nos enquêtés nous ont affirmé être prêts à le faire.

Mais soulignons que d'après le personnel médical, en cas de séropositivité, les patients choisissent souvent de garder leurs résultats pour eux. Nous pouvons dire que la population connaît l'essentiel sur le VIH/SIDA et sait aussi les comportements qu'il faut adopter pour se protéger et protéger ses proches du virus.

---

<sup>75</sup> LIGAN D. B. , 2004, Importance de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes dans la prévention du VIH /SIDA au Bénin :étude de cas dans les zones périurbaines de Cotonou (sud-Bénin) .Abomey Calavi. Mémoire.UAC-FLASH

#### **4.2.2. Sur la consultation prénatale (CPN)**

Les campagnes de sensibilisation organisées pour faire comprendre l'importance et les avantages des consultations prénatales ont aussi porté leur fruit. En effet, parmi les personnes enquêtées, il n'y a que 32 personnes soit 11,90 % qui n'ont jamais entendu parler de la CPN et ne savent pas en quoi elle consiste. Tout le reste, soit 88,10 % a déjà entendu parler de la CPN. 16 personnes parmi elles n'ont pas pu nous dire en quoi elle consiste réellement, mais les 221 personnes restantes, soit 93,24%, savent que la CPN est une consultation destinée à la gestante pour un suivi régulier de la grossesse. Elles savent que son but est d'assurer le bien-être de la mère et du bébé qui va naître et de prendre les dispositions nécessaires pour un accouchement sans complications et sans surprises.

Parmi ces personnes, soulignons qu'il y a la totalité des gestantes enquêtées (que nous avons d'ailleurs rencontrées lors d'une CPN à la CUGO). Elles savent que les tests et contrôles demandés lors de ces consultations, dont le test de dépistage du VIH/SIDA, sont demandés pour protéger la vie de leur bébé et la leur. Conscientes de cela, nous ont-elles dit, elles sont régulières à la CPN.

#### **4.2.3. Sur la TME**

La transmission du VIH / SIDA de la mère à l'enfant se fait pendant la grossesse, lors de l'accouchement et par l'allaitement maternel. En effet, les études ont établi qu'entre 15 et 20 % environ des cas d'infection par le VIH chez les nourrissons se produisent pendant la grossesse, 50 % pendant le travail et l'accouchement, et 33 % par le biais d'un allaitement de longue durée. Mais la majorité des personnes enquêtées ignore cela. Certes, elles savent toutes que le VIH/SIDA est transmissible de la mère à l'enfant mais il n'y a que 131 personnes, soit 36,08 %, qui savent que le virus peut être transmis au bébé non seulement au cours de la grossesse, et l'accouchement mais aussi par l'allaitement maternel.

Nous pouvons donc dire que le moment où se produit la TME n'est pas bien maîtrisé par la population. Il est important d'y remédier puisqu'il est évident que si les populations cibles ne savent pas que la TME se produit pendant la grossesse, lors de l'accouchement et de l'allaitement, il est possible que les dispositions nécessaires pour éviter cette transmission ne soient pas prises à temps ou qu'elles soient prises en partie. Cela fait partie selon nous des objectifs que les stratégies de communication pour la PTME doivent se fixer.

#### **4.2.4. Sur la PTME**

La PTME, telle qu'elle est définie par le document normatif de la PTME comprend 4 stratégies majeures :

- 1- la prévention primaire de l'infection chez les jeunes et chez les femmes en âge de procréer ;
- 2- la prévention des grossesses non planifiées chez les femmes vivant avec le VIH ;
- 3- la prévention de la transmission au cours de la grossesse et de l'accouchement ;
- 4- les traitements, soins et soutien aux femmes vivant avec le VIH et à leur famille.

La politique de la PTME vise donc les femmes en âge de procréer, les gestantes et nourrices séropositives et leur famille, les PVVIH et leur partenaire. Mais, selon les résultats de notre enquête, la population pense que la PTME ne concerne que les gestantes, et de surcroît, les gestantes séropositives. Et même sur ce point, tout n'est pas connu. En effet, si la grande majorité de la population enquêtée sait qu'on peut prévenir la TME, plus de la moitié parmi elles ignorent les comportements à adopter pour prévenir cette transmission et les centres de santé habilités à offrir les services de la PTME à Cotonou. Même parmi les gestantes, il y en a qui, bien qu'elles viennent en consultation prénatale, ignorent presque tout de la PTME. Certes, elles connaissent toutes l'existence de la

politique de la PTME mais celles qui ont pu nous donner de détails ne nous ont parlé que soit du test de dépistage à faire, soit de médicaments à prendre, soit de conseils à prendre à la CPN. A part le personnel médical, aucune de nos enquêtées n'a pu nous détailler véritablement ce en qu'est la PTME. Même les agents de santé ne se sont réellement appesantis que sur les axes stratégiques 3 et 4 de la PTME.

Nous pouvons donc dire que la population cible de la PTME tout en ayant des connaissances sur l'existence d'une telle mesure, ignore presque tout de cette politique pourtant élaborée pour elle. Or c'est clair que si la PTME doit atteindre ses objectifs, la population qu'elle cible doit prendre connaissance, assimiler et adopter les différents changements de comportements qu'elle implique.

### **4.3. LES FACTEURS LIMITANT L'ACCESSIBILITE A LA PTME**

#### **4.3.1. Le rôle du statut de la femme**

Elaborer des plans stratégiques ou améliorer la qualité et la couverture des services de maternité ne suffit pas pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Pour réussir à créer un environnement favorable aux femmes et aux enfants, il faudrait aussi s'attaquer aux tendances telles que la méconnaissance des droits des femmes, surtout le droit à l'instruction, la discrimination structurelle et toutes les sortes de mauvais traitements dont sont souvent victimes les filles et les femmes, et les inverser.

En effet, dans la plupart des sociétés, surtout dans les sociétés africaines, les filles sont souvent victimes de mauvais traitements, d'exploitation, de discriminations et de violences et sont très souvent privées de l'accès à l'éducation, ce qui restreint leur capacité à gagner leur vie et à se prendre en charge une fois devenues adultes. Elles sont alors le plus souvent après le mariage contraintes à une vie de soumission, d'asservissement, de servitude, de

subordination socio-économique dans le ménage. Et dans ces conditions, elles ne peuvent prétendre vouloir se protéger contre les infections sexuellement transmissibles y compris le VIH, les espacements insuffisants de naissances, ou obtenir des soins de santé adéquats. Or parmi les personnes enquêtées 15,58% sont analphabètes et 32,23% d'entre elles se sont arrêtées au primaire.

Dans ces conditions, pour que la PTME réussisse, il faudra élaborer des activités de communication qui puissent apprendre à ces femmes, avec les mots qu'elles comprennent et le temps qu'il faut, ce que veut dire être séropositive, ce que l'on sait de la TME, ce qu'on entend par PTME et les changements de comportements qu'elle implique. Ce qui n'est pas évident puisque les activités de communication sont pour la plupart et très souvent élaborées et mises en œuvre en français. Aussi lors des consultations prénatales, la langue la plus utilisée par le corps médical est-elle le français. Soulignons également qu'il y a un nombre important de femmes qui vient en CPN chaque jour à la CUGO sans oublier que nombreux groupes sociolinguistiques cohabitent à Cotonou.

L'autre conséquence de l'analphabétisme ou du fait que les femmes sont peu instruites est qu'elles n'ont souvent pas un statut au sein du ménage. Cela limite l'efficacité des stratégies de communication en faveur de la PTME puisque la volonté de faire le test du SIDA et l'adhésion aux autres interventions de la PTME sont étroitement liées à la révélation de la séropositivité d'une PVVIH à son partenaire. Le personnel médical nous a confié que l'une des difficultés que rencontre la mise en œuvre de la PTME est le refus ou l'incapacité de certaines femmes de révéler leur statut sérologique à leur partenaire, très souvent par peur de ce dernier. Et il est clair que si le mari ne sait pas que sa femme, qui porte son enfant est séropositive, il ne peut être impliqué dans la prévention de ce virus à l'enfant. Sans l'implication du mari, il sera très difficile à la femme de se conformer au protocole PTME, surtout quand elle retournera à la maison après la naissance. Alors que dans le même temps, sous les mêmes cieux, d'autres femmes arrivent avec facilité à mettre toute leur

famille à l'abri du VIH/SIDA. Des études l'ont démontré, plus le niveau d'instruction de la femme est élevé, plus elle a d'influence dans les décisions du ménage et participe pleinement aux décisions et aux mesures prises dans les ménages et les communautés qui sont susceptibles d'avoir une incidence sur la santé maternelle et infantile.

L'analphabétisme, le faible niveau d'instruction et la subordination socio économique des femmes constituent donc un obstacle à l'efficacité des activités de communication en faveur de la PTME.

#### **4.3.2. Le rôle de la discrimination et de la stigmatisation liées au VIH/SIDA**

Dans beaucoup de pays, une culture du silence entoure le VIH/SIDA. Souvent, ce silence est causé par une corrélation religieuse entre le VIH/SIDA et l'immoralité mais aussi et surtout par la stigmatisation et la discrimination dont fait montre la société à l'égard des PVVIH. Ainsi il est encore très fréquent que les femmes soient blâmées d'avoir disséminé les IST, notamment le VIH, alors qu'elles sont très souvent infectées par un mari ou un partenaire auquel elles sont fidèles.

Cet état de choses limite l'efficacité des stratégies de communication pour la PTME puisqu'il affecte directement la probabilité que les femmes recherchent les informations dont elles ont besoin pour ne pas transmettre le virus à leurs enfants et le soutien qui pourrait les aider, elles, leurs enfants et toute leurs familles à vivre en meilleure santé et de façon plus responsable. Même si elles accédaient à l'information, cette peur d'être discriminées et stigmatisées pourrait les rendre réticentes ou totalement incapables de profiter de la possibilité de préserver leur bébé de la TME.






Nous pensons que cela explique que des gestantes refusent le test de dépistage ou refusent de prévenir la TME. Cette peur peut aussi expliquer que d'autres femmes acceptent de prévenir la TME et suivent le protocole PTME

jusqu'à la naissance de leur bébé. Mais une fois rentrées à la maison, elles n'arrivent pas à se conformer aux recommandations nutritionnelles du bébé préconisées par le protocole PTME. Nous pensons aussi que c'est toujours cette peur d'être stigmatisées, discriminées ou rejetées par les siens qui explique la quasi absence de témoignage de PVVIH ayant recouru à la PTME alors qu'il est clair que voir des êtres comme soi témoigner de l'efficacité et des avantages de la PTME ne pourrait que faciliter la décision de recourir à ce service. Ne dit-on pas que voir une fois vaut mieux qu'entendre mille fois ?

#### **4.4. LES FAIBLESSES DES ACTIVITES DE COMMUNICATION POUR LA PTME**

Le document normatif de la PTME définit assez clairement les activités de communication nécessaires pour la réussite des 4 axes stratégiques de la PTME.

Il s'agit des communications de proximité :

-  Causerie éducative ;
-  Mise en place des services d'information, d'écoute et de conseil pour les jeunes ;
-  Intégration des services d'information sur les IST/VIH/SIDA dans les programmes de santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes ;
-  Formation des pairs éducateurs ;
-  Et des communications de masse :
  - Elaboration d'un plan de communication pour les IST/VIH/SIDA ;
  - Développement des programmes d'émissions radiodiffusées femmes pour femmes pour le dépistage et le témoignage des PVVIH ;
  - Développement des spots publicitaires télévisés invitant les groupes cibles au dépistage.

Sans oublier les IEC (information – éducation - communication) et les entretiens personnels utilisés par les structures sanitaires pour informer et

éduquer et soutenir leurs patients. Ces activités sont censées être mises en œuvre dans les centres de santé, les centres de jeunes, les écoles et les universités, les ateliers de formation, les centres de promotion sociale, les marchés, disons dans presque tous les endroits où la population cible de la PTME peut être rencontrée. La mise en œuvre de ces différentes activités est confiée à des personnes qualifiées. Les cibles de la PTME sont donc toutes censées connaître l'essentiel sur la PTME.

Mais comme nous l'avons déjà souligné, les résultats de notre enquête révèlent que la population connaît peu de choses sur la PTME. Certes, elle sait dans sa grande majorité qu'il existe une politique qui permet à la femme séropositive d'accoucher d'un bébé sain. Mais la plupart d'entre elle ignore presque tout des comportements à adopter, des comportements à risque à éviter, des centres vers lesquels il faut recourir pour la PTME. Mieux, presque toutes les personnes enquêtées croient que les cibles de la PTME sont les gestantes séropositives. Il est alors clair que les stratégies de communication pour la PTME présentent des faiblesses. L'enquête sur le terrain nous a permis de relever quelques-unes de ces faiblesses :

- ✚ les actions de communication prévues dans le document normes et procédures pour la prévention de la transmission mère - enfant du VIH/SIDA ne sont pas réellement mises en œuvre ;
- ✚ aucune action de communication destinées aux jeunes (élèves, étudiants, apprentis) et les PVVIH sont insuffisantes ;
- ✚ les médias ne sont pas vraiment impliqués dans la communication pour la PTME ;
- ✚ les actions de sensibilisation sont rares et sporadiques ;
- ✚ les enseignants ne sont pas impliqués dans les actions de communication pour la PTME ;
- ✚ les canaux traditionnels de communication ne sont pas exploités ;

- ✚ les messages de sensibilisation ne sont pratiquement donnés qu'en français ;
- ✚ les activités de communication mises en œuvre par les hôpitaux ne prennent réellement en compte que les gestantes séropositives.

#### **4.5. LE DEBUT D'UNE PRISE DE CONSCIENCE**

Plus de 90% des personnes que nous avons enquêtées savent qu'une politique de PTME existe et affirment qu'elle est avantageuse. Elles s'accordent aussi sur le fait que l'avantage de la PTME est que la femme vivant avec le VIH accouche d'un bébé sain, préservé du VIH/SIDA. Nous pensons que c'est déjà un acquis vu que dans notre culture, l'enfant est le bien le plus précieux, la richesse du couple. Il serait alors difficile pour une mère d'exposer cet être si précieux au VIH tout en sachant qu'elle peut l'en épargner, seulement cela ne suffit pas. Pour que les objectifs des stratégies de communication en faveur de la PTME soient atteints, il faudrait :

- ✚ Qu'elles informent convenablement la population sur l'existence de la PTME, sur le protocole PTME, les centres qui offrent ces services PTME ;
- ✚ Qu'elles amènent la population cible à réaliser que la PTME est efficace et que tout le monde a la capacité de la réussir ;
- ✚ Qu'elles amènent la population toute entière à comprendre que le SIDA est une maladie comme les autres et à arrêter de stigmatiser, de discriminer et de rejeter les PVVIH en général, les gestantes et nourrices séropositives en particulier.

Le rôle de l'éducation n'est pas à négliger puisque chez les jeunes élèves et étudiantes, nous avons perçu lors de notre enquête une prise de conscience par rapport au rôle limitant que jouent la discrimination, la stigmatisation et le rejet liés au VIH/SIDA pour les actions de prévention du VIH/SIDA en général, pour la PTME en particulier. Nous avons aussi réalisé que ces jeunes filles ont

conscience de l'importance de la PTME et veulent en savoir plus. Il faudra donc veiller à la mise en œuvre effective des activités de communication qui leurs sont destinés. Bien outillées, ces jeunes filles peuvent servir de relais auprès de leurs parents et proches .

## SUGGESTIONS

Au terme de la présente étude et au regard des analyses faites, il convient de proposer des approches de solution pouvant rendre plus efficace les stratégies de communication utilisées dans le cadre de la PTME.

Ainsi, nous suggérons :

### ***A L'ENDROIT DU MINISTERE DE LA SANTE ET DES DIFFERENTS PROGRAMMES ET STRUCTURES DE LUTTE CONTRE LE VIH/SIDA***

- De veiller à la mise en œuvre effective des différentes activités de communication prévues dans le document normes et procédures pour la prévention de la transmission mère – enfant du VIH/SIDA au Bénin. Nous proposons qu'une attention particulière soit portée sur les activités de communication proposées pour les axes stratégiques 1 et 2 parce qu'elles visent beaucoup plus les jeunes et les PVVIH et aussi parce qu'elles comportent des activités médiatiques. Nous proposons que ces programmes ne soient plus seulement réalisés en français mais aussi dans les langues maternelles ou tout au moins dans les langues, objet de la décision du 15 juillet 1992( Langues et politiques de langues au Bénin ) que sont le fɔngbé, l'ajagbé, le ditammari, le yoruba, la baatonu, le dendi ; on pourrait ajouter à celles-ci à la demande des locuteurs d'autres langues comme le gengbe, le gungbe etc. Ainsi, les nombreuses personnes analphabètes, visées elles aussi par la PTME pourront accéder aux informations.
- D'organiser des caravanes de sensibilisation sur la PTME. Certes, la PTME fait partie des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA, mais elle nécessite, pour sa réussite, des connaissances, compétences et aptitudes bien définies. Il

faudrait arrêter d'englober la PTME dans les activités de lutte contre le VIH/SIDA et la considérer comme une politique à part entière.

- Mettre en place un service national d'assistance téléphonique gratuit sur le VIH/SIDA. Les fonctions de ce service consisteront principalement à fournir des informations (en français et dans les langues nationales), à offrir un soutien et des conseils, à aiguiller les populations vers d'autres organismes et communiquer les données au gouvernement pour lui permettre d'évaluer l'impact des campagnes de communication et de définir le niveau de chaque groupe cible selon le processus de changement de comportement de Rogers et Shoemaker. Les conseillers de ce service doivent être bien outillés sur la PTME en particulier afin de pouvoir bien informer les populations qui appelleront. Ils doivent pouvoir éclairer les personnes qui feront appel à ce service sur l'importance de se faire dépister, les changements de comportement à risque que l'on peut adopter, par exemple, des pratiques à moindre risque en matière de sexualité et de reproduction. Les populations pourront ainsi accéder aux informations dont elles ont besoin, quand elles en ont besoin tout en gardant l'anonymat si elles le souhaitent.
- D'impliquer les enseignants et les chefs d'établissement ainsi que les responsables religieux, les responsables communautaires dans les programmes de sensibilisation sur la PTME. L'implication de ces leaders facilitera la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des gestantes et nourrices séropositives et contribuera à ce qu'elles soient acceptées dans la communauté.
- De rendre accessible dans tous les centres de santé public le conseil et le test de dépistage pour assurer un accès élargi à ces services. La connaissance de son statut sérologique grâce au conseil et test volontaire peut motiver à la fois les personnes VIH positives et négatives à adopter un comportement sexuel et reproductif responsables et plus sûr qui permet aux séropositifs d'éviter d'infecter leurs enfants et leurs partenaires et aux séronégatifs de le rester.

- D'impliquer les compagnies théâtrales nationales dans les activités de communication pour la PTME. Elles pourront mettre en scène les buts des axes stratégiques de la PTME, leur avantage, les changements de comportement à adopter (etc) en français et en langues nationales. Ces scènes pourraient être mises sur support DVD et projeter pendant les activités de communication en fonction des cibles. Les DVD destinées aux gestantes pourraient être distribuées à ces dernières à la première CPN. Elles pourront ainsi les visualiser à la maison avec leurs enfants, leur partenaire, leurs proches.
- De mettre des affiches sur la PTME sur les panneaux géants desservant les principaux axes de Cotonou afin de susciter ou de raviver l'intérêt de la population pour la PTME. Les personnes qui ne savent pas encore de quoi il s'agit pourront commencer à poser des questions à leurs proches ou à des agents de santé. Même ceux qui savent déjà de quoi il s'agit pourront être poussés à vouloir en savoir plus.

### ***A L'ENDROIT DES PARENTS***

- De commencer par promouvoir dès l'enseignement préscolaire l'égalité de sexe, le respect des droits des femmes et la participation plus active des pères à l'éducation des enfants. Nous pensons que ceci contribuera à lever les obstacles sociaux, culturels et économiques qui perpétuent les inégalités entre les sexes et à promouvoir l'éducation des filles.
- D'instruire les filles et les aider à avoir un bon niveau d'instruction car les avantages de l'éducation vont au-delà de la réduction des risques de décès maternel et néonatal et des problèmes de santé. Elle renforce aussi l'influence des femmes dans les décisions du ménage et accroît leurs chances de participer à la vie économique et politique.

### ***A L'ENDROIT DES HOPITAUX***

- D'offrir au personnel médical en charge des gestantes des formations sur le VIH/SIDA et la PTME en particulier pour les outiller à mieux répondre aux

attentes de ces dernières. Le personnel médical doit pouvoir non seulement amener les femmes à faire le test du VIH/SIDA mais aussi et surtout les amener à accepter et assumer leur état sérologique, à faire des choix éclairés avec le soutien de leur partenaire et de la communauté.

- D'introduire le conseil et le test volontaire dans les services de santé maternelle et infantile (SMI) en tant que services permanents disponibles pour les femmes enceintes et leurs partenaires lors des consultations prénatales et postnatales, dans les services de planification familiale, dans les services curatifs. Ils pourront accéder à ces services à tout moment. Rappelons que le conseil et le test de dépistage sont les préalables à toute action de prévention.
- D'organiser des groupes de soutien qui proposeront aux femmes un suivi continu. Ces services donneront aux femmes l'occasion de discuter de l'intervention par les ARV, de l'alimentation des bébés et de leur protection pendant la grossesse de manière plus approfondie. Nous proposons que ces groupes de soutien se réunissent dans la salle d'attente de la CPN, aux heures de la CPN de façon à ce que toutes les femmes venues en CPN puissent y participer. Les femmes pourront plus facilement poser des questions, discuter et apprendre. Le soutien du groupe et le conseil peuvent aider les femmes VIH positives à mieux faire face à leur situation. Les discussions peuvent aussi faciliter la révélation de leur séropositivité à leur partenaire. Les conseillers doivent encourager les femmes à continuer de venir au groupe après l'accouchement. Ainsi, on ne les perdra pas de vue et elles pourront partager leurs expériences avec les nouvelles venues.

## CONCLUSION

L'étude effectuée auprès de 363 personnes nous a permis d'évaluer l'impact des stratégies de communication pour la PTME sur la population cible à Cotonou.

Elle a révélé que les seules actions de communication pour la PTME perceptibles sont les communications mises en œuvre par les hôpitaux et destinées aux femmes gestantes lors des CPN. Mais à ce niveau aussi, nous avons constaté que les femmes gestantes ne sont que partiellement informées sur la PTME. C'est quand elles sont dépistées séropositives que le personnel médical leur explique de façon détaillée, les prescriptions à suivre, les comportements à adopter pour préserver leur bébé du VIH/SIDA. Nous avons relevé aussi que la discrimination et la stigmatisation liées au VIH, le fort taux d'analphabétisme des femmes et leur statut au sein du ménage et de la société limitent leur accessibilité à l'information.

Quand aux jeunes et aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH), qui sont eux aussi des cibles de la PTME, notre étude nous a permis de relever que les actions d'information et de communication élaborées pour eux sont peu développées, presque inexistantes.

Face à ces constats et sur la base des facteurs psychosociaux des communautés, nous avons proposé des stratégies pour :

- renforcer les actions de communication pour la PTME à Cotonou ;
- dynamiser la lutte pour la PTME à l'échelle nationale.

Ces stratégies visent à mettre les communautés au cœur de la lutte pour la PTME car nous disposons désormais des moyens nécessaires pour sauver nos enfants du VIH/SIDA. Ce n'est maintenant plus qu'une question de volonté et d'action. Il nous faut juste ne plus oublier que rien n'est plus noble ou précieux que de sauver la vie d'un enfant.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

**ADOUKONOU Y. V. R.**, Contribution aux stratégies de communication pour l'éradication de l'infanticide rituel en milieu baatonu de Bori. Abomey – Calavi. Mémoire. UAC – FLASH – DSLC. , **2007** , 78 p

**BOHISSOU F. S. R.**, Déterminants psychosociaux liés au dépistage volontaire du VIH/SIDA chez les élèves adolescent d'Abomey. Abomey – Calavi. Mémoire. UAC – FLASH – DSLC. **2007**, 95 p

**CENALA**, Alphabet des langues nationales, 5ème édition, **2005**, 42 p

**CNLS**, Cadre stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, 2007-2011, **2006**, 127 p

**CNLS** Impact du SIDA au Bénin. , **2007**, 83 p

**DADELE, A.**, Education, communication développement. **2009**,

**DIRECTION DES ETUDES DEMOGRAPHIQUES**, Cahier des villages et quartiers de villes, Département du littoral, 2004, 15 p

**DIRECTION NATIONALE DE LA PROTECTION SANITAIRE**, Guide pour la prise en charge des enfants exposés et infectés par le VIH au Bénin, **2007**, 150 p

**DOSSOU-YOVO L. J.**, Stratégies de communication de l'agence béninoise pour l'environnement (ABE) pour la protection et la gestion de l'environnement au BENIN. Abomey – Calavi. Mémoire. UAC – FLASH – DSLC, **2011**, 88 p

**DURBAN**, Le journal du SIDA et de la démocratie sanitaire n°129/130, transcriptase n°8, **2000**, 72 p

**INSAE**, Enquête Démographique et de Santé EDSB III Bénin 2006, **2007**, 492 p

**JAKSON H.**, SIDA Afrique, continent en crise, 2004, 528 p

**LIGAN D. C.**, Importance de l'alphabétisation fonctionnelle des femmes dans la prévention du VIH/SIDA au Bénin : étude de cas dans les zones périurbaines de Cotonou (sud-Bénin). Abomey – Calavi. Mémoire. UAC – FLASH, 2004, 89 p

**LOKOSSOU D. B.**, Quelles stratégies de communication pour l'atténuation des effets de violence faites aux femmes au BENIN ? Abomey – Calavi. Mémoire. UAC – FLASH – DSLC ;2011,

**OMS**, « Femmes et SIDA » in note d'information Femmes et santé n°8. 1997,

**ONUSIDA**, Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, options stratégiques, 1999, 20 p

**ONUSIDA**, Récapitulatif des meilleurs pratiques en Afrique n°2, 2001, 122 p

**ONUSIDA**, Conseil et test VIH volontaire : Une voie d'accès à la prévention et aux soins, 2003, 103 p

**PNLS**, Politique, normes et procédures pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH au Bénin, 2004, 175 p

**PNLS**, Enquête de surveillance de deuxième génération des IST/VIH/SIDA au Bénin (ESDGB 2005) .2006,

**PNLS**, Normes et procédures pour la prévention de la transmission mère – enfant du VIH au Bénin, 2<sup>ème</sup> édition, 2010, 197 p

**UNICEF**, Action en faveur des enfants et des jeunes, ce que les parlementaires peuvent faire contre le VIH/SIDA, 2003, 36 p

**UNICEF**, Action en faveur des enfants et des jeunes, ce que les autorités religieuses peuvent faire contre le VIH/SIDA, 2004, 56 p

UNICEF, Unissons-nous pour les enfants contre le SIDA, appel à l'action, les enfants, la face cachée du SIDA, 2005, 25 p

UNICEF, Un monde digne des enfants, 2006, 118 p

UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, 2007, 157 p

UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 : La santé maternelle et néonatale, 2008, 158 p.

### WEBOGRAPHIE ([www.google.fr](http://www.google.fr))

ALTMAN L. K., 1982, « Clues Found on homosexuals preconcert syndrome », [archive] the new York time consulté le 30 mars 2010

CDC Los Angeles, 1981, Pneumocystis pneumonia 30 Mars 2010

CDC 2008, Epidémiologies notes and reports pneumocitis carinni pneumonia among persons with Hemophiella, [archive] consulté le 30 mars 2010

IRD, 2006, « Vingt cinq ans après la découverte du Virus SIDA, des chercheurs identifient sa réserve naturelle », [archive] consulté le 23 Mars 2010

Kahn Bh, Shaw Gm, Dee Cook Km, AIDS as a zoonosis: scientific and public health implication, science, 2000, 287, 614, PMID: 1064 9986, [archive] consulté le 23 Mars 2010

KHER U., 1982, A name for the plague [archive], time consulté le 30 mars 2010

ONUSIDA, 2008, Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA 2009, [www.unaids-org/fr](http://www.unaids-org/fr) consulté le 11 Mai 2011

ONUSIDA, 2010, Rapport de la situation à l'intention de l'UNGASS, [www.unaids-org/fr](http://www.unaids-org/fr) consulté le 11 Mai 2011

**SIMON F., 2001**, « Le point sur l'origine du VIH et diffusion dans l'espèce humaine » consulté le 23 mars 2010.

# ANNEXES

## GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DU PERSONNEL MEDICAL

### IDENTIFICATION

Nom et Prénoms (facultatif) :

Profession : ..... Age : .....

Sexe : M  F  Ethnie : ..... Religion : .....

Situation matrimoniale : Célibataire  Mariée  Divorcée

- 1) Que pouvez-vous nous dire sur le VIH/SIDA ? .....
- 2) Jugez-vous nécessaire de partager le résultat de son test de dépistage (qu'il soit positif ou négatif) avec son partenaire ? .....
- 3) Quel(s) jour(s) les consultations prénatales se tiennent-elles dans votre hôpital ?.....
- 4) Les consultations prénatales visent quel(s) but(s) ?.....
- 5) Que pouvez-vous nous dire de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ? .....
- 6) A quel moment la mère peut-elle transmettre le virus à son bébé ?.....
- 7) En quoi consiste alors la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) ?.....
- 8) Comment informez-vous les femmes gestantes sur la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) ? .....
- 9) Quels sont à votre connaissance les autres centres qui offrent les services de la prévention de la transmission du VIH-SIDA de la mère à l'enfant ?.....

- 10) Pensez-vous qu'il soit avantageux qu'une gestante séropositive ait recours à la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) ?.....
- 11) Quels sont les avantages de la PTME ?.....
- .....
- 12) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans la mise en œuvre de la PTME ? .....
- 13) Comment qualifieriez-vous les stratégies de communication utilisées pour la PTME ?.....
- 14) Quelles sont vos suggestions dans ce sens ?.....
- .....
- 15) Si une patiente à vous était gestante et séropositive, que lui conseillerez-vous ?.....

Merci de votre collaboration.

## QUESTIONNAIRE

### Mémoire de fin de formation

#### UAC-FLASH/DSLCL

**THEME** : « Contribution aux actions de communication en faveur de la prévention mère - enfant du VIH/SIDA à Cotonou ».

**Par** : Ghislaine S. ADASSAN

**Sous la direction de** : Antoine D. DADELE, enseignant des sciences de la communication

**Et la supervision du** : Pr. Toussaint Yaovi TCHITCHI, professeur des universités du CAMES, enseignant à l'université d'Abomey-Calavi

Cible : La population en âge de procréation (15 à 49 ans)

Objectif : Etudier les stratégies novatrices pour rendre plus efficaces les stratégies de communication pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH /SIDA.

Période :

Numéro fiche N°

### IDENTIFICATION

Nom et Prénoms (facultatif) :

Profession : ..... Age : ..... Sexe : M  F

Ethnie : ..... Religion : .....

Situation matrimoniale : Célibataire  Mariée  Divorcée

Niveau d'instruction :

Alphabétisée : Oui  Non

### A LA POPULATION

1) Que savez-vous du VIH/SIDA ? .....

2) Avez-vous déjà fait une fois le test de dépistage au VIH/SIDA ?

Oui  Non

3) Si oui, pourquoi l'avez-vous fait ? .....

- 4) Si non, quelles sont vos raisons? .....
- 5) Jugez-vous nécessaire de partager le résultat de son test de dépistage (qu'il soit positif ou négatif) avec son partenaire ? Oui  Non
- 6) Si oui pourquoi ferez-vous cela ? .....
- 7) Si non pourquoi ne le partagerez-vous pas ? .....
- 8) Avez-vous déjà entendu parler de la consultation prénatale (CPN) ?  
Oui  Non
- 9) Si oui, de quoi s'agit-il ? .....  
.....
- 10) Savez-vous que le VIH/SIDA peut-être transmis de la mère à l'enfant ?  
Oui  Non
- 11) Selon vous, à quel moment la mère peut-elle transmettre le VIH/SIDA à son bébé ?
- tout le long de la grossesse
  - lors de l'accouchement
  - lors de l'allaitement
  - lors de l'accouchement et de l'allaitement
  - tout le long de la grossesse et lors de l'accouchement
- 12) Savez-vous qu'il est possible aujourd'hui qu'une femme enceinte et porteuse du VIH/SIDA protège son bébé du VIH/SIDA ? Oui  Non
- 13) Si oui, que savez-vous de la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) ?  
.....
- 14) Où peut-on à votre connaissance, avoir accès au service de la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant ?
- dans les centres de santé
  - à la Mairie de Cotonou
  - au Ministère de la santé

- 15) Donnez nous les noms de quelques centres que vous connaissez et qui offrent les services de la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME).....  
.....
- 16) Comment avez-vous eu ces informations ?  
par les médias  par l'entourage  par la documentation   
à l'hôpital  au cours
- 17) Pensez-vous qu'il soit avantageux qu'une femme gestante séropositive ait recours à la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) ? Oui  Non
- 18) Si oui, en quoi consiste cet avantage ?  
.....
- 19) Si une proche à vous est gestante et séropositive et vient vous demander conseil, que lui conseillerez-vous ?  
.....
- 20) Avez-vous déjà assisté une fois à une séance de sensibilisation sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant ?  
Oui  Non
- 21) Si oui, qu'en avez-vous retenu ?  
.....
- 22) Comment trouvez-vous les stratégies de communication pour la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) ?  
.....
- 23) Quelles sont vos suggestions pour les améliorer ? .....

Merci de votre collaboration.

NB : Cochez la (les) case (s) correspondante (s) à vos réponses.

## QUESTIONNAIRE

### Mémoire de fin de formation

#### UAC-FLASH/DSLCL

**THEME** : «Contribution aux actions de communication en faveur de la prévention de la transmission mère - enfant du VIH/SIDA à Cotonou ».

**Par** : Ghislaine S. ADASSAN

**Sous la direction de** : Antoine D. DADELE, enseignant des sciences de la communication

**Et la supervision du** : Pr. Toussaint Yaovi TCHITCHI, professeur des universités du CAMES, enseignant à l'université d'Abomey – Calavi .

Cible : La population en âge de procréation (15 à 49 ans)

Objectif : Etudier les stratégies novatrices pour rendre plus efficaces les stratégies de communication pour la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH /SIDA.

Période :

Numéro fiche N°

### IDENTIFICATION

Nom et Prénoms (facultatif) :

Profession : ..... Age : ..... Sexe : M  F

Ethnie : ..... Religion : .....

Situation matrimoniale : Célibataire  Mariée  Divorcée

Niveau d'instruction :

Alphabétisée : Oui  Non

### AUX FEMMES GESTANTES

- 1) Que savez-vous du VIH/SIDA ? .....
- 2) Avez-vous déjà fait une fois le test de dépistage au VIH/SIDA ?  
Oui  Non
- 3) Si oui, pourquoi l'avez-vous fait ? .....

- 4) Si non, quelles sont vos raisons? .....
- 5) Jugez-vous nécessaire de partager le résultat de son test de dépistage (qu'il soit positif ou négatif) avec son partenaire ? Oui  Non
- 6) Si oui pourquoi ferez-vous cela ? .....
- 7) Si non pourquoi ne le partagerez-vous pas ? .....
- 8) Que savez-vous de la Consultation Périnatale (CPN) ?.....
- 9) Etes-vous régulière aux consultations prénatales ? Oui  Non
- 10) Si oui, pour quelles raisons ? .....
- 11) Si non, pourquoi n'allez-vous pas aux consultations prénatales ? .....
- .....
- 12) Savez-vous qu'une femme gestante séropositive peut contaminer son bébé ? Oui  Non
- 13) Si oui, à quel moment la maman transmet-elle le virus à son bébé ?
- lors de l'accouchement
  - lors de l'allaitement
  - lors de l'accouchement et de l'allaitement
  - tout le long de la grossesse et lors de l'accouchement
- 14) Que savez-vous de la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant (PTME) ? .....
- 15) Où pouvez-vous avoir accès au service de la Prévention de la Transmission Mère –Enfant du VIH/SIDA ?
- dans les centres de santé
  - à la Mairie de Cotonou
  - au Ministère de la santé
- 16) Pensez-vous que le recours à la Prévention de la Transmission Mère – Enfant du VIH/SIDA soit avantageux aux gestantes séropositives ?
- Oui  Non
- 17) Si oui, en quoi consiste cet avantage ? .....

- 18) Par quels moyens avez-vous eu ces informations ?  
par les médias  par l'entourage  par la documentation   
au cours de la consultation prénatale
- 19) S'il arrivait qu'une proche à vous soit gestante et séropositive et venait vous demander conseil, que lui conseillerez-vous ? .....
- .....
- 20) Avez-vous été sensibilisé une fois sur la Prévention de la Transmission du VIH/SIDA de la Mère à l'Enfant ? Oui  Non
- 21) Etes-vous satisfait de la manière dont se fait la sensibilisation sur la PTME ? Oui  Non
- 22) Si non, quelles sont vos suggestions pour améliorer ces stratégies de sensibilisation ? .....

Merci de votre collaboration.

NB : Cochez la (les) case (s) correspondante (s) à vos réponses.

## TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE .....	i
DEDICACE.....	ii
REMERCIEMENTS.....	iii
SIGLES ET ACRONYMES.....	v
GLOSSAIRE.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	xii
RESUMES.....	xiv
INTRODUCTION.....	1
PROBLEMATIQUE.....	3

### CHAPITRE 1 : APPROCHES GEOGRAPHIQUE ET

<b>METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1. APPROCHE GEOGRAPHIQUE.....</b>	<b>9</b>
1.1.1. Bref aperçu de la république du Bénin.....	9
1.1.2. Description et caractéristiques du département du Littoral.....	10
<b>1.2. APPROCHE METHODOLOGIQUE.....</b>	<b>14</b>
1.2.1. Type d'étude.....	14
1.2.2. Population d'étude.....	14
1.2.2.1. Les cibles primaires.....	14
1.2.2.2. Les cibles secondaires.....	14
1.2.3. Site de l'étude.....	15
1.2.4. Echantillonnage.....	15
1.2.5. Technique et outils d'enquête .....	15
1.2.5.1. Les techniques de collecte des données.....	15
1.2.5.2. Les outils de collecte des données.....	16
1.2.6. Période d'étude .....	17
1.2.7. Déroulement de l'enquête.....	18

1.2.8. Disposition éthique.....	18
---------------------------------	----

## **CHAPITRE 2 : REVUE DE LITTERATURE, CADRES CONCEPTUEL**

<b>ET THEORIQUE.....</b>	<b>20</b>
--------------------------	-----------

<b>2.1. REVUE DE LITTERATURE.....</b>	<b>21</b>
---------------------------------------	-----------

<b>2.2. CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>35</b>
-----------------------------------	-----------

2.2.1. Schéma du cadre conceptuel.....	35
--	----

2.2.2. Explication du cadre conceptuel.....	35
---	----

<b>2.3. CADRE THEORIQUE.....</b>	<b>36</b>
----------------------------------	-----------

2.3.1. Les théories de prédiction des comportements.....	36
--	----

2.3.2. Cadre théorique appliquée à la recherche .....	37
---	----

2.3.2.1. Le modèle des croyances relatives à la santé (HBM).....	37
--	----

2.3.2.2. La théorie sociale cognitive (TSC).....	38
--	----

2.3.2.3. La théorie de l'action raisonnée (TAR).....	39
--	----

## **CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS ET**

<b>COMMENTAIRES.....</b>	<b>42</b>
--------------------------	-----------

### **3.1. RESULTATS DU DEPOUILLEMENT DES QUESTIONNAIRES**

<b>D'ENQUETE.....</b>	<b>43</b>
-----------------------	-----------

3.1.1. Caractéristiques générales de la population enquêtée .....	43
---	----

3.1.2. Caractéristiques spécifiques des personnes enquêtées .....	46
---	----

3.1.2.1. Connaissances des personnes enquêtées sur le VIH/SIDA.....	46
---	----

3.1.2.2. Pratiques des enquêtes face au test de dépistage du VIH/SIDA.....	48
--	----

3.1.2.3. Connaissance des personnes enquêtées sur la consultation prénatale (CPN).....	50
--	----

3.1.2.4. Connaissance des enquêtés sur la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (TME).....	52
---	----

3.1.2.5. Connaissances des personnes enquêtées sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME).....	53
---	----

3.1.2.6. Connaissances des personnes enquêtées sur les avantages de la PTME.....	56
3.1.2.7. Les canaux de communication.....	57
<b>CHAPITRE 4 : ANALYSES DES RESULTATS DE L'ETUDE.....</b>	<b>58</b>
<b>4.1. L'ATTEINTE DES OBJECTIFS.....</b>	<b>59</b>
<b>4.2. CONNAISSANCES DES ENQUETES.....</b>	<b>60</b>
4.2.1. Sur le VIH/SIDA.....	60
4.2.2. Sur la consultation prénatale (CPN).....	62
4.2.3. Sur la TME.....	62
4.2.4. Sur la PTME.....	63
<b>4.3. LES FACTEURS LIMITANT L'ACCESSIBILITE A LA PTME.....</b>	<b>64</b>
4.3.1. Le rôle du statut de la femme.....	64
4.3.2. Le rôle de la discrimination et de la stigmatisation liée au VIH/SIDA.....	66
<b>4.4. LES FAIBLESSES DES ACTIVITES DE COMMUNICATION POUR LA PTME.....</b>	<b>67</b>
<b>4.5. LE DEBUT D'UNE PRISE DE CONSCIENCE.....</b>	<b>69</b>
SUGGESTIONS.....	71
CONCLUSION.....	75
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	76
ANNEXES.....	80
TABLE DES MATIERES.....	89