République du Bénin

Université d'Abomey-Calavi

Faculté des Sciences de la Santé

Unité de Formation et de Recherche en Médecine

Année 2021 N° 2400

THESE

DEPISTAGE FAMILIAL DU VIH CHEZ LES PVVIH AU BENIN EN 2021 : Aspects épidémiologiques et sociologiques

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

Docteur en Médecine
Diplôme d'Etat

Par :
Corel Irwin Enagnon GANGBO
Né le 21 Octobre 1995 à Cotonou (République du Bénin)

Directeur de Thèse
- **Professeur Flore GANGBO**

Co - Directeurs
- **Professeur KPATCHAVI Adolphe**
Socio anthropologue
- **Docteur Sènami Aurel ADJAKIDJE**
Médecin santé communautaire/Chef service prévention PSLS

Président du jury
- **Professeur Dorothée AKOKO GAZARD**

Membres du jury
- **Professeur Flore GANGBO**
- **Professeur Adolphe KPATCHAVI**

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1386 /2021/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CP/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur MEHINTO Delphin K.

ICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur ZOUMENOU Eugène

ICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé YEMOA Loconon Y. Achille

ICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur EZIN-HOUNGBE Josiane

Année : 2020-2021 (version novembre 2021)

Source : Service du Personnel

PROFESSEURS TITULAIRES

1. Dr EZIN-HOUNGBE Josiane.....	Psychiatrie Adulte
2. Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
3. Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr KINDE GAZARD Dorothée Akoko.....	Parasitologie Mycologie
5. Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
6. Dr VIGNIKIN -YEHOUESSI Bernadette	ORL-Chirurgie- Cervico- Faciale
7. Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
8. Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
9. Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
10. Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
11. Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
12. Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
13. Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
14. Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
15. Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
16. Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
17. Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
18. Dr DOSSOU Francis Moïse.....	Chirurgie Générale
19. Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
20. Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
21. Dr ALAO Modjère Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
23. Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
24. Dr FIOSSI-KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
25. Dr TONATO-BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
26. Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
27. Dr OGOUYEMI-HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
28. Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
29. Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
30. Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
31. ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
32. Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Source : Service du Personnel

SOUTENU EN 2021

33. Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
34. Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
35. Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
36. Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
37. Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
38. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
39. Dr GBENOU Antoine Séraphin	Chirurgie Pédiatrique
40. Dr YEKPE Hermione Patricia Frida épouse AHOUANSOU	Imagerie Médicale

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
4. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
5. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
6. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
7. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
8. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
9. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
10. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
11. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
12. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
13. Dr YEMOA Loconon Y. Achille	Chimie Analytique-Bromatologie
14. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
15. Dr ALIHONOU Th ierry	Neurochirurgie
16. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr GANFON Habib M. Yoel.	Pharmacognosie
18. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
19. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
20. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
LE DOYEN

ARCHIVE 2021

Source : Service du Personnel

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr ALIHONOU Florence	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
5. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
6. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
7. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
8. Dr DJOSSOU Médéssè David (Demande de mise à disponibilité).....	Odontologie Pédiatrique
9. Dr HODONOU Détondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
10. Dr LAWANI Ismaïla.....	Chirurgie Viscérale
11. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ZOHOUN-GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
13. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
14. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie
15. Dr ADJAGBA D. Philippe M	Cardiologie
16. Dr AMOSSOU L. François.....	Traumatologie-Orthopédie
17. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
18. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
19. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie.....	Ethnologie
20. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
21. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
22. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
23. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
24. Dr LOKOSSOU M. Symphorose.....	Gynécologie-Obstétrique
25. Dr PADONOU Abiodoun Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
26. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
27. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie Pathologique
28. Dr SONOU Djidjoho Joël A.....	Cardiologie
29. Dr TOGNIFODE M. Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
30. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis...	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
31. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
32. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
33. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
34. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
35. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
36. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
37. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
38. Dr BOGNON Gilles M.....	Pédiatrie
39. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
40. Dr MIKPONHOUE Rose Christelle épse OLOU.....	Médecine du Travail
41. Dr PADONOU Caroline	Pédiatrie

Source : Service du Personnel

MAK 4/10

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

REVUE 2021

42. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
43. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation
44. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
45. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
46. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
47. Dr HOUNKPONOU Eliane Kayivi Murielle épouse AMOUSSOU-GUENOU.....	Cardiologie
48. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
49. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition et Diététique

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien K.(Procédure d'appel en cours pour service abandonné)	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO-AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr SOSSA Jean	Urologie
5. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
6. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
7. Dr LAWSON Roland F (Situation non connue).....	Pharmacologie
8. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
9. Dr HOUESSOU ENIANLOKO Nicole Zinhoué épse TCHIAKPE.....	Pédiatrie
10. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
11. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
12. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
13. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
14. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
15. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MBK 5/10

NOVEMBRE 2021

Source : Service du Personnel

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- Dr LECLERCQ Joëlle.....	Professeur de Pharmacognosie à l'Université Catholique de Louvain (UCL)
2 - Dr CREPPY Edmond.....	Professeur de Toxicologie à la retraite - Université de Bordeaux 2
3 - Dr ATINDEHOU Eugène.....	Professeur de Chimie Analytique à la retraite - Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
4 - Dr GRISLAIN Luc.....	Professeur de Galénique à l'Université Bordeaux 2
5 - Dr POUPAERT Jacques.....	Professeur de Chimie Pharmaceutique à la retraite – Université Catholique de Louvrain
6 - Dr EVRARD Brigitte.....	Professeur de Galénique à l'Université de Liège
7-Dr ROBERT Jean-Michel	Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie Université de Nantes
8-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine	Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso
9-Dr OUATTARA Mahama.	Maître de Conférences Agrégé de Chimie Médicale à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY
10-Dr SANGARE Béatrice...	Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAK 6/10

NOVEMBRE 2021

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice	Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC
2–Dr AHISSOU Hyacinthe.....	Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
3–Dr GBENOU Joachim	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
4- Dr OUENDO Edgard-Marius.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)
5- Dr KPATCHAVI Adolphe.....	Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie
6- Dr AGUEH Damienne Victoire.....	Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition
7–Dr JOSSE Roger Gérard	Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène.....	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12– Dr OGOUYANDJOU Simplice.....	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
15- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
16- Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique.....	Maître-Assistant en Chimie Organique

MSK 7/10

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NON OPPOSABLE

Source : Service du Personnel

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - Mr JADIN Olivier	Kinésithérapie
2 - Mr YEHOUESSI Jacques	Soins infirmiers
3 - Mme QUENUM Marie	Soins Infirmiers
4 - Mr AFANUH Matthew.....	Anglais
5- Dr HENADOU Martin	Législation Pharmaceutique
6 - Dr AHLONSOU Prosper	Législation Pharmaceutique
7 - Mr ANANI Yves.....	Techniques de kinésithérapie passive
8 - Mr ASSOGBA Franck.....	Techniques de kinésithérapie active
9 - Mr GNIMASSOU Karol.....	Techniques de kinésithérapie respiratoire
10- Mme DJIVOH Yolande.....	Périnéologie
11- Mr AHO Audrey	Electrothérapie
12 - Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
13 - Mr SOGBOSSI Emmanuel.....	Anatomie palpatoire
14 - Mme ZOUNON Diane.....	Analyse du mouvement
15 - Mr OLOUKA Jean.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
16 - Mme BABI Josiane.....	Techniques de kinésithérapie en neurologie-pédiatrie
17 - Mr ACAKPO Alfred.....	Nutrition
18- Mr KADI Christophe.....	Anglais
20 - Mr DJOSSOU A. K. Alfred.....	Anglais
21 - Mr SOUMANOU Mohamed.....	Technologie alimentaire
22 - Mr ABOU Adam.....	Technologie alimentaire
23 - Mme CAPO-CHICHI Callinice.....	Biologie moléculaire
24 - Mr SANNI Ambaliou.....	Biologie moléculaire
25 - Dr ALASSANI Adébayo.....	Médecine interne/Nutrition
26 - Mr MIKODE Denis.....	Nutrition
27 - Mme LOKOSSOU Céline.....	Nutrition

Source : Service du Personnel

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2021

28 - Mme HOUNGBO Hermance.....	Nutrition
29 - Mr ADOMAHOU David.....	Nutrition
30 -Mme DOSSOU-SINTONDJI Reine.....	Nutrition
31- Dr SOSSA Charles.....	Nutrition
32 - Mr HESSOU Joseph.....	Nutrition
33 - Mme MELOME Marie Constance	Communication
34 - Mme COSSI Reine.....	Méthodologie
35 – Dr MOROU Karim	Nutrition
36– Dr AZANDJEME Colette	Nutrition
39-Mme Napporn Clarisse.....	Psychologie Sociale, (Maître-assistant à la FLASH)
40 - Mr AÏHOU Mamère.....	Finances Publiques
41 -Mr AMOUSSOU YEYE Denis	Psychologie générale, Psychologie du couple
42- Dr BODEA Gilbert	Méthodologie de la recherche, Sociologie de la famille
43 - Mr ZANNOU Jules.....	Droit Administratif et Constitutionnel
44 - Mr KEKE Jean-Claude.....	Economie
45 - Mr AVOCE Viagamou.....	Economie
46- Mr EKPINSE Emile	Rédaction administrative
47 - Mme SAGBOHAN Mireille.....	Economie Familiale, Economie Sociale
48- Mr HOUEDJISSIN Benoit.....	Déviance et délinquance juvénile
49 - Mme AKINHOLA Valérie.....	Méthodologie d'intervention, intervention sociale d'aide à la personne
50 - Mme IDOSSOU Valérie.....	Introduction à la politique sociale, politique de protection des personnes âgées, cadre théorique, service social de groupe
51- Mr ADJAÏ Olivier....	Politique de protection sociale de l'enfant
52 - Mr TONI Mathias.....	Politique de la jeunesse, Politique de protection sociale des personnes handicapées.
53- Mr COMAHOUE Franck	Politique de protection sociale de l'enfant, TD devoir médico-social (Méthodologie d'intervention)
54- Mme SESSOU Fidélia	TD Devoir social (Méthodologie d'intervention)

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MDK 9/10

Source : Service du Personnel

NOVEMBRE 2021

55- Dr de SOUZA Pélagie Léchidia.....	Socio-Anthropologie Générale
56 - Mr SOSSOU Janvier	Technique d'animation
57 - Mr HOUNTONDJI Albert	Droit du travail
58 - Mr HOUNTONDJI Jules	Service social communautaire
59- Mr ALADATIN Prévert	Droit Pénal Général, Procédure Pénal
60 - Dr IBIKUNLE Charles	Introduction au Droit, Droit civil
61 - Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
62- Mr ATODJINOU Candide	Statistique
63- Mr AKOCHAYE Nicolas	Démographie
64 - Dr VISSOH Séraphin.....	Méthodologie de la Recherche
65 – Mr GBEHINTO Bruno	Gestion de projet
66- Mr NANSI Célestin	Sécurité Sociale
67- Mr AGBOGBE Nestor	RBC et Pédiatrie Sociale
68- Mme DARBOUX Marie Antoinette Brigitte	Littérature Anglaise et Américaine

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Le Doyen,

01/12/21

Professeur Delphin K. MEHINTO

NOVEMBRE 2021

Source : Service du Personnel

ACTION DE GRÂCES

« Je célébrerai le nom de Dieu par des cantiques, Je l'exalterai par des louanges. » Psaumes 69:30.

« Chantez à l'Éternel avec actions de grâces, Célébrez notre Dieu avec la harpe! Il couvre les cieux de nuages, Il prépare la pluie pour la terre; Il fait germer l'herbe sur les montagnes. Il donne la nourriture au bétail, Aux petits du corbeau quand ils crient. » Psaumes 147:7-9.

Dieu éternel et tout puissant, je voudrais te rendre grâce pour tous tes bienfaits dans ma vie, encore plus pour ce travail. Continue de m'accompagner tout au long de ma vie et de ma carrière. J'ai mis en toi ma confiance et je ne serai point déçu.

Gloire à ton saint nom !

DEDICACES

- **A mon père Eugène A. GANGBO**

« Un père est pour ses enfants ce qu'est le ciel même pour les choses créées. » Proverbe de Confucius ; Le livre des sentences - VIe s av J.C.
Papa, trouve à travers ce travail les valeurs qui sont tiennes et qui sont devenues miennes : l'abnégation, l'amour du travail bien fait et la culture de l'excellence. Merci pour tout ce que tu as consenti comme efforts pour mes frères et moi.

Daigne l'éternel t'accorder une santé robuste, la longévité et la prospérité dans tes activités.

- **A ma mère Sylvie Hilariat GANGBO née HOUNGBEDJI**

« C'est pour mieux vous guider sur la route éphémère, enfants, que le Seigneur vous dota d'une mère. » Citation de Louis Belmontet ; Les pensées, maximes et proverbes poétiques (1861)
Maman, tu as guidé mes premiers pas sur cette terre, et tu continues d'être pour moi cette lumière que je suis pour avancer. Tes conseils formulés au quotidien, m'ont permis d'affronter les difficultés et de réussir bien de choses. Reçois ce travail comme l'expression de ma profonde gratitude et de mon immense reconnaissance à ton égard.

Plaise Dieu te bénir au-delà de tes espérances et me permette de te faire bénéficier des fruits de tes efforts.

- **A ma tante, Flore Armande GANGBO**

Tata, tu as inspiré mon rêve d'embrasser une carrière médicale. Tu m'as accompagné à chaque étape de mon cursus, jusqu'à ce dénouement heureux. Tu incarnes si bien le savoir, le savoir-faire et le savoir-être que requiert l'exercice de la médecine.

Reçois par ce travail la promesse de te faire honneur dans ma vie en général et dans ma carrière en particulier.

- **A ma tante, Aurore GANGBO**

Tata, merci pour ta présence et pour l'instinct maternel dont tu nous as abreuvé tout au long de notre parcours.

Retrouve à travers ce travail la concrétisation de tes prières et de tes vœux à mon égard.

- **A ma sœur Arnielle-Axelle et à mon frère Florel-Yvon**

Fraternellement vous avez su m'accompagner tout au long de ces années d'études en médecine. De vous j'ai pu puiser réconfort, courage et soutien pour y arriver. Je nous souhaite de réussir nos vies et de rendre fiers nos parents.

L'éternel daigne nous bénir et nous unir davantage.

- **A Marielle Axelle AYINADOU**

L'énergie et le dévouement avec lesquels tu as été à mes côtés tout au long de ces études sont sans pareil : ce travail est aussi le tien. A travers lui, je veux te témoigner mon immense respect et ma profonde considération.

Dieu nous accompagne dans nos projets et que le bonheur soit nôtre.

- **A Lamine ASSOUMA**

La Faculté des Sciences de la Santé nous a procuré ce bonheur et cette grande chance de nous connaître. Ensemble nous avons réalisé de grandes choses, et je ne doute pas du fait que l'avenir nous fera triompher davantage.

Merci pour cette fraternité qui dure depuis plusieurs années.

REMERCIEMENTS

- **Au Dr BACHABI Moussa**

Vos connaissances pointues dans le domaine de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin ont été très utiles dans la réalisation de ce travail. Merci pour votre disponibilité et pour toute l'aide dont nous avons bénéficié venant de vous.

Sincères remerciements !

- **Au Dr Aurel ADJAKIDJE**

Vous avez accepté m'accompagner dans ce travail, et vous l'avez fait. Votre dynamisme, et votre simplicité nous ont marqué. Vous avez été disponible et su trouver les mots justes pour nous encourager quand les obstacles se dressaient sur nos chemins. Merci pour tout.

Sincères remerciements !

- **A mes oncles, tantes et cousins**

A travers ces petits mots, permettez-moi d'exprimer ma profonde gratitude pour la pérennité de votre amour. Vous êtes pour moi le symbole d'une famille, une vraie.

Merci pour tout.

- **A Marcus ASSOGBA, Orphé KITCHEY, Fannick AKLE et Juvenal HONVOU**

Vous avez su répondre présent quand il le fallait. Merci pour tous ces moments de qualité que nous avons partagé.

Recevez toutes mes amitiés.

- **A Emmanuel AKOTO, Henry Joel GANDJO, Madjid TAMOU et Ulrich PATINVOH**

Venus de divers horizons, nous nous sommes unis par le même rêve : celui d'impacter positivement notre génération. Tous ces moments de stress et de joie nous ont forgé et ont fait de nous des personnes plus fortes et mieux aguerries pour affronter la vie.

Vivement la réalisation de nos rêves et brillante carrière à tous.

- **A Dr Eric ASSOGBA, Dr Joël LAINE et Dr Arsène GUEDEGBE**

Chers aînés, merci pour vos conseils avisés et l'exemple que vous m'avez donné.

Brillante carrière à vous.

- **A mon groupe de stage interné**

Chers collègues, ce fut un véritable honneur pour moi de partager douze mois de ma formation médicale avec vous. Merci pour cette étape de notre formation vécue ensemble.

Bonne carrière à tous.

- **A la 43ème promotion de médecins entièrement formés à la FSS de Cotonou**

Le parcours a été long et parsemé d'embûches ; en voici le dénouement heureux. Merci pour ce chemin traversé ensemble.

Dieu nous aide à appliquer les enseignements reçus de nos maîtres.

- **A toutes les personnes que je n'ai pas nommées et qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à ce travail,**

Merci pour cette présence à mes côtés.

Que le bon Dieu vous réserve le meilleur.

HOMMAGES

- **Au professeur Delphin MEHINTO, doyen de la Faculté des Sciences de la Santé**

Vous avez été un guide pour nous au sein de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Votre sens pointu de la responsabilité et de l'engagement citoyen nous a inspiré tout au long de notre parcours. Veuillez trouver ici, l'expression de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux !

- **A notre maître et directeur de thèse, le professeur Flore Armande GANGBO**

Merci cher maître de nous avoir accordé l'honneur de diriger ce travail de thèse. Nous avons énormément appris de vous durant notre cursus universitaire à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, et encore plus au cours de cette aventure. Votre rigueur scientifique couplée à vos multiples qualités humaines nous a marqué ; vous êtes un modèle. Veuillez trouver à travers ces mots l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration.

Hommages respectueux !

- **A notre maître et co-directeur de thèse, le professeur Adolphe KPATCHAVI**

Merci cher maître d'avoir accepté de codiriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos apports nous ont permis de considérablement l'améliorer.

Hommages respectueux !

- **A tous les maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de Cotonou**

Vous nous avez enseigné l'art médical et vécu avec nous des expériences enrichissantes. C'est pour nous un immense honneur de vous avoir eu comme enseignants.

Nous vous promettons d'être dignes du savoir que vous nous avez légué.

- **Au Président du Jury**

Merci cher maître de nous faire honneur en acceptant de présider ce jury de soutenance de thèse. Recevez l'expression de notre reconnaissance et de notre grande estime.

Hommages respectueux !

- **Aux Honorables Membres du Jury**

En dépit de vos nombreuses occupations, vous vous êtes libérés pour juger ce travail. Vos remarques, apports et suggestions seront attendus pour améliorer la qualité de ce travail. Veuillez recevoir l'expression de notre profond respect.

Hommages respectueux !

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ABC : Abacavir
ADN : Acide Désoxyribonucléique
ARN : Acide Ribonucléique
ARNm : Acide Ribonucléique messager
AZT : Zidovudine
CCR5 : Famille des récepteurs de chimiokines
CD4 : Protéine de surface présente chez une sous-population de lymphocytes T
CD8 : Protéine de surface présente chez une sous-population de lymphocytes T
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CMH : Complexe Majeur d'Histocompatibilité
CNLS-TP : Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les infections
CPN Consultation Pré Natale
CXCR4 : Famille des récepteurs de chimiokines
EFV : Efavirenz
Env. : Précurseurs codés
ETME : Elimination de la Transmission Mère Enfant
FE : Femme Enceinte
Gag : Protéines précurseurs
Gag Pol : Protéines précurseurs
GAM : *Global AIDS Monitoring*
gp : Glycoprotéine
HIV : *Human Immunodeficiency Virus*
HIV-1 : *Human Immunodeficiency Virus-1*
HIV-2 : *Human Immunodeficiency Virus-2*
HSH : Homme ayant des rapports Sexuels avec des Hommes
HTLV : *Human T-cellLeukemia/LymphomaVirus*

INTI : Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
INNTI : Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse
IP : Inhibiteurs de la Protéase
LAV : Premier nom du virus du SIDA
NEF : Protéine dites accessoires
NVP : Névirapine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONU : Organisation des Nations Unies
PCR : *Polymerase Chain Reaction*
PIC : Complexe de Pré-Intégration
PPL : Personne Privée de Liberté
PS : Professionnel de Sexe
PSLS : Programme de Santé de Lutte contre le SIDA
PTME : Prévention de la Transmission Mère – Enfant
PVVIH : Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience
R5 : Type de virus
Rev : Protéines assurant l'exportation des ARNm vers cytoplasme
RT : Retro Transcriptase / Transcriptase Inverse
R5X4 : Type de virus
SIDA : Syndrome de l'Immuno- Déficience Acquise
TAR : Traitement Anti Rétroviral
TARc : Traitement Anti Rétroviral Combiné
TAT : Protéine jouant un rôle majeur dans la régulation de la transcription
3TC : Lamivudine
TME : Transmission Mère- Enfant
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
Vif : Protéines dites accessoires
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
Vpr : Type de protéines

Vpret : Protéines dites accessoires

Vpu : Protéines dites accessoires

X4 : Type de virus

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Niveau atteint par le Bénin en termes de prise en charge en 2020---------- 16

Tableau II: Evolution des principaux indicateurs du PSLS de 2016 à 2020---------- 17

Tableau III: Personnel impliqué et rôles ---------- 34

Tableau IV: File active des sites de prise en charge impliqués ------- 38

Tableau V: Effectif sélectionné dans les sites de prise en charge ---- 38

Tableau VI: Sexe, âge et religion des enquêtés ---------- 44

Tableau VII: Niveau d'instruction et situation matrimoniale des enquêtés---------- 45

Tableau VIII: Type d'activités des enquêtés ---------- 46

Tableau IX: Voies de transmission et perception du VIH par les enquêtés---------- 48

Tableau X: Raisons du partage et du non partage de l'état pathologique des enquêtés---------- 52

Tableau XI: Membres de la famille et raisons du partage à ces membres---------- 53

Tableau XII: Age au dépistage positif, durée de connaissance, circonstances et sentiments à la découverte de la séropositivité---------- 55

Tableau XIII: Raisons du partage et du non partage du statut VIH avec l'entourage---------- 58

Tableau XIV: Durée entre la découverte du statut et le partage avec l'entourage, et membre de la famille avec qui le partage a été fait ---------- 59

Tableau XV: Raisons de l'encouragement ou non au dépistage de l'entourage et méthodes utilisées pour cet encouragement ---------- 61

Tableau XVI: Intérêt de susciter le dépistage de son entourage et délai idéal de partage de la séropositivité ---------- 63

Tableau XVII: Avis et justification sur la réalisation du dépistage familial ---------- 65

Tableau XVIII: Avis des enquêtés sur le dépistage familial en fonction des cas index ---------- 67

Tableau XIX: Taux d'exécution financière du PSLS de 2016 à 2020 -- I

Tableau XX: Références et destinataires des lettres d'autorisation de collecte ---------- DD

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Schéma organisationnel du VIH [3] ---------- 8

Figure 2: Prévalence de l'infection à VIH au sein des principales populations sous surveillance (Source : Enquête de Surveillance de Deuxième Génération 2017) ---------- 14

Figure 3: Evolution des nouvelles infections à VIH par département de 2016 à 2020 au Bénin ---------- 15

Figure 4: Evolution de la file active des PVVIH sous ARV de 2016 à 2020.---------- 18

Figure 5: Evolution des taux d'acceptation du dépistage VIH et du traitement ARV par les gestantes de 2016 à 2020 -------- 19

Figure 6: Evolution du niveau de réalisation de la PCR chez les enfants issus de mères séropositives de 2016 à 2020 ---------- 20

Figure 7: Raisons de l'existence du SIDA selon les enquêtés ---------- 47

Figure 8: Raisons expliquant la contamination du VIH selon les enquêtés ---------- 50

Figure 9: Avis des enquêtés par rapport aux avantages à partager son statut de séropositif avec son entourage ---------- 62

Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou a arrêté que les opinions émises dans cette thèse n'engagent que son auteur

SOMMAIRE

INTRODUCTION ---------- 1

1. GENERALITES---------- 5

2. CADRE, MATERIEL ET METHODE ---------- 30

3. RESULTATS---------- 43

4. DISCUSSION ---------- 68

CONCLUSION---------- 79

SUGGESTIONS ---------- 82

REFERENCES ---------- 85

ANNEXES ----------A

TABLE DES MATIERES---------- a

INTRODUCTION

La lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) depuis sa découverte en 1983, constitue un défi majeur en matière de santé publique à l'échelle mondiale.

Les efforts des différentes politiques de riposte ont permis de répertorier en 2020 dans le monde, selon les sources de l'ONUSIDA 37,6 millions de PVVIH dont 35,9 millions d'adultes et 1,7 million d'enfants (0-14 ans).

Au Bénin en 2020, selon les estimations du SPECTRUM, le nombre de PVVIH était de 75 770 dont seulement 53 750 connaissaient leur statut sérologique [1]. Il existe donc un écart important entre le nombre de PVVIH supposé et le nombre de PVVIH connaissant leur statut sérologique au Bénin. En 2015, l'OMS a recommandé le « test and treat » ce qui signifie que toute PVVIH connue doit être mise systématiquement sous traitement antirétroviral. L'écart important des PVVIH non encore identifiées et non encore mises sous traitement constitue une menace du point de vue épidémiologique.

Les stratégies pour identifier les PVVIH n'ont donc pas encore atteint les objectifs escomptés. Il s'agit du dépistage, premier volet et porte d'entrée dans le processus de prise en charge des PVVIH.

Pour y parvenir, on a recours à certaines stratégies, notamment :

- Le dépistage en poste fixe : il peut s'agir du dépistage à l'initiative du prestataire (à visée diagnostique) ou du dépistage à l'initiative du patient (dépistage volontaire) ;
- Le dépistage en stratégie avancée : il s'agit le plus souvent des campagnes de dépistage et du dépistage communautaire.

Pour combler ce gap entre le nombre de PVVIH supposé et le nombre de PVVIH connu, il a été proposé d'ajouter aux stratégies de dépistage existantes, les stratégies différenciées dont fait partie le dépistage familial.

Le point d'entrée de la personne dépistée peut être de plusieurs sources : la personne elle-même, son ascendant, son descendant, son conjoint, etc.

Le dépistage qui se fait à partir d'un cas connu pour remonter à la famille s'appelle dépistage à partir du cas index, qui peut se faire de façon ascendante ou descendante dans une famille.

Dans le processus de prise en charge d'une PVVIH, le socle familial est déterminant. Les études dans notre pays montrent que les femmes enceintes se laissent dépister facilement parce qu'elles en perçoivent l'intérêt pour l'enfant qu'elles portent. Mais des difficultés surviennent lorsque le père, le conjoint doit être impliqué dans les soins ou le dépistage lui-même. Il s'agit d'un refus temporaire, d'un refus définitif ou d'un déni probablement lié aux pesanteurs socio-culturelles.

Il apparaît donc important de mieux cerner les raisons pour lesquelles :

- Une grande frange des porteurs du VIH est encore inconnue ;
- Le refus, le déni persistent encore malgré tous les moyens investis depuis plusieurs années.

Jusqu'à présent peu d'études se sont centrées sur les aspects sociologiques de la question, dont l'impact est probablement très important.

OBJECTIF GENERAL

Etudier le dépistage familial du VIH SIDA chez les PVVIH au Bénin en 2021.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

a) Déterminer la fréquence du refus du dépistage familial à partir des cas index au Bénin en 2021 ;
b) Identifier les facteurs entravant le dépistage au sein de la famille en partant des parents comme cas index au Bénin en 2021 ;
c) Proposer des suggestions et recommandations en vue de l'amélioration du dépistage familial.

1. GENERALITES

1.1. Historique

En 1983, isolé à l'institut Pasteur de Paris, le VIH fait partie de la famille des rétrovirus (virus à ARN, capable de rétro transcrire celui-ci en ADN proviral grâce à l'activité d'une enzyme, la transcriptase inverse).

L'épidémiologie a d'emblée suggéré une transmission par un agent pathogène présent dans le sang et les humeurs.

L'hypothèse rétrovirale a très rapidement été avancée d'autant qu'il existait plusieurs modèles animaux de déficits immunitaires impliquant cette famille de virus et que le virus HTLV-1 (Human T-cellLeukemia/LymphomaVirus) venait d'être isolé chez des malades atteints de leucémies et lymphomes T humains.

L'agent causal du SIDA est le virus HIV-1 (pour : Virus de l'Immunodéficience Humaine ; auparavant LAV/HTLV-III) isolé pour la première fois par F. BARRE-SINOUSSI et coll à l'Institut Pasteur en 1983 et par la suite aux Etats-Unis en 1984. Il est responsable de la pandémie du VIH [2].

1.2. Agent pathogène (famille, genre, structure, réplication, propriétés)

Le virus de l'immunodéficience humaine est un virus appartenant à la famille des Retroviridae ou des Rétrovirus car il possède la transcriptase inverse, qui a la propriété de rétro transcrire le matériel génétique viral (ARN) en ADN appelé Proviral.

1.2.1. Genre du VIH

Son genre est celui des lentivirus, c'est-à-dire qui provoque une maladie à évolution lente. Actuellement, la famille des rétrovirus qui recouvre en fait toute particule possédant une transcriptase inverse, est divisée en trois sous-groupes selon des paramètres phyto-génétiques : Oncovirus, Lentivirus, Spumavirus. Le VIH appartient aux lentivirus.

1.2.2. Structure du VIH

La structure du HIV comporte :

a) une enveloppe virale constituée d'une bicouche lipidique et de deux sortes de glycoprotéines : gp120 et gp 41.

La molécule gp 41 traverse la bicouche lipidique tandis que la molécule gp120 occupe une position plus périphérique : Elle joue le rôle de récepteur viral de la molécule membranaire CD4 des cellules hôtes.

L'enveloppe virale dérive de la cellule hôte. Il en résulte qu'elle contient quelques protéines membranaires de cette dernière, y compris des molécules du CMH.

b) Un core viral ou nucléocapside, qui inclut une couche de protéine p17 et une couche plus profonde de protéines p24.

c) Un génome constitué de deux copies d'ARN simple brin associées à deux molécules de transcriptase inverse (p64) et à d'autres protéines enzymatiques (protéase p10 et intégrase p32).

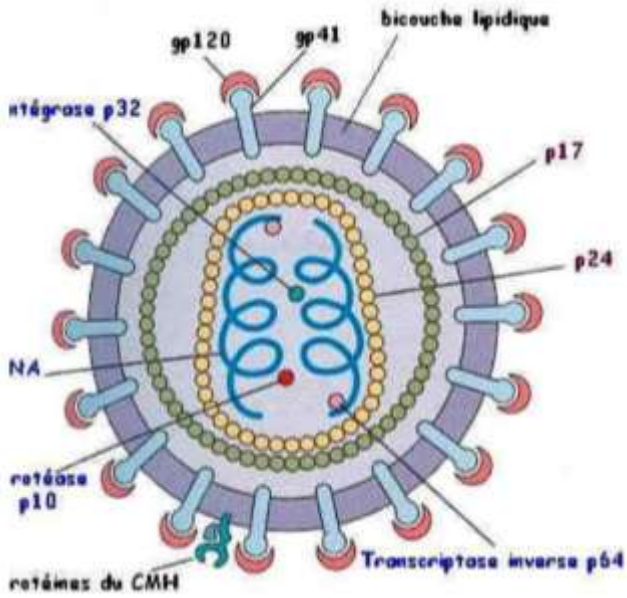


***Figure 1**: Schéma organisationnel du VIH [3]*

1.2.3. Cycle de réplication du VIH [4]

L'infection commence avec l'interaction entre les gp120 et les récepteurs cellulaires permettant la fusion membranaire suivie du relâchement de la nucléocapside dans le cytoplasme.

Les brins de l'ARN viraux sont rétro-transcrits en ADN double brin par la transcriptase inverse.

Le complexe de pré-intégration PIC est ensuite dirigé vers le noyau, et l'ADN viral intègre le chromosome de l'hôte par l'action de l'intégrase.

L'ADN proviral utilise la machinerie cellulaire pour être transcrit en différents ARNm qui seront traduits en différentes protéines.

Les protéines et l'ARN s'assemblent dans des particules virales immatures et bourgeonnent à la membrane cellulaire.

La protéase vient ensuite cliver les précurseurs Gag et Gag-Pol générant des particules virales infectieuses.

Le VIH-1 infecte les cellules immunitaires exprimant le récepteur CD4, donc principalement les lymphocytes T CD4+auxiliaires ainsi que les cellules myéloïdes, notamment les macrophages.

L'infection est initiée par la liaison de la glycoprotéine gp120 de l'enveloppe virale au récepteur CD4 et ensuite à un corécepteur appartenant à la famille des récepteurs de chimiokines, CCR5 ou CXCR4. L'affinité pour l'un ou l'autre de ces corécepteurs définit le tropisme viral, on parle de virus de type R5 et de virus de type X4, ou de virus "dual R5X4" utilisant les deux corécepteurs. Suite à la formation du complexe CD4/gp120/corécepteur, la gp41 adopte une conformation plus relâchée, permettant la libération de son peptide de fusion. Le peptide de fusion va s'ancrer à la membrane de la cellule hôte pour créer un pore de fusion via lequel le virus va éjecter sa capside dans le cytoplasme cellulaire. L'entrée de la capside dans le cytoplasme est suivie de sa dégradation, libérant ainsi son contenu dans le cytoplasme, soit les deux brins d'ARN et les enzymes virales. Par la suite, l'ARN du VIH sera rétro transcrit en ADN double brin grâce à la transcriptase inverse.

Se forme alors le PIC, qui résulte de l'assemblage de l'ADN viral avec l'intégrase, les protéines Vpr, la RT et la matrice.

La protéine Vpr dirige le complexe vers le noyau. Rendu au noyau et sous l'action de l'intégrase, l'ADN viral va intégrer le génome de la cellule hôte sous forme de provirus. C'est cette étape du cycle viral qui constitue le principal obstacle à l'éradication de l'infection.

La transcription de l'ADN proviral est initiée à partir du promoteur viral dans le LTR 5' et utilise l'ARN polymérase II cellulaire.

Dans un premier temps, ce sont les ARNm épissés courts codant pour les protéines :

i. Rev et Nef qui sont synthétisés et traduits.
ii. Tat joue un rôle majeur dans la régulation de la transcription. Cette protéine favorise l'élongation de l'ARNm en se liant à la séquence Tar de l'ARN viral.

    Suite à quoi est entreprise la transcription des ARNm non épissés, en codant les précurseurs Gag, Gag-Pol et Env, et les ARNm partiellement épissés en codant les protéines dites accessoires, Nef, Vif, Vpret Vpu;
iii. Rev assure l'exportation de ces ARNm vers le cytoplasme pour y être traduits).

Une fois la traduction complétée, les protéines virales s'assemblent et s'associent à l'ARN viral, formant ainsi les virions immatures qui vont bourgeonner à la membrane plasmique

Les protéines précurseurs Gag et Gag-Pol vont subir par la suite un clivage protéolytique par la protéase virale, générant des particules virales matures infectieuses.

1.2.4. Propriétés physico-chimiques du VIH [5]

Les VIH sont des virus fragiles, inactivés rapidement par les agents physico-chimiques tels que : l'eau de javel (solution10%), l'alcool (70%), l'exposition à des PH>10 ou<6, le chauffage à 56°C pendant 30 minutes.

Le VIH est également inactivé en 5 minutes par l'hypochlorite de sodium à 0,2%; le glutaraldéhyde à 0,2%.

1.2.5. Voies de transmission du VIH [6]

Le VIH se trouve dans certains liquides corporels, notamment le sang, le sperme, les sécrétions vaginales, les sécrétions rectales et le lait maternel. Les modes de transmission du VIH sont les suivants :

a) rapports sexuels (vaginaux ou anaux) non protégés et, dans de très rares cas, contacts bucco-génitaux avec une personne infectée ;
b) la voie sanguine par partage d'aiguilles, de seringues, de transfusion de sang contaminé, d'autres matériels d'injection, de matériel chirurgical ou d'autres instruments pointus;
c) de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement au sein.

1.3. Résumé de la physiopathologie du VIH [7]

Histoire naturelle : L'évolution spontanée de l'infection VIH peut être divisée en trois phases :

a) **Phase aiguë ou primo-infection** : dure quelques semaines.
b) **Phase chronique** : dure plusieurs années ; caractérisée par une latence clinique mais sans latence virologique.
c) **Phase finale symptomatique appelée SIDA** : qui dure de quelques mois à quelques années. Les cellules cibles du HIV sont les lymphocytes T.

1.4. Le VIH/SIDA au Bénin

1.4.1. D'une façon générale

Au Bénin, les différentes politiques mises en place ont permis d'obtenir des résultats probants et des données épidémiologiques au profit de la lutte contre le VIH/Sida.

Ces résultats sont à mettre à l'actif de l'action synergique des acteurs à divers niveaux impliqués dans la riposte contre la maladie, aussi bien à l'échelle planétaire que nationale.

Ainsi le ministère de la santé du Bénin, conformément à ses prérogatives, entend accélérer les services de prévention, de traitement et de soutien communautaire de l'infection à VIH. L'annexe 1 décrit les détails des activités du ministère de la santé du Bénin (Annexe 1).

Ces différentes interventions dudit ministère se font à travers des structures créées à cet effet : notamment le CNLS-TP dont la mission est résumée en Annexe 2 (Annexe 2) et le Programme Santé de Lutte contre le Sida (PSLS).

Le PSLS est un programme sous tutelle du ministère de la santé en lien avec le CNLS-TP. Il est spécifiquement orienté dans la lutte contre le VIH/Sida et les infections sexuellement transmissibles. Ses activités principales sont : la gestion des produits de santé et la prise en charge des PVVIH, le renforcement de capacités et le partage d'expériences et enfin l'assurance de la qualité des prestations (Annexe 3).

Le PSLS dans l'exécution de ses attributions mène des actions d'intégration avec d'autres programmes/projets notamment le Programme National contre la Tuberculose (PNT), le Programme

National de Lutte contre les Hépatites et Plan International Bénin (Annexe 4).

Des efforts louables sont consentis dans cette lutte contre le VIH/Sida au Bénin. En effet l'Etat avec l'appui des partenaires techniques et financiers mobilisent d'énormes ressources avec un bon taux d'exécution financière (Annexe 5).

Néanmoins des défis existent et s'imposent au PSLS. Il s'agit essentiellement de la mise à disposition de données actualisées sur la prévalence du VIH au sein de la population générale ainsi que des modes de transmission du VIH au Bénin.

1.4.2. Données épidémiologiques du VIH/Sida de 2016-2021 au Bénin [8]

Selon les Enquêtes Démographiques et de Santé 2006 et 2012, la prévalence de l'infection à VIH tend à se stabiliser au Bénin à 1,2 % dans la population générale. Il existe néanmoins des poches à prévalences plus élevées, notamment au sein des populations clés et de certaines populations passerelles selon l'Enquête de Surveillance de Deuxième Génération (ESDG) 2017.

Il s'agit des Professionnelles du Sexe (PS : 8,5 %), des Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes (HSH : 7%), des Serveuses de Bars et Restaurants (SBR : 5,2 %), des Consommateurs de Drogues Injectables (CDI : 2,2%) et des clients des PS (CLPS : 2%).

Certains groupes vulnérables restent sous étroite surveillance et font l'objet d'une attention particulière bien que la prévalence en leur sein soit relativement faible. Il s'agit des jeunes de 15 à 24 ans (Jeunes : 0,3%) et des Personnes Privées de Liberté (PPL : 0,58 %).

Le graphique ci-dessous résume la prévalence de l'infection à VIH au sein des principales populations sous surveillance.

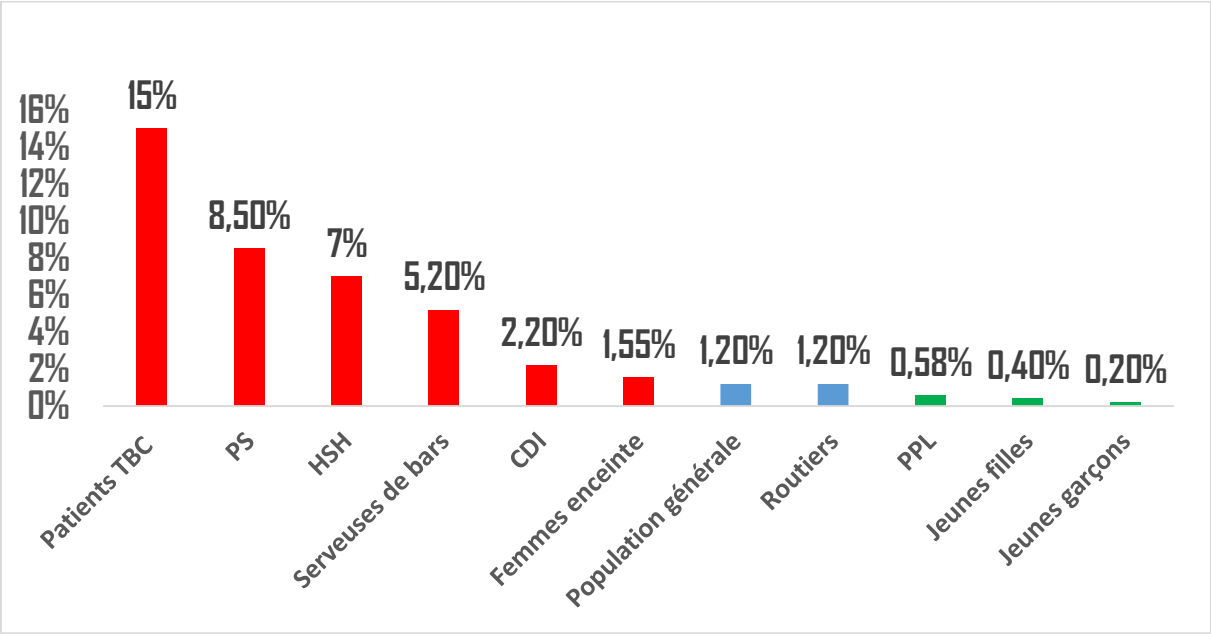


***Figure 2**: Prévalence de l'infection à VIH au sein des principales populations sous surveillance (Source : Enquête de Surveillance de Deuxième Génération 2017)*

Selon les départements, le niveau de séroprévalence varie d'un maximum de 2,2% dans le Couffo à moins de 1% dans l'Alibori, l'Atacora, le Borgou, le Plateau et le Zou [9].

Les estimations générées par EPP/Spectrum montrent un recul des nouvelles infections à VIH dans tous les départements sur les cinq dernières années.

La figure 3 présente la tendance du nombre de nouvelles infections de 2016 à 2020, confirmée par les données officielles publiées de l'ONUSIDA qui indiquent une régression de 15% des nouvelles infections à VIH au Bénin depuis 2010.

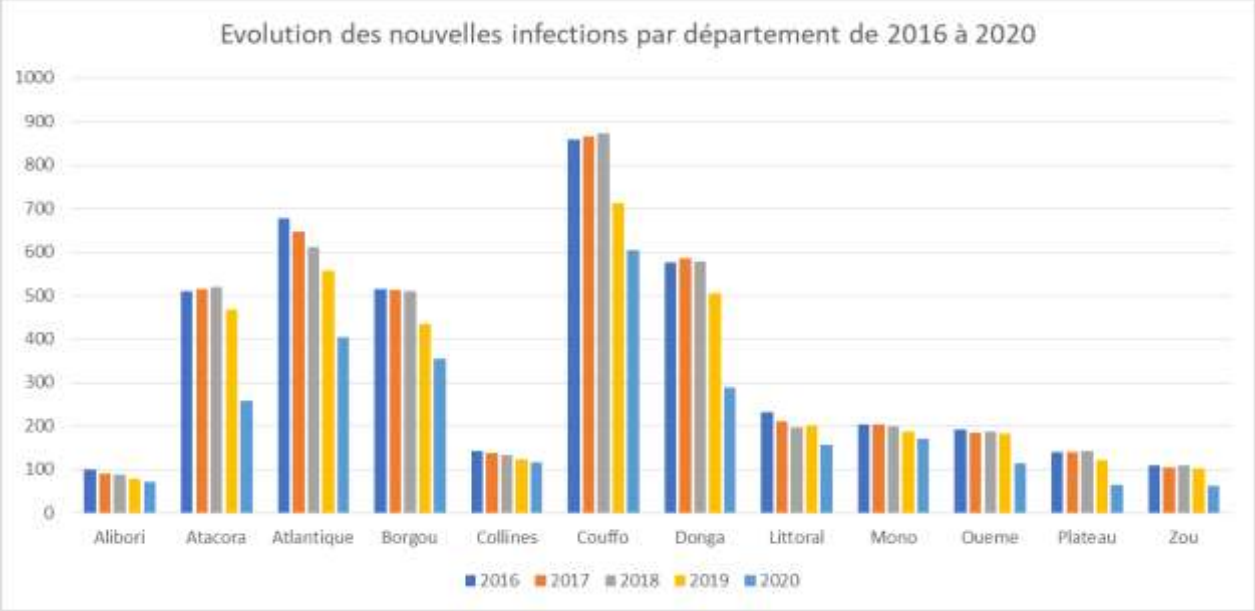


***Figure 3**: Evolution des nouvelles infections à VIH par département de 2016 à 2020 au Bénin*

Le nombre de nouveaux patients mis sous ARV en 2020 est de 6 512, ce qui porte la file active des PVVIH à 52 497 patients sous ARV, dont 50 364 adultes et 2133 enfants.

Au cours de l'année 2020, 127 formations sanitaires ont offert les services de prise en charge globale de PVVIH.

Le SPECTRUM de l'ONUSIDA projette pour le Bénin en 2020, ***75 770*** PVVIH suivant la prévalence de 2006. De même, le nombre de PVVIH connaissant leur statut sérologique est de 53 750, soit **71** %.

Parmi ces derniers, **52 497** sont sous ARV, ce qui représente **98**% des PVVIH connaissant leur statut sérologique au sein desquels 42 480 PVVIH présentent une charge virale supprimée, soit **81** %. Sur la base

de l'analyse de ces indicateurs, seul le 2ème 90 est atteint.

Le tableau suivant montre le niveau atteint par le Bénin en termes de prise en charge en 2020 suivant les estimations du SPECTRUM.

***Tableau I**: Niveau atteint par le Bénin en termes de prise en charge en 2020*

PVVIH	Population cible	Résultats en 2020	%
connaissant leur statut sérologique	75 770	53 750	71 %
sous ARV (file active sites ARV+ nouvelles ETME)	75 770	52 497	69 %
avec CV supprimée	75 770	42 480	56 %

La situation des trois 90 révèle la nécessité absolue et impérieuse d'une rapide clarification de cette énigme par la réalisation d'une nouvelle étude de prévalence du VIH au Bénin.

1.4.3. Principaux résultats obtenus et préoccupations soulevées [8]

Tableau II: *Evolution des principaux indicateurs du PSLS de 2016 à 2020*

INDICATEURS	2016	2017	2018	2019	2020
File active des PVVIH sous ARV	38111	38360	44231	48986	52497
Nombre d'enfants nouvellement mis sous ARV sur les sites PEC	311	441	369	455	389
Nombre d'adultes nouvellement mis sous ARV sur les sites de PEC	6524	6369	6627	6887	6123
Femmes enceintes séropositives mises sous ARV en CPN	3271	3052	3176	3574	3450
Taux d'acceptation du dépistage VIH en CPN (%)	97,6	96,1	95,2	101,1	100,3
Taux de séropositivité au VIH des gestantes	0,94	0,78	0,71	0,66	0,57
Taux d'acceptation du traitement ARV par les FE dépistées positives en CPN	81,4	88,6	95,3	97,3	99
Total PCR réalisées	1780	1943	2368	3158	3114
PCR réalisées dans le délai requis (avant 2 mois)	1223	1506	1582	2329	2295
PCR positives réalisées dans le délai requis (avant 2 mois)	95	64	51	74	47
Nombre total de sites PTME ayant fourni rapports	953	1009	1012	1064	1062
Nombre total sites de Conseil-Dépistage	164	196	171	189	195
Nombre total sites de Traitement ARV (sites PEC)	96	114	117	124	127

Les principaux indicateurs du PSLS sont les suivants :

- Une extension régulière des sites de prestation de services, que ce soit pour le dépistage, l'ETME que pour le traitement par les ARV, ce que traduit une volonté de rapprocher de l'Etat les services de la population ;
- La file active des PVVIH est passée de 38 111 PVVIH sous ARV en 2016 à 52 497 PVVIH sous ARV en 2020, soit un gain de 14 386 (moyenne de 2 877 personnes incluses chaque année) ; ce qui traduit l'effort constant, consistant et permanent de l'Etat à prendre en charge les PVVIH.

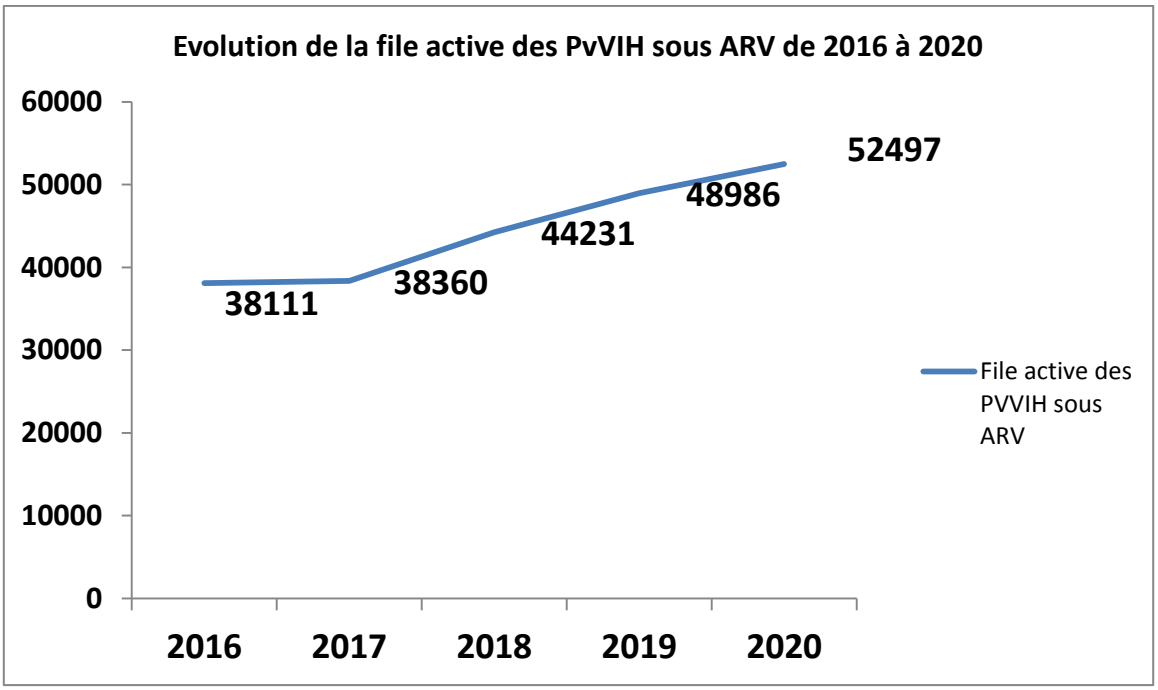


***Figure 4**: Evolution de la file active des PVVIH sous ARV de 2016 à 2020.*

Le taux de séropositivité VIH au niveau des gestantes a tendance à diminuer, passant de 0,94% en 2016 à 0,57% en 2020.

Dans le même temps, le taux d'acceptation du traitement ARV par les FE dépistées positives en CPN augmente (81,4% en 2016 à 99% en 2020).

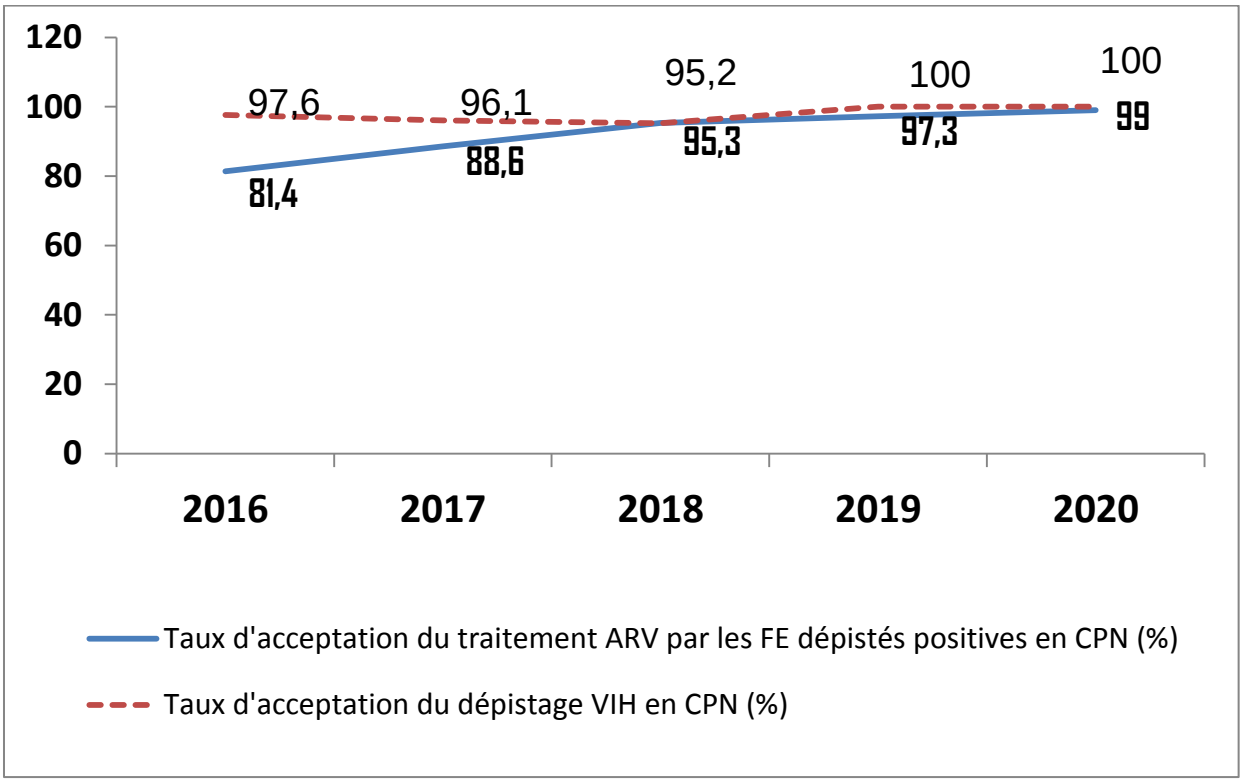


***Figure 5**: Evolution des taux d'acceptation du dépistage VIH et du traitement ARV par les gestantes de 2016 à 2020*

La proportion de PCR réalisées dans le délai évolue en dents de scie passant de 69% en 2016 à 74% en 2020.

On note que 01 enfant sur 04 ne réalise pas la PCR dans le délai, ce qui révèle un problème crucial.

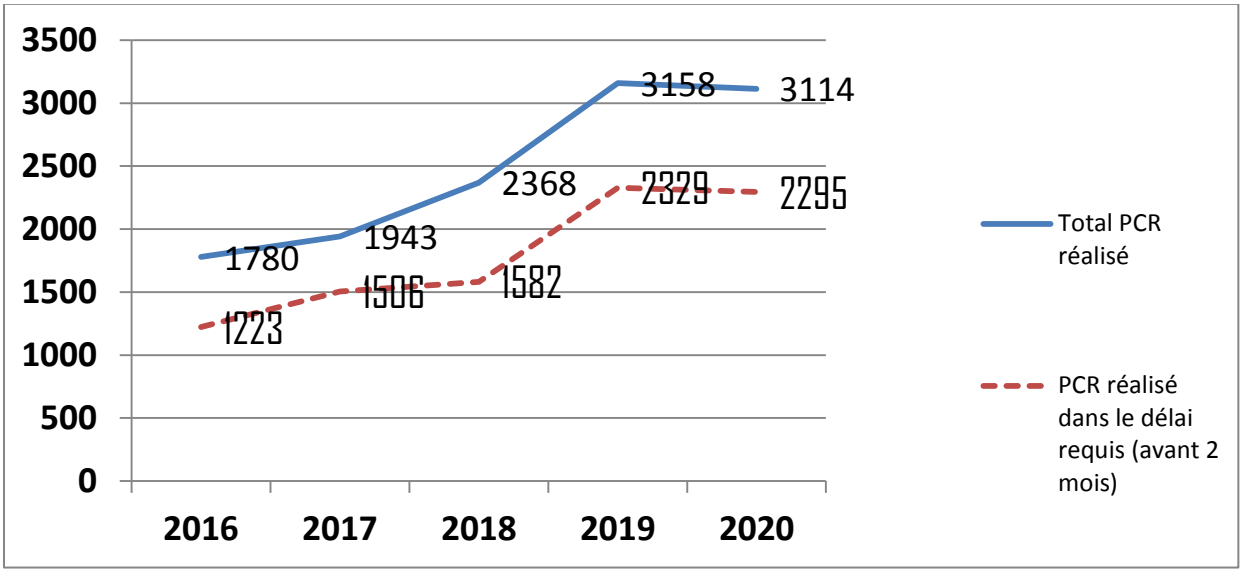


***Figure 6**: Evolution du niveau de réalisation de la PCR chez les enfants issus de mères séropositives de 2016 à 2020*

1.5. Famille africaine – Poids du secret

La famille est un groupe de personnes reliées par le sang, le mariage ou l'adoption et résidant normalement ensemble. Le concept de famille varie en fonction des peuples et des cultures.

La famille en Afrique est le creuset du fonctionnement sociétal, le facteur de socialisation le plus important. C'est en son sein que toutes les décisions sont prises, que les valeurs, les us et coutumes sont transmis.

Dans le contexte africain, les membres issus d'un même ancêtre ont un même chef, une même autorité, souvent responsable de la vie économique, gestionnaire des biens collectifs, de l'équilibre de la vie

communautaire. Selon le groupe social concerné (matriarcat ou patriarcat), la famille présente une stratification verticale. Le chef de famille prend des décisions qu'il juge bonnes et les propose aux autres membres de la famille. C'est lui qui assure l'essentiel des besoins de la famille.

Dans le contexte africain et d'un point de vue sociologique, l'homme et la femme se complètent en ce qui concerne la division du travail. La mère de famille peut dans une certaine mesure assister le père de famille quand il s'agit de faire appliquer les décisions de ce dernier aux enfants ; elle ne peut cependant pas en être l'instigatrice.

Le pouvoir décisionnel qui lui est conféré, permet au père de s'acquitter de son rôle auprès de sa famille.

Diverses études suggèrent que son implication a un impact positif sur la compétence sociale des enfants, le quotient intellectuel et d'autres issues liées à l'apprentissage.

Les enfants peuvent façonner leur modèle de ce qu'est un comportement paternel approprié en se basant sur leurs propres expériences avec leurs pères [10].

Le respect de l'ainé et de son autorité est de mise et non négociable. Il est régi par des règles fondées sur le respect de la hiérarchie et des générations [11]. A table par exemple, le père se sert ou est servi avant les autres membres de la famille.

La communication interfamiliale est également organisée : les enfants gardent le silence lorsque le père ou la mère parlent et la femme garde le silence devant la parole du mari ; sans que cela n'empêche réellement un membre de la famille d'exprimer en toute liberté son

point de vue et de le défendre.

D'un point de vue de la division sociologique du travail, c'est la femme qui s'occupe de la santé et dispose donc de plus d'informations sur les autres membres de la famille.

Il peut arriver des situations de non-divulgation de certaines informations jugées sensibles, comme celles relatives à l'état de santé d'un membre de la famille.

Le secret départage les classes sociales entre ceux qui savent et ceux qui ne savent pas.

Ceux qui partagent les mêmes secrets se doivent mutuelle solidarité. Par exemple dans les sociétés initiatiques masculines ou féminines [12].

La femme enceinte garde secret son état de peur que l'enfant ne soit attaqué par des personnes malveillantes [13] [14] [15] .

De nombreux foyers voilent des secrets du fait d'un environnement de plus en plus porteur de culpabilité et de honte parce qu'il interpelle davantage la responsabilité individuelle [16]. Le chef de famille peut donc décider de façon unilatérale de préserver la cohésion familiale dont il a la charge, et dont il est le garant moral en ne partageant pas avec sa conjointe une information, nonobstant de mettre en danger également celle-ci.

Le secret renvoie aussi à une faute non assumée génératrice de culpabilité et de honte.

Le sujet porteur d'un secret pénible est généralement tiraillé entre le désir de se libérer d'un insoutenable poids et celui de ne pas perturber un équilibre familial sur lequel il ne saurait mesurer à l'avance l'ampleur des conséquences déstructurantes.

1.6. Perceptions sociales et peurs vis-à-vis du SIDA [17]

Les recherches qui ont tenté de décrire les représentations sociales associées au VIH/sida depuis son avènement révèlent que les personnes vivant avec le VIH sont victimes d'un regard défavorable autant dans les milieux de la santé que dans l'espace public [18] [19] [20] [21] [22].

L'histoire du VIH/sida a montré que les croyances et les attitudes à l'égard de cette maladie étaient associées à différentes pratiques de comportements sexuels [23] [24].

Ces croyances et attitudes seraient également associées à certaines idées défavorables au sujet de cette infection [25] de même qu'à l'usage de drogues injectables [26].

Les PVVIH ainsi que les groupes sociaux auxquels elles appartiennent seraient stigmatisés depuis l'apparition de ce virus.

Au cours des années 1980, les médias de masse (Newsweek, Time, Le Monde) avaient déjà transformé en une espèce de vulgate le scénario de l'origine africaine du sida et de sa diffusion progressive à travers le monde à partir de l'Afrique centrale.

Ainsi, par exemple, des représentations moralistes de la maladie et son association avec le monde pécheur de la sexualité [27] , la transgression des injonctions bibliques portant sur l'homosexualité, ou les relations extraconjugales [28] , les utilisateurs de drogues, et les travailleurs du sexe ont émergé dans la société et avec force dans cette décennie [29] [30] [31] [32] [33].

La discrimination et la stigmatisation proviennent des représentations socioculturelles, ce qui serait « un prêt-à-penser à l'égard de la

maladie, qui entre en contradiction avec […] les représentations biomédicales » [34].

Ainsi, le VIH/SIDA est la première maladie dont les histoires médicale et sociale ont évolué de manière concomitante [35].

La peur du rejet et de la discrimination reste toujours très présente dans le quotidien des familles concernées par le VIH/Sida.

Les enfants non infectés par le virus ne sont qu'exceptionnellement informés de la pathologie de leur(s) parent(s) et/ou de leur frère ou sœur infecté(e) et, quand c'est le cas, de façon sélective et plutôt tardive, plutôt les filles et souvent après leur majorité [36].

De même, le reste de la famille, les grands-parents, oncles ou tantes, l'entourage proche sont rarement mis dans la confidence, ce qui concourt à un isolement fréquent. Lorsque l'enfant est infecté, les parents sont très réticents à ce qu'il soit explicitement informé de sa pathologie.

Les raisons les plus fréquemment invoquées sont son jeune âge (toujours trop jeune, quel que soit l'âge chronologique), qu'il soit rejeté par ses pairs et la collectivité, qu'il soit traumatisé par l'annonce de sa maladie, qu'il ait un jugement négatif sur sa mère ou ses parents, qu'il leur reproche d'être responsables de sa maladie et de sa souffrance.

Le déni d'information à l'adolescent peut avoir des conséquences graves et multiples, tant par l'impact négatif du secret sur les apprentissages scolaires, que par l'inobservance thérapeutique.

Le traumatisme que le diagnostic peut induire quand il est amené tardivement et brutalement, au dix-huitième anniversaire, ou lors de premiers rapports sexuels non protégés, par exemple, est alors

majeur, bouleversant son identité en construction et la représentation qu'il a pu se faire de ses parents vivants ou décédés.

L'adolescent se sent alors trahi, se demandant toujours pourquoi ses parents n'ont pas eu confiance en lui au point de lui cacher une information d'une telle importance. Certains disent : « *Si c'était vraiment cela, ils me l'auraient dit* », d'autres affirment : « *C'est trop gros !* ».

Un trait fréquemment retrouvé est **la mauvaise estime de soi, l'impression que la maladie se lit sur eux.** Au cours du premier forum d'adolescents séropositifs qui a eu lieu à Paris en 2009, ils ont exprimé leur étonnement de découvrir d'autres « comme eux » alors que, compte tenu du faible nombre des enfants séropositifs de naissance en France et du secret autour d'eux, ils se croyaient seuls dans leur cas, « *Il l'a ? Elle l'a ? Ça ne se voit pas !* »

A travers les lignes qui suivent, nous rapportons des verbatim et des situations difficiles de certains jeunes/adolescents lors de la découverte de leur séropositivité. Concernant leur compréhension de la maladie et leur implication dans la prise en charge, l'un d'eux répond à la question suivante : " comment se représenter le virus ? " en disant : « *Comme une personne qui vit avec moi, plutôt un enfant, je fixe les règles, je le nourris, je contrôle ce qu'il fait* ».

Un autre déclare : « *je suis malade car j'ai un virus dans mon sang, le virus du Sida, je dois prendre des médicaments pour endormir le virus. La contrainte du traitement reste lourde parce qu'elle est sans fin, à vie, qu'on n'a pas le choix* ».

D'autres déclarent encore : « *C'est facile mais chiant* »,

« *Ça dégoûte, c'est répétitif, ça ne donne pas envie.* »

« *Il faut que je le prenne tous les jours de ma vie* ».

« *Chaque jour je n'ai pas envie, mais je les prends pour mon bien.* » « *C'est chiant, j'arrêterai à mes 18 ans…* ».

Notons que pour les enfants plus jeunes, les parents signalent les difficultés d'administration des médicaments liées au mauvais goût des sirops, à la taille des comprimés, à la difficulté des pipettes, à la nécessité de se cacher pour leur donner, à l'impossibilité de les faire dormir chez des amis, ou de partir en vacances.

1.7. Le dépistage

1.7.1. D'une façon générale

Il constitue la porte d'entrée pour une prise en charge efficiente des patients. Selon l'OMS, le dépistage consiste à identifier de manière présomptive, à l'aide de tests appliqués de façon systématique et standardisée, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Il doit permettre d'identifier le plus grand nombre possible de PVVIH ; et le plus tôt possible après la contamination, afin d'établir en temps opportun les liens appropriés entre ces personnes et les différents services de prévention et de traitement.

Le dépistage peut se faire :

a) en poste fixe : il peut s'agir du dépistage à l'initiative du prestataire (à visée diagnostique) ou du dépistage à l'initiative du patient (dépistage volontaire)
b) en stratégie avancée : il s'agit le plus souvent des campagnes de

dépistage et du dépistage communautaire

Le dépistage communautaire : est un concept développé par l'OMS en 2013. Il s'agit de l'ensemble des services de dépistage offerts par les associations/ ONG disposant de prestataires non spécialisés mais formés à cet effet.

1.7.2. Le dépistage familial du VIH [37]

Le dépistage des membres de la famille à partir d'un cas index, qu'il s'agisse d'un adulte ou d'un enfant, peut servir de point d'entrée en vue d'identifier les PVVIH, n'ayant pas été dépistées dans le cadre des programmes classiques. Cette approche de dépistage du VIH et de prise en charge axée sur la famille permet aux parents et à leurs enfants d'accéder ensemble aux soins. Ce type de pratique peut s'avérer utile pour améliorer la rétention et assurer une prise en charge.

Contrairement à d'autres approches systématiques utilisées pour le dépistage du VIH, à l'instar du dépistage à l'hôpital, le dépistage du cas index présente une forte capacité de détection de cas, indépendamment de la séroprévalence nationale.

En fait, cette méthode pourrait se révéler encore plus efficace dans les pays à faible prévalence où les programmes sont moins aboutis et où les services de prévention et de dépistage du VIH sont moins facilement accessibles.

Par ailleurs, le dépistage d'un enfant dont on sait déjà qu'un des parents vit avec le VIH est plus susceptible de donner lieu à une prise en charge si le test de cet enfant s'avère positif, puisque dans la plupart des cas, le parent suivra déjà un traitement antirétroviral.

Plusieurs obstacles entravent l'incorporation du dépistage familial comme stratégie globale dans la lutte contre le VIH. Il s'agit notamment :

a) Du fait que dans les familles nombreuses ou élargies, il est parfois compliqué d'identifier les enfants biologiques du cas index, surtout dans le contexte africain ;
b) Lorsque les systèmes de documentation et de suivi sont déficients et que les patients doivent eux-mêmes faire les démarches pour se faire tester, les enfants des cas index ne sont pas systématiquement soumis à un test de dépistage ;
c) Les prestataires de santé adultes ne sont pas toujours à l'aise avec le fait de dépister des enfants et ne savent pas nécessairement quels tests utiliser, par exemple, des tests rapides ou des tests de diagnostic adaptés aux nourrissons ;
d) Le fait de tester les enfants peut conduire à la divulgation involontaire du statut de la mère, ce qui risque de donner lieu à des violences de la part de son partenaire intime ou à d'autres préjudices pour la mère et l'enfant ;
e) À la découverte de leur séropositivité au VIH, les parents peuvent être dans le déni de leur statut ou ne pas se sentir prêts à faire tester leurs enfants. Le fait de proposer des tests de dépistage familiaux dans ce type d'établissements risque de les dissuader de bénéficier des soins liés au VIH ;
f) Les prestataires ont parfois le sentiment de manquer de temps pour sensibiliser les parents à l'importance du dépistage des enfants, identifier les enfants de la famille qui n'ont pas été

testés, procéder aux tests pour les enfants ou encore s'assurer qu'ils sont en lien avec des services de soins ;

g) Le manque de procédures opératoires standard claires et d'outils de suivi pour permettre aux prestataires d'identifier correctement les enfants à tester et d'assurer leur suivi jusqu'à ce qu'ils aient été mis en relation avec des services de soins ;

h) Le dépistage familial est un acte médical. Chercher à poser cet acte médical chez une personne apparemment en bonne santé peut être considéré culturellement comme une manière d'appeler la maladie sur elle ou sur sa famille.

Deux initiatives menées récemment par l'UNICEF en République démocratique du Congo (RDC) et au Zimbabwe démontrent l'efficacité du dépistage des cas de VIH dans la famille basée sur le cas index ainsi que son taux de détection élevé. En l'espace de six mois, 170 enfants ont été diagnostiqués positifs au VIH et 169 d'entre eux ont commencé à recevoir un traitement antirétroviral.

La plupart de ces enfants (161 sur 170) se trouvaient en RDC où le taux de détection de ces tests s'est révélé très élevé, à 30 %.

En revanche, au Zimbabwe, ce taux était inférieur à 3 %, ce qui ne remet toutefois pas en question l'intérêt de cette méthode.

Cet écart met en lumière l'importance du contexte et s'explique probablement par la couverture des programmes PTME et EID ainsi que par les différences liées à l'état d'avancement de ces deux programmes. C'est un élément que les gouvernements nationaux doivent prendre en compte dans le cadre de la planification de l'adoption et/ou de l'intensification de ce type d'intervention.

2. CADRE, MATERIEL ET METHODE

2.1. Cadre

La collecte s'est déroulée dans les sites de prise en charge avec la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, au sein des départements du Mono, Couffo, Zou, Borgou, Alibori, Plateau.

a) ***Les départements du Couffo et du Mono*** présentent les prévalences les plus élevées, avec une séroprévalence de 2,2% pour le département du Couffo. Ceci justifie leurs choix dans cette étude.

i. ***Le département du Mono*** est au Sud-ouest du Bénin et couvre une superficie totale de 3800 km². Sa population est de 497243 habitants. Il est limité au nord par le département du Couffo, au Sud par l'océan Atlantique, à l'Est par le département de l'Atlantique et à l'Ouest par la république du Togo. Il est peuplé essentiellement d'Adja, Fon, Xwla, Minan.

Dans ce département, nous avons choisi le site ayant la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, à savoir : le Centre Hospitalier et Départemental (CHD) Mono.

ii. ***Le département du Couffo*** est situé au Sud-ouest du Bénin et couvre une superficie de totale de 2404 Km². Sa population est de 524586 habitants. Il est limité au Sud par le département du Mono, au Nord par celui du Zou, à l'Est par le département de l'Atlantique et à l'Ouest par la république du Togo. Il est peuplé essentiellement d'Adja, Fon, Mina, Kotafon.

Dans ce département, nous avons choisi le site ayant la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, à savoir : le Cabinet Médical APH Gohomey.

b) ***Les départements du Zou et du Borgou*** à travers les mécanismes de riposte mis en place, offrent des expériences innovantes et novatrices comme " l'école des maris " et les groupes de parole ; ce qui justifie leur choix dans cette étude.

i. ***Le département du Zou*** est situé au Centre du Bénin et couvre une superficie de 5243 Km². Sa population est de 599954 habitants. Il est limité au Nord par le département des Collines, au Sud par le département de l'Atlantique et de l'Ouémé, à l'Est par le département du Plateau et à l'Ouest par le département du Couffo et la république du Togo. Il est peuplé essentiellement des Fons, Yorouba, Goun.

Dans ce département, nous avons choisi le site ayant la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, à savoir : le dispensaire Saint Camille de DAVOUGON.

ii. ***Le département du Borgou*** est situé au Nord du Bénin et couvre une superficie de 25856 Km². Sa population est de 724171 habitants. La ville de Parakou en est le chef-lieu et il est peuplé de Bariba, Peulh, Dendi. Il est limité au Nord par le département de l'Alibori, au Sud par les départements des Collines et de la Donga, à l'Est par le Nigéria et à l'Ouest par le département de l'Atacora.

Dans ce département, nous avons choisi le site ayant la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, à savoir : le Centre Hospitalier Départemental (CHD) Borgou.

c) ***Les départements l'Alibori et du Plateau***, présentent les prévalences les plus basses, environ 1% ; ce qui a motivé leur

sélection dans cette étude.

i. ***Le département de l'Alibori*** est situé au Nord du Bénin. Il est limitrophe du Nigéria à l'Est, du Burkina Faso et du Niger au Nord, du département du Borgou au Sud et du département de l'Atacora à l'Ouest.

   Il est essentiellement peuplé de Bariba, de Peulh et de Dendi. Il s'étend sur 26242 Km² avec une population de 521093 et une densité de 20 habitants/km². La ville de Kandi est le chef-lieu de ce département.

   Dans ce département, nous avons choisi le site ayant la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, à savoir : l'Hôpital de Zone (HZ) de Kandi.

ii. ***Le département du Plateau*** est situé dans la partie méridionale du Bénin, couvre une superficie de 3264 Km².Il est limité au Nord par le département des Collines, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le Zou et au Sud par l'Ouémé. Sa population est 407116 habitants et constitué essentiellement de Nago, Yorouba, Holli, Mahi.

   Dans ce département, nous avons choisi le site ayant la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, à savoir : l'Hôpital de Zone (HZ) de Pobè.

2.2. Matériel

2.2.1. Outils de collecte

Il s'est agi exclusivement d'un entretien avec les participants à l'aide d'une **fiche d'enquête** qui comporte :

- les renseignements généraux ;
- les notions générales du patient sur le VIH ;
- les informations relatives au dépistage du VIH ;
- les informations relatives au vécu et à la perception du VIH par le patient.

2.2.2. Personnel impliqué

***Tableau III**: Personnel impliqué et rôles*

Personnel impliqué		Profil	Rôles
Directeur de la thèse	:	Professeure à l'Université D'Abomey-Calavi	Assure la direction de la recherche.
Chercheur principal	:	Etudiant en 7ème année médecine	Conduit les travaux relatifs à la recherche.
Responsables des sites de prise en charge des PVVIH	:	En général médecins	Désignent deux enquêteurs, en réponse à la lettre qui leur a été adressée par le chercheur principal.
Enquêteurs	:	Sociologues/ Assistants sociaux/ Infirmier(e)s	collectent les données sur la base de la fiche d'enquête, auprès des participants.
Personnel des compagnies de transport	:	Conducteurs de véhicules de transport	Acheminent les documents scellés de collecte.
Psychologue	:	Titulaire d'un diplôme universitaire en psychologie	Aide à la gestion des cas possibles de détresse psychologique.

2.2.3. Processus de collecte

Le recrutement des enquêteurs s'est fait sur proposition du responsable du site.

Ces enquêteurs ne faisaient pas partie du personnel soignant opérant sur ledit site, pour éviter le biais lié à la réticence des participants potentiels. Les responsables ont dû alléger les tâches hospitalières des enquêteurs dans la mesure du possible, sans toutefois perturber les activités du site.

Les enquêteurs étaient des sociologues ou des assistants sociaux ou des infirmiers ou infirmières, parce que ces profils se prêtent mieux aux études de ce type.

Une fois recrutés, les enquêteurs ont bénéficié d'une formation en ligne durant une journée afin de mieux leur expliquer leur tâche sur le terrain et l'utilisation de la fiche d'enquête (Annexe 6).

Il a été procédé à un pré-test de l'outil de collecte sur un site ne faisant pas partie des sites ciblés, afin de l'améliorer. Le site retenu était celui de l'Hôpital de Zone de Suru-Léré.

Un suivi régulier du travail sur le terrain se faisait en ligne pour apporter les correctifs nécessaires (pour cela, un forfait de crédit de 2000 francs CFA a été accordé pour chaque rencontre en ligne qui avait lieu toutes les trois semaines ; soit un total de 6 rencontres entre le 12 juillet et le 25 octobre). L'étude n'a pas prévu une rémunération pour les enquêteurs. Seul le forfait de crédit fût octroyé.

Durant la formation et les rencontres virtuelles périodiques, on a vérifié que chaque site possède un dispositif de lavage des mains et on a insisté pour que cela soit à proximité et utilisé. On a insisté également

pour que le port de masque habituel soit observé.

Lorsque le participant recruté se rendait sur le site pour le retrait des ARV ou pour des prélèvements au laboratoire, le médecin référent ou le technicien de laboratoire le redirigeait dans la salle dédiée à la collecte après sa consultation ou son prélèvement.

Au cours de la collecte, une sollicitation du psychologue ou de l'assistant social du site a été prévue en cas de situation de détresse psychologique chez un participant recruté. Il n'a pas été prévu de récompense particulière pour les psychologues et les assistants sociaux dans le cadre de ce genre d'intervention.

2.3. Méthode

2.3.1. Type et période

Il s'est agi d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique qui s'est déroulée du 1er mars au 20 novembre 2021en 3 phases :

a) la phase de la préparation de la collecte des données.
b) la collecte, le traitement et l'analyse des données.
c) la rédaction de la thèse qui sera suivie de sa soutenance publique.

2.3.2. Population d'étude

L'étude a porté sur les pères et/ou mères de familles vivants avec le VIH et suivis dans les sites de prise en charge sus-cités.

2.3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion

Ont été inclus dans cette étude :

Tout père(e) et/ou toute mère de famille :

- Infecté(e) par le VIH et informé(e) de son statut.
- Dépisté(e) au VIH et suivi(e) dans l'un des sites de prise en charge sus-cités.
- Ou/et ayant facilité le dépistage dans sa famille ou pas, à partir du cas qu'il constitue.

Ont été exclus de cette étude :

a) Les personnes séronégatives au VIH ;
b) Les enfants et/ou adolescents séropositifs au VIH ;
c) Les personnes ne vivant pas dans les départements ciblés ;
d) Les PVVIH non suivis dans les sites de PEC ciblés ;
e) Les adultes ou les enfants ne se trouvant pas dans une relation familiale verticale : père – mère – enfant.

2.3.4. Echantillonnage

Soit n la taille de l'échantillon, z le niveau de confiance, p la proportion estimée de la population qui présente la caractéristique et d la marge d'erreur tolérée.

La formule utilisée est : **n= (z2) p (1-p)/d2**

Pour la valeur type du niveau de confiance de 95%, z =1,96 ; d= 5%.

Aucune étude concernant le dépistage familial du VIH/SIDA n'ayant été menée au Bénin ni dans la sous-région (à notre connaissance), nous avons choisi de fixer la valeur de p à 50% (p = 50%).

Nous avons considéré un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5% soit une taille de **384 échantillons.**

La file active par sites ciblés se présente comme suit :

***Tableau IV**: File active des sites de prise en charge impliqués*

Site de prise en charge impliqué		Effectif de la file active du site
a) CHD Mono	:	806
b) Cabinet Médical APH Gohomey	:	1 081
c) Dispensaire St Camille	:	1 116
d) CHD Borgou	:	1 708
e) HZ Kandi	:	324
f) HZ Pobè	:	409
Total de la file active de l'ensemble des sites	:	**5 444**

En divisant n = 384 (taille de l'échantillon) par l'effectif total 5 444 PVVIH de la file active, on obtient : 0,0705.

Par conséquent, la taille de l'échantillon de notre étude représente **7,05%** de l'effectif total de la file active des sites qui font l'objet de notre recherche.

C'est cette valeur que nous avons utilisé pour déterminer l'effectif des participants potentiels dans chacun des sites de collecte.

En affectant 7,05% à la file active de PVVIH de chaque site ciblé, on trouve l'effectif à sélectionner par site.

De ce fait, nous avons sélectionné :

***Tableau V**: Effectif sélectionné dans les sites de prise en charge*

Site de prise en charge impliqué		Effectif à sélectionner
a) du CHD Mono	:	57
b) du Cabinet Médical APH Gohomey	:	76
c) du Dispensaire St Camille	:	79
d) du CHD Borgou	:	120
e) de l'HZ Kandi	:	23
f) de l'HZ Pobè	:	29
Total des PVVIH à sélectionner pour l'étude		384

En ce qui concerne la technique d'échantillonnage

Les enquêteurs ont recruté 1 participant sur 2 en fonction de leur ordre d'arrivée sur le site.

La collecte fût clôturée sur un site lorsque l'effectif attendu a été atteint (voir tableau V).

2.3.5. Variables

2.3.5.1. Variables quantitatives

Il a été calculé le nombre et la proportion de répondants ayant choisi les options « oui » ; « non » et « je ne sais pas » pour chacun des thèmes suivants :

- Notions générales sur le VIH ;
- Informations relatives au dépistage du VIH ;
- Informations relatives au vécu et à la perception du patient.

2.3.5.2. Variables qualitatives

L'analyse a été faite sur les verbatims des répondants pour chacun des thèmes suivants :

- Notions générales sur le VIH ;
- Informations relatives au dépistage du VIH ;
- Informations relatives au vécu et à la perception du patient.

Après dépouillement, la saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi-Data 3.5.3.

2.3.6. Traitement des données

Après dépouillement, la saisie des données a été réalisée à l'aide du logiciel Epi-Data 3.5.3.

L'analyse des données a été faite grâce au logiciel SPSS version 21.

Les graphiques ont été réalisés à l'aide du logiciel Excel.

Tous ces logiciels ont été utilisés dans leurs versions les plus récentes.

Les fréquences simples ont été calculées.

Des croisements ont été faits entre les paramètres épidémiologiques :

- notions générales sur le VIH ;
- informations relatives au dépistage du VIH ;
- informations relatives au vécu et à la perception du patient.

Dans le cas des entretiens, les verbatim ont été analysés.

2.4. Considérations éthiques

Du point de vue de l'éthique, la mise en œuvre de cette étude a été effective après l'avis favorable du Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) à qui le protocole a été soumis pour clairance éthique (annexe 7).

En ce qui concerne le participant recruté qui s'est rendu sur le site pour le retrait des ARV ou pour des prélèvements au laboratoire, son médecin référent ou le technicien de laboratoire l'a redirigé dans la salle dédiée à la collecte après sa consultation ou son prélèvement.

Une fois dans cette salle :

a) le participant recruté a été accueilli par l'enquêteur, qui a procédé aux civilités d'usage;
b) l'enquêteur :
   i. a consacré 30 minutes à lire au participant recruté la note d'information et lui a laissé la possibilité de poser toutes les questions par rapport à cette note d'information ;

ii. a veillé à ce que le participant recruté ait compris le contenu de la note d'information, et lui a donné la possibilité d'en discuter avec qui de droit avant de prendre la décision de participer à l'étude ou pas ;
iii. a remis le formulaire de consentement à signer au participant potentiel, si ce dernier a donné son avis favorable pour participer à l'étude ;
iv. a administré le questionnaire d'enquête au participant recruté ;
v. a rassuré le participant recruté sur le fait qu'il ne communiquera pas ses réponses et qu'aucun lien ne pourra être fait entre lui et ses réponses au moment de l'exploitation des résultats ;
vi. a remercié le participant recruté.

En somme, le consentement éclairé des patients a été obtenu par écrit conformément à ce qui est décrit dans :

i. le formulaire de consentement (annexe 8) ;
ii. la note d'information (annexe 9).

Les avantages liés à cette recherche au profit du participant sont nombreux. Entre autres, le participant :

i. est capable dorénavant de parler du dépistage familial du VIH ;
ii. participe de ce fait à améliorer la prise en charge communautaire du VIH ;
iii. contribue à l'amélioration du dépistage familial du VIH au Bénin ;
iv. participe à long terme au progrès de la science.

Néanmoins il existe des risques et inconvénients liés à la participation à cette étude. Il s'agit notamment du rappel des mauvaises expériences vécues ou des souvenirs douloureux. Face à ce risque, l'assistant social ou le psychologue prévu dans l'équipe a rassuré les participants en leur apportant les informations et/ou les soins appropriés.

3. RESULTATS

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

I.1. Sexe, âge et religion des enquêtés (Tableau VI)

Une prédominance féminine a été observée à hauteur de **66,41%** (N = 255). La tranche d'âge de 31 à 50 ans représente les deux tiers des répondants. Il y avait de très rares participants qui avaient un âge compris entre 71 ans et 80 ans (N = 1).

La religion évangélique était prédominante à hauteur de **34,12%** (N = 131). Les musulmans et les catholiques représentaient un peu moins de la moitié des répondants.

***Tableau VI**: Sexe, âge et religion des enquêtés*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
SEXE	Féminin	255	66,41
	Masculin	129	33,59
	TOTAL	**384**	**100**
AGE	Entre 41 et 50 ans	128	33,33
	Entre 31 et 40 ans	125	32,55
	Entre 51 et 60 ans	75	19,54
	Entre 18 et 30 ans	39	10,16
	Entre 61 et 70 ans	11	2,86
	Entre 10 et 17 ans	4	1,04
	Entre 71 et 80 ans	1	0,26
	Ne sait pas	1	0,26
	TOTAL	**384**	**100**
RELIGION	Evangélique	131	34,12
	Islam	91	23,70
	Catholique	73	19,01
	Religions endogènes	58	15,10
	Protestant	8	2,08
	Autres	23	5,99
	TOTAL	**384**	**100**

I.2. Niveau d'instruction et situation matrimoniale des enquêtés (Tableau VII)

La majorité des répondants a déclaré n'avoir aucun niveau d'instruction (**41,15%**). Un peu plus de la moitié des répondants déclare avoir un niveau d'instruction allant du primaire au secondaire.

Un peu plus du tiers des répondants déclare vivre dans un régime monogamique (**37,50%**).

Les participants à hauteur de **27,60%** déclarent vivre dans un régime polygamique.

Les veufs et veuves représentent **20,58%** de l'ensemble.

***Tableau VII**: Niveau d'instruction et situation matrimoniale des enquêtés*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
NIVEAU D'INSTRUCTION	Aucun	158	41,15
	Primaire	113	29,43
	Secondaire	97	25,26
	Etudes supérieures	16	4,16
	TOTAL	**384**	**100**
SITUATION MATRIMONIALE	Marié (monogame)	144	37,50
	Marié polygame	106	27,60
	Veuf/veuve	79	20,58
	Divorcé(e)	27	7,03
	Célibataire	25	6,51
	Fiançailles	1	0,26
	Concubinage	1	0,26
	Union libre	1	0,26
	TOTAL	**384**	**100**

I.3. Type d'activités des enquêtés (Tableau VIII)

Les activités commerciales étaient les plus pratiquées par les enquêtés **(32,81%),** suivies par le ménage **(17,45%)** et les activités agricoles **(15,37%).**

Nous avons noté une faible proportion d'activités d'enseignement **(1,82%)** et sanitaire **(1,56%).**

Tableau VIII*: Type d'activités des enquêtés*

Type d'activités	Fréquence	Pourcentage
a) commerciales	126	32,81
b) ménage	67	17,45
c) agricoles	59	15,37
d) de couture	37	9,64
e) de transport	27	7,03
f) immobilières	12	3,13
g) enseignement	7	1,82
h) de coiffure	7	1,82
i) sanitaires	6	1,56
j) de mécanique	5	1,30
k) électricité	3	0,78
l) Chefs religieux	2	0,52
m) Autres	26	6,77
TOTAL	**384**	**100**

II. NOTIONS GENERALES SUR LE VIH

II.1. Existence du SIDA et justifications

Un effectif de 383 participants soit **99,74%** ont affirmé croire en l'existence du SIDA.

Les raisons qui justifient leur affirmation sont :

- à 95,05%, le fait qu'ils sont eux-mêmes porteurs de la maladie ;
- à 24,22% le fait qu'on en parle autour d'eux ;
- à 4,43% le fait qu'un proche à eux en soit mort (Figure 7).

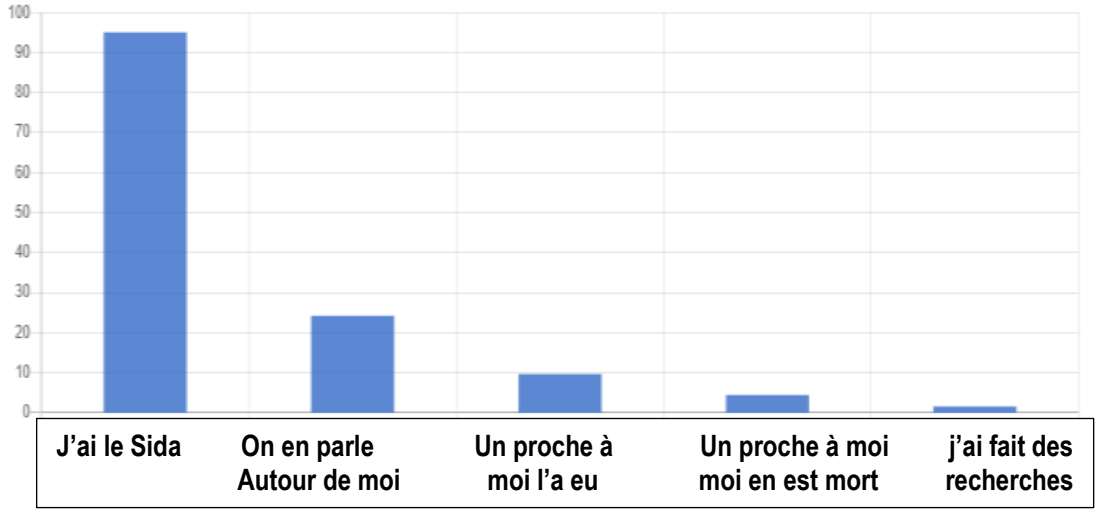


***Figure 7**: Raisons de l'existence du SIDA selon les enquêtés*

II.2. Voies de transmission et perception du VIH par les enquêtés (Tableau IX)

Les moyens de contamination étaient connus par la majorité. Il s'agit de : la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission de la mère à l'enfant.

D'un point de vue social, le SIDA est considéré par les enquêtés comme étant la maladie des personnes infidèles (**57,03%**) et des personnes irresponsables (**45,05%**).

Un peu moins du quart déclarent que le SIDA est dû à des causes

irrationnelles du genre envoûtement, création des blancs, colère de Dieu.

***Tableau IX**: Voies de transmission et perception du VIH par les enquêtés*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Voies de transmission	Par voie sexuelle	352	91,67
	Par le sang	318	82,81
	De la mère à l'enfant	268	69,79
	Ne sait pas	11	2,86
	Autres	3	0,78
Perception du VIH dans les milieux de vie	Maladie des infidèles	219	57,03
	Maladie des irresponsables	173	45,05
	Maladie comme toutes les autres	84	21,88
	Maladie due à l'envoutement	46	11,98
	Maladie créée par les blancs	24	6,25
	Maladie due à la colère de Dieu	23	5,99
	Autres	19	4,945

II.3. Perceptions antérieures des enquêtés sur le SIDA avant la connaissance de leur statut sérologique

Un effectif de 205 participants soit **53,39%** affirmaient ne pas connaitre de séropositifs dans leur milieu, avant qu'eux-mêmes ne soient déclarés porteurs du virus.

Les participants à hauteur de **45,31%** (N = 174) affirmaient connaitre des séropositifs dans leur milieu, avant qu'eux-mêmes ne soient

déclarés porteurs du virus.

Selon eux, les voies par lesquelles ces personnes ont pu être contaminées étaient :

- la voie sexuelle pour un peu moins du tiers **(30,47%) ;**
- la voie sanguine pour **6,51% ;**
- la transmission mère-enfant pour **1,82%.**

Un peu plus que le tiers **(36,72%)** estimaient que ce n'est pas la faute des PVVIH si elles ont été contaminées alors que **15,89%** ont déclaré que c'est la faute de celles-ci si elles ont été contaminées.

Une forte proportion d'enquêtés n'avait aucun avis sur la question (**46,09%**).

II.4. Raisons expliquant la contamination du VIH selon les enquêtés (Figure 8)

Les raisons qui sous-tendent la contamination des PVVIH, selon les enquêtés sont essentiellement :

- les mauvais comportements sexuels pour **16,92%** d'entre eux et **l'infidélité conjugale** pour **10,15%;**
- les **envoûtements** pour **1,3%** (N = 5) **;**
- **l'absence de suivi de la grossesse** pour **0,52%.**

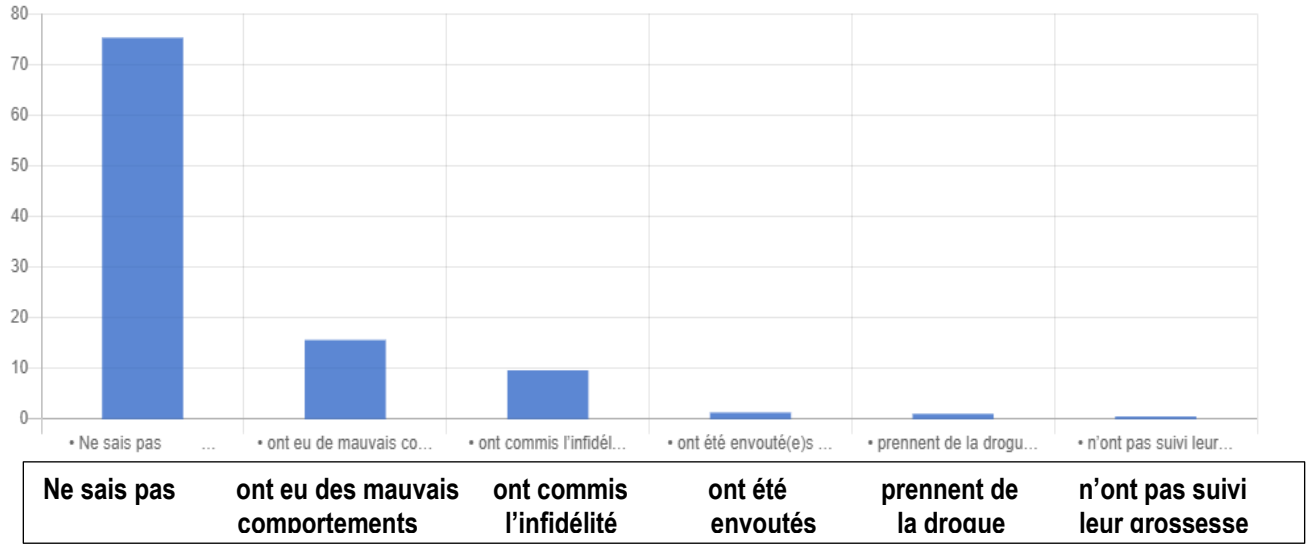


***Figure 8**: Raisons expliquant la contamination du VIH selon les enquêtés*

II.5. Perceptions actuelles des enquêtés par rapport au VIH

Un peu moins de la moitié **(45,83%)** pensent que ce n'est pas de leur faute s'ils ont été contaminés par le VIH. Ils s'expriment en ces termes :

- « Personne ne peut volontairement tomber malade » ;
- « Ce qui m'arrive n'est pas de ma faute » ;
- « Ceux qui attrapent le VIH sont pour la plupart innocents, c'est mon cas » ;
- « C'est mon mari qui m'a contaminé, ce n'est pas de ma faute » ;
- « C'est l'ignorance, on n'a pas toujours connaissance des risques qu'on prend. Surtout concernant le sexe » ;
- « Ce n'est pas de ma faute ».

Le pourcentage des participants qui n'avaient aucun avis sur la question s'élevait à **40,62%.**

Une fois que les enquêtés ont pris connaissance de leur statut sérologique, parmi eux, **13,54%** (N = 52) ont pensé que c'est de leur

faute s'ils ont été contaminés et **1,04%** (N = 4) ont estimé qu'on doit les blâmer. Les verbatims suivants ont été prononcés :

- « J'avais une mauvaise pratique sexuelle et je prenais trop de risques » ;
- « Je mérite tout ce qui m'arrive, c'est entièrement de ma faute ».

III. INFORMATIONS RELATIVES AU DEPISTAGE DU VIH

III.1. Partage ou non de l'état pathologique des enquêtés avec leur entourage et les raisons évoquées

a-) Environ les quatre cinquièmes **(82,03%)** déclarent qu'ils ont l'habitude d'informer leur entourage quand ils tombent malades.

b-) Les raisons qui justifient le partage de l'état pathologique des enquêtés avec leur entourage sont essentiellement : la recherche d'aide dans les soins **(54,69%)** et à tout moment **(45,83%)** ; ainsi que le besoin de ne pas se sentir isolé face à la maladie **(28,39%).** (Tableau 12)

Les enquêtés qui ne partagent pas leur état pathologique avec leur entourage évoquent comme raisons : le fait qu'ils n'aiment pas qu'on ait pitié d'eux **(6,77%),** et qu'ils ne jugent pas important de faire ce partage **(5,21%).** D'autres déclarent qu'ils ne partagent pas leur état pathologique avec leur entourage parce que personne ne les comprend **(3,65%)** (Tableau X).

***Tableau X**: Raisons du partage et du non partage de l'état pathologique des enquêtés*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Raisons du partage de l'étage pathologique	Avoir son aide dans mes soins	210	54,69
	Bénéficier de son aide à tout moment	176	45,83
	Ne pas me sentir isolé	109	28,39
	J'ai l'habitude de partager mes soucis avec cette personne	52	13,54
	Avoir des conseils à tout moment	24	6,25
	Autres	15	3,91
Raisons du non partage de l'état pathologique	Je n'aime pas qu'on ait pitié de moi	26	6,77
	Ce n'est pas important	20	5,21
	Personne ne me comprend	14	3,65
	Je n'ai personne à qui en parler	7	1,82
	Je suis de nature timide	3	0,78
	Autres	10	2,60

III.2. Membres de la famille et raisons du partage à ces membres

Selon les enquêtés, le partage de l'état pathologique se fait respectivement avec le conjoint **(45,57%)** et/ou les enfants **(21,09%).**

Les raisons évoquées sont relatives au fait :

- d'être mieux compris pour **54,69%** des répondants ;
- De recevoir de l'aide dans les soins pour **48,18%** des enquêtés ;
- De compter sur le secret gardé pour environ le quart des répondants **(26,56%) (Tableau XI).**

***Tableau XI**: Membres de la famille et raisons du partage à ces membres*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Membre de la famille	Mon époux (se)/conjoint	175	45,57
	Un (mes) enfant(s)	81	21,09
	Un frère/Une sœur	81	21,09
	Mon père/ma mère	49	12,76
	Un cousin/une cousine	7	1,82
	Autres	15	3,91
Raisons du partage à ces membres	Me comprend	210	54,69
	M'aide dans les soins	185	48,18
	Sait garder le secret	102	26,56
	Ne me juge pas	89	23,18
	M'aide par des conseils	85	22,14
	Prie pour moi	20	5,21
	Autres	15	3,91

III.3. Age au dépistage positif, durée de connaissance, circonstances et sentiments à la découverte de la séropositivité

L'âge de la découverte de la séropositivité se situe entre 21 et 60 ans chez plus des quatre cinquièmes des répondants et entre 31 et 40 ans chez **39,06%** des répondants. De très rares personnes **(0,52%)** ont découvert tardivement leur séropositivité c'est-à-dire entre 61 et 70 ans.

Un peu moins de la moitié des répondants **(47,66%)** connaissaient leur statut de séropositif entre 0 et 5 ans avant l'étude.

La découverte du statut séropositif aurait été faite pour **61,20%** des répondants au cours d'un examen clinique réalisé dans le cadre de l'exploration d'une pathologie autre que le SIDA. Chez moins du cinquième **(15,63%)**, cela s'est fait au cours du suivi d'une grossesse.

A l'annonce du résultat positif du test de dépistage au VIH, les patients ont déclaré avoir été animés par des sentiments variables, allant d'un état de choc **(51,82%)**, passant par de la tristesse **(45,31%)** ou une envie de disparaître **(17,19%)** ou plutôt de l'indifférence **(11,98%)** **(Tableau XII).**

***Tableau XII**: Age au dépistage positif, durée de connaissance, circonstances et sentiments à la découverte de la séropositivité*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Age au dépistage positif	31 - 40 ans	150	39,06
	21 - 30 ans	99	25,78
	41- 50 ans	71	18,49
	51- 60 ans	27	7,03
	11 - 20 ans	20	5,21
	6 -10 ans	12	3,13
	Ne sais pas	3	0,78
	61- 70 ans	2	0,52
Durée de connaissance de la séropositivité	0 -5 ans	183	47,66
	6 -10 ans	99	25,78
	11 - 20 ans	91	23,70
	21 - 30 ans	6	1,56
	31 - 40 ans	3	0,78
	Ne sait pas	2	0,52
Circonstances de découverte de la séropositivité	Au cours d'un examen parce que vous étiez malade	235	61,20
	Au cours de ma grossesse	60	15,63
	Parce qu'un membre de votre famille avait le SIDA	55	14,32
	Parce que je l'ai moi-même demandé	27	7,03
	Au cours d'un dépistage de masse	7	1,82
Sentiments à la découverte de la séropositivité	Choc	199	51,82
	Tristesse	174	45,31
	Peur	136	35,47
	Colère	84	21,88
	Envie de disparaître	66	17,19
	Indifférence	46	11,98
	Envie de se venger	11	2,86
	Autres	5	1,30

III.4. Partage ou non du statut séropositif des enquêtés avec leur entourage et les raisons évoquées

a-) Environ deux tiers des répondants **(67,19%)** a déclaré avoir partagé son statut de séropositif avec son entourage alors qu'environ le tiers **(32,81%)** a déclaré ne pas l'avoir fait.

b-) Les raisons qui justifient le partage du statut à l'entourage sont essentiellement :

- la compréhension **(40,89%)** chez environ deux cinquièmes des participants ;
- l'aide dans les soins **(29,43%)** et la protection du secret familial **(23,70%)** chez la moitié des participants. (Tableau 16)

Les verbatims ci-dessous illustrent leurs déclarations :

- « Je l'ai dit à mon mari seul. Il me comprend et me transporte sur sa moto pour prendre mes médicaments à l'hôpital. J'en ai pas parlé à d'autres personnes » ;
- « Ma femme aussi est séropositive, elle sait donc ce que je vis. Elle est la seule informée de mon statut et elle m'aide beaucoup psychologiquement en plus de bien garder ce secret ».

c-) Les raisons des participants qui ne partageaient pas leur statut avec leur entourage, illustrées par leurs déclarations sont les suivantes :

- la **crainte d'être jugé d'adultère (10,17%)** exprimée de la façon suivante :
  - « les gens vont penser que je suis une prostituée et que c'est moi qui ai tué mon mari en commettant l'adultère » ;
  - « Dans ma région, tout le monde pense que le SIDA est la

maladie des infidèles » ;

- « Si on sait que j'ai le SIDA, on va penser que j'ai trompé ma femme et elle va me quitter. Je ne dirai jamais mon statut à quiconque » ;
- « On va dire que je suis un voyou et que je passe de femmes en femmes. On va me juger pour cela ».

- la **honte du fait de la place occupée dans la famille (8,59%)** exprimée par :
  - « le SIDA est une maladie de la honte » ;
  - « Je ne veux pas perdre le respect de ma femme et de mes enfants à cause de ça » ;
  - « Je n'aurai aucune légitimité auprès de mes enfants s'ils le savent ».
- la **crainte de susciter la pitié de son entourage (5,73%) :** « Je ne veux pas que les gens me voient comme un mort ambulant et aient pitié de moi » (Tableau XIII).

***Tableau XIII**: Raisons du partage et du non partage du statut VIH avec l'entourage*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Raisons du non-partage du statut VIH	Je vais être jugé d'adultère	39	10,17
	C'est une grande honte pour moi à cause de ma place dans la famille	33	8,59
	Je ne veux pas qu'on ait pitié de moi	22	5,73
	Personne ne me comprendra	20	5,21
	Ce n'est pas important	15	3,91
	C'est une grande honte pour moi à cause mon rang social	6	1,56
	C'est une grande honte pour moi à cause mon niveau	2	0,52
	Je n'ai personne à qui en parler	2	0,52
	Je suis de nature timide	2	0,52
	Autres	2	0,52
Raisons du partage du statut VIH	me comprend	157	40,89
	m'aide dans les soins	113	29,43
	sait garder un secret	91	23,70
	ne me juge pas	72	18,75
	m'aide par des conseils	63	16,41
	prie pour moi	15	3,91

III.5. Durée entre la découverte du statut et le partage avec l'entourage, et membre de la famille avec qui le partage a été fait :

Le partage se fait avec l'entourage, prioritairement avec le/la conjoint(e) **(39,84%).** Environ le cinquième des répondants a partagé le statut de séropositif avec leurs pères/mères et leurs frères/sœurs.

Environ les trois cinquièmes des répondants ont partagé leur statut au bout de 6 mois après la découverte avec leur entourage.

Très peu de personnes ont déclaré avoir partagé leur statut sérologique au bout de 6 mois à 18 mois après la découverte (Tableau XIV).

***Tableau XIV**: Durée entre la découverte du statut et le partage avec l'entourage, et membre de la famille avec qui le partage a été fait*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Durée entre la découverte statut séropositif et le partage	Entre 0 et 6 mois	238	61,98
	Entre 18 mois et 24 mois	8	2,08
	Entre 6 mois et 12 mois	8	2,08
	Entre 12 mois et 18 mois	1	0,26
	Autres	3	0,78
Membre de la famille avec qui le partage a été fait	Mon époux (se)/conjoint	153	39,84
	Un frère/Une sœur	57	14,84
	Un (mes) enfant(s)	48	12,50
	Mon père/ma mère	41	10,68
	Un cousin/une cousine	7	1,82
	Autres	5	1,30

III.6. Encouragement ou non au dépistage de l'entourage familial par les enquêtés et raisons évoquées

a-) Presque la moitié des répondants **(51,56%)** déclarent n'avoir pas encouragé les membres de leur famille à se faire dépister au VIH, alors que les autres l'auraient fait.

b-) Les enquêtés déclaraient ne pas encourager leur entourage à se faire dépister parce qu'ils n'avaient pas préalablement partagé leur statut et ont eu peur que leur séropositivité soit divulgué par ce biais **(38,80%)**.

Ceux qui ont déclaré avoir encouragé leur entourage à se faire dépister estimaient qu'il est important de savoir si on est malade ou pas **(36,98%)**.

Et pour y arriver, un peu plus du tiers des répondants expliquaient ce qu'ils savaient du SIDA **(35,68%)**. Très peu **(10,16%)** recouraient à l'aide des agents de santé afin de communiquer autour (Tableau XV).

***Tableau XV**: Raisons de l'encouragement ou non au dépistage de l'entourage et méthodes utilisées pour cet encouragement*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Raisons de l'encouragement ou non au dépistage de l'entourage	J'ai peur qu'il/elle découvre ma maladie	149	38,80
	Il/elle doit savoir s'il/elle est malade ou pas	142	36,98
	Je ne veux pas qu'il/elle meure du SIDA	100	26,04
	Pour qu'il/elle ne contamine pas d'autres personnes	24	6,25
Méthodes utilisées pour encourager au dépistage	J'ai expliqué ce que je sais de cette maladie	137	35,68
	J'ai partagé mon statut	48	12,50
	J'ai recouru à l'aide des agents de santé	39	10,16

IV. INFORMATIONS RELATIVES AU VECU ET A LA PERCEPTION DU PATIENT

IV.1. Avis des enquêtés par rapport aux avantages à partager son statut de séropositif avec son entourage (Figure 9)

80,99% des répondants trouvaient qu'il y a des avantages à partager son statut de séropositif avec les membres de sa famille alors qu'un peu moins du cinquième trouvaient qu'il n'y a aucun avantage dans ce partage.

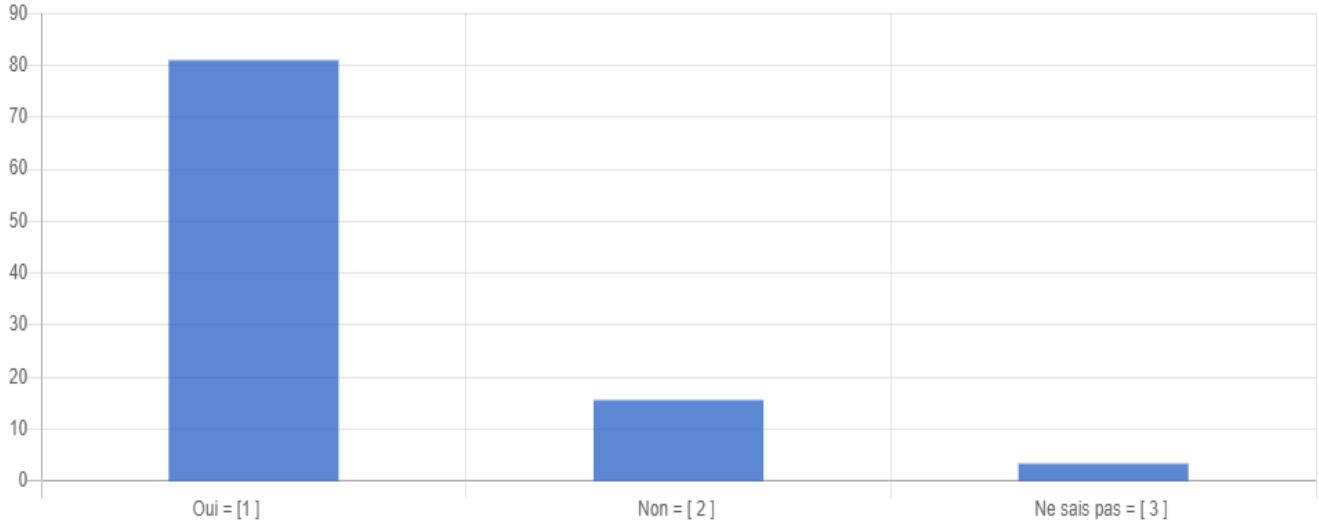


***Figure 9**: Avis des enquêtés par rapport aux avantages à partager son statut de séropositif avec son entourage*

IV.2. Intérêt de susciter le dépistage de son entourage et délai idéal de partage de la séropositivité :

Pour les participants, il est avantageux de susciter le dépistage de son entourage parce que cela permet de connaître son statut afin de se soigner **(71,09%)** et de ne pas contaminer d'autres personnes **(38,02%)**.

Une très forte proportion de répondants **(78,65%)** estimait qu'il faut

partager son statut de séropositif avec son entourage, idéalement au bout de 6 mois.

Très rares sont ceux qui estimaient qu'il faut le faire entre 6 mois et 2 ans (Tableau XVI).

***Tableau XVI**: Intérêt de susciter le dépistage de son entourage et délai idéal de partage de la séropositivité*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Intérêt de susciter le dépistage de son entourage	Permettre de connaitre son statut afin de se soigner	273	71,09
	Ne pas contaminer d'autres personnes	146	38,02
	Participer à la lutte contre le SIDA	88	22,912
	Ne sait pas	37	9,64
Délai idéal de partage de la séropositivité	Entre 0 à 6 mois	302	78,65
	Entre 6 mois -12 mois	5	1,30
	Entre 18 mois – 24 mois	4	1,04
	Autres	4	1,04

IV.3. Avis et justification sur la réalisation du dépistage familial (Tableau XVII)

La quasi-totalité des répondants **(91,93%)** a dit être d'accord pour la réalisation du dépistage familial.

Les avis favorables par rapport au dépistage familial étaient justifiés par le fait que ce dépistage permet **:**

- de mettre sous traitement les membres de la famille malades (**71,09%**);
- de connaître le statut des membres de la famille (**66,67%**).

Parmi la faible proportion qui n'était pas d'accord pour la réalisation du dépistage familial, la raison principale avancée était que le dépistage familial détruit l'équilibre de la famille. Diverses expressions traduisent cette pensée. Il s'agit de :

- « Ce n'est pas une bonne chose, il peut entraîner des divorces, manque de confiance et incompréhension au sein de la famille » ;
- « La femme et le mari peuvent divorcer » ;
- « Les enfants peuvent abandonner le parent malade. C'est mieux que celui qui est malade le garde pour lui et prenne bien ses médicaments » ;
- « C'est source de problèmes dans la société. La femme peut se faire renier par son mari qui va la traiter d'adultérine, et le mari peut perdre sa femme Il n'y a pas d'avantages ».

***Tableau XVII**: Avis et justification sur la réalisation du dépistage familial*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Avis sur la réalisation du dépistage familial	Oui	353	91,93
	Non	29	7,55
	Ne sait pas	2	0,52
Justification des avis	Il permet de mettre sous traitement ceux qui sont malades	273	71,09
	Il permet de connaitre le statut des membres de la famille	256	66,67
	Il facilite la lutte contre le SIDA	140	36,46
	Il permet d'éviter certains comportements à risque	116	30,21
	Il détruit l'équilibre de la famille	20	5,21
	Ne sait pas	5	1,30

IV.4. Avis des enquêtés par rapport au dépistage familial en fonction des cas index :

a-) A partir d'un enfant comme cas index :

Le dépistage familial peut se faire, à partir d'un enfant comme cas index selon **92,45%** (N = 355) des répondants. Leur argument était que cela permettra de connaître le statut des autres membres de la famille, et de mettre sous traitement les positifs.

Le reste soit **6,25%** n'était pas d'accord prétextant que ce dépistage est susceptible de détruire la cohésion familiale.

b-) A partir de la mère de famille comme cas index :

Le dépistage familial peut se faire, à partir de la mère de famille comme cas index selon **91,41%** (N = 351) des participants à notre étude. Ils justifiaient cela par le fait que cela permettra de connaître le statut des autres membres de la famille, et de traiter les malades.

c-) A partir du père de famille comme cas index :

Un effectif de 352 répondants était d'accord pour que le dépistage familial se fasse, à partir du père de famille comme cas index soit **91,67%**. La raison évoquée était que cela permettra de connaître le statut des autres membres de la famille, et de traiter les malades.

Le reste soit **6,51%** n'était pas d'accord prétextant que cela est susceptible de détruire la cohésion familiale et **1,30%** étaient sans avis.

d-) A partir de tout membre de la famille comme cas index :

Le dépistage familial peut se faire, à partir de tout membre de la famille comme cas index, selon **89,32%** (N = 343) des participants à notre étude. Selon eux, cela permettrait de connaître le statut des autres membres de la famille, et de traiter les malades.

Le reste, soit **5,73%** n'était pas d'accord et **4,43%** étaient sans avis **(Tableau XVIII)**.

***Tableau XVIII**: Avis des enquêtés sur le dépistage familial en fonction des cas index*

PARAMETRE	Nature	Fréquence	Pourcentage
Cas index : enfant	Oui	355	92,45
	Non	24	6,25
	Ne sait pas	4	1,04
Cas index : mère de famille	Oui	351	91,41
	Non	27	7,03
	Ne sait pas	5	1,30
Cas index : père de famille	Oui	352	91,67
	Non	25	6,51
	Ne sait pas	5	1,30
Cas index : tout membre de la famille	Oui	343	89,32
	Non	22	5,73
	Ne sait pas	17	4,43

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude s'est articulée autour de quatre points:

- L'intérêt de l'étude ;
- L'atteinte des objectifs ;
- La réalisation de l'étude et l'atteinte des résultats ;
- La comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

4.1. Intérêt de l'étude

La lutte contre le SIDA à travers l'atteinte des objectifs relatifs au dépistage, nécessite la mise en place de nouvelles stratégies autres que celles classiques. Il s'agit des stratégies différenciées de dépistage dont fait partie le dépistage familial. Sa mise en œuvre requiert la maitrise des leviers et des réalités sociologiques. Cette étude trouve sa pertinence dans l'absence de données réelles sur le dépistage familial du SIDA au Bénin ; notamment d'un point de vue sociologique.

4.2. Atteinte des objectifs

Notre méthodologie nous a permis :

- de déterminer la fréquence du refus du dépistage familial à partir des cas index au Bénin en 2021 ;
- d'identifier les facteurs entravant le dépistage au sein de la famille en partant des parents comme cas index au Bénin en 2021.

4.3. Réalisation de l'étude et atteinte des résultats

L'étude a été transversale à visée descriptive et analytique. Après la validation éthique, la collecte s'est déroulée dans les sites de prise en

charge avec la file active de PVVIH sous ARV la plus importante, au sein des départements du Mono, Couffo, Zou, Borgou, Alibori, Plateau. Il s'est agi exclusivement d'un entretien avec les participants à l'aide d'une fiche d'enquête. Elle a été conduite par moi-même, aidé par des enquêteurs dûment formés et ayant des profils se prêtant à ce type de recherche.

4.4. Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

D'après l'ONUSIDA dans le monde **en** 2020, 37,7 millions de personnes vivraient avec le VIH, et 53 % de cet ensemble sont des femmes et des filles. Selon les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé du Bénin (EDSB-IV) de 2011-2012, la prévalence de l'infection à VIH au Bénin tend à se stabiliser autour de 1,2% avec une prédominance féminine à hauteur de 1,4 % contre 1,0 % chez les hommes. Cette prédominance féminine au niveau mondial et national est semblable à celle retrouvée dans notre étude, à hauteur de 66,41%. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les moyens de prévention contre le VIH, comme le préservatif, sont plus accessibles aux hommes. De même d'un point de vue anatomique, la muqueuse vaginale qui est une barrière de protection contre les agressions infectieuses chez la femme, est fragile ; elle est donc plus sujette à la contamination au VIH. Enfin d'un point de vue social, les femmes subissent plus d'agressions et de violences sexuelles, ce qui accroît le risque de contagion chez elles.

La prévalence du VIH au Bénin est plus élevée au sein des veuves (10,8 %) et des divorcées (2,1 %) selon les résultats de l'EDSB-IV. Ces résultats ne sont pas semblables à ceux que révèle notre étude. En

effet nous avons retrouvé une prévalence plus élevée chez les répondants qui affirmaient vivre dans un régime monogamique (37,50%). Elle est de 20,58% chez les veufs/veuves et de 7,03% chez les divorcés.

Dans notre étude, 99,74% des participants ont déclaré croire en l'existence du VIH. Ces chiffres sont semblables à ceux rapportés par BARRÈRE et al au Cameroun en 2004 [38] qui montrent que la quasi-totalité des femmes (98 %) et des hommes (99 %) ont déclaré avoir entendu parler du VIH/sida. Ce fort taux d'adhésion à l'existence du VIH est probablement dû à la médiatisation et aux campagnes d'informations faites dans le cadre de la lutte contre la maladie.

Les moyens de transmission du VIH étaient connus par une écrasante majorité des participants à notre étude. Les causes surnaturelles, notamment l'envoutement, étaient défendues par moins d'un participant sur 5 (11,98%). Ces résultats s'opposent à ceux retrouvés au Cameroun en 2004 par BARRÈRE et al [38] qui montrent que juste une femme sur deux (57 %), pensent que le SIDA ne se transmet pas par des moyens surnaturels. De plus, une étude menée par *Kwilu et al sur les représentations, croyances et mythes en RDC sur le VIH [39] rapporte que l*a croyance à la sorcellerie est au centre de l'origine du VIH/SIDA en RDC et que la prise des antirétroviraux est considérée comme un palliatif. Les patients du sida pensent que la cause de leur maladie se trouve ailleurs avec des discours comme : « *Si je suis malade aujourd'hui, c'est à cause des paroles prononcées par ma grand-mère. Un jour, suite à l'inconduite de ma mère, la grand-mère lui a dit que les enfants qu'elle aura, vont beaucoup souffrir, ils n'atteindront jamais l'âge*

adulte. Depuis que ces paroles ont été prononcées, notre famille souffre, nous sommes chaque fois malades, nous n'avons pas du travail. Je pense que ces paroles ne peuvent disparaitre que par des prières de délivrance. C'est pourquoi, je me rends chaque jour à la prière dans notre église pour chercher ma guérison. Les antirétroviraux que l'on donne ne peuvent pas guérir le sida, c'est seulement par la prière que l'on peut le guérir. Le sida selon moi est une maladie diabolique, une maladie qui vient des ancêtres et des esprits » ou encore « *Un jour mon grand-père est venu nous rendre visite, j'avais 30 ans à l'époque. Il m'a posé la question suivante : « pourquoi je ne marie pas ? » Je lui ai répondu que je n'ai pas encore trouvé un mari. Mon grand-père m'a dit que si je ne trouve pas un homme, c'est parce que, mes parents ne lui ont jamais donné une chèvre pour mettre fin à l'union qui a été scellée entre nous deux, c'est-à-dire moi et lui. Ces paroles m'avaient tellement bouleversé, j'ai commencé à lui en gueuler, après cette dispute, le grand-père me dit que, s'il rentre au village deux semaines ne vont passées, je verrai un signe dans ma vie. Effectivement, deux semaines après, j'ai commencé à tousser, et quand je me suis rendue à l'hôpital, le médecin m'a recommandé quelques examens au laboratoire, à la suite de ces examens, on m'a annoncé que j'étais séropositive. Depuis ce jour, j'ai pris l'engagement de me confier à Dieu, parce que l'origine de cette maladie est spirituelle, la médecine ne pourra jamais la guérir.* »

Il en ressort de ce fait que la spiritualité occupe une place très importante dans l'appréhension de l'état pathologique en général et du VIH en particulier en Afrique. Ces théories semblent être moins défendues par les participants à notre étude, probablement à cause

des efforts consentis dans le partage des informations vraies relatives à la maladie et à cause de la mondialisation et de l'avènement des nouvelles techniques de l'information et de la communication (NTIC) qui facilitent le partage de ces mêmes informations. De même le rajeunissement de la population africaine entraîne un abandon des coutumes endogènes au profit des religions occidentales qui ne promeuvent pas ces théories.

Les participants à notre étude ont déclaré en majorité (61,20%) avoir découvert leur statut de séropositif au cours d'un examen clinique réalisé dans le cadre de l'exploration d'une pathologie autre que le SIDA.

Ces résultats sont semblables à ceux rapportés par Mbopi-Kéou et al au Cameroun [40] qui retrouvent que la séropositivité des répondants était plus découverte au décours d'une infection opportuniste.

Cela pourrait s'expliquer par le fait que les dépistages de routine ou systématique du VIH ne sont pas encore totalement entrés dans la pratique des patients et/ou des soignants en Afrique.

La manière dont les personnes vivant avec le VIH informent des tiers de leur statut sérologique est qualifiée de « partage » dans le langage de la lutte contre le SIDA. Le partage du statut VIH constitue une préoccupation de santé publique du fait de ses implications en matière de prévention et parce qu'un tiers informé peut apporter un soutien pour une personne atteinte (notamment pour son traitement). Environ deux tiers des répondants (67,19%) à notre étude a déclaré avoir partagé son statut de séropositif avec son entourage. Ce résultat est semblable à celui rapporté par Coutherut et al au Sénégal en

2012, qui a trouvé que deux tiers des personnes interrogées (n=185, 66%) ont partagé leur statut avec au moins une personne de leur entourage et/ou leur partenaire [41]. On note une similarité de résultats, dans l'étude réalisée par Makhlouf Obermeyer C et al au Burkina Faso en 2006 [42], qui ont trouvé que 67% des hommes avaient partagé leur statut VIH avec leur partenaire. D'autres études menées en Afrique Sub-saharienne rapportent des taux de partage avec au moins une personne très divers : proches de 90% en Ethiopie [43], en Ouganda [44] et en Afrique du Sud [45] [46], 77% au Nigéria [47], aux alentours de 50% au Kenya et en Zambie [48], et 22% en Tanzanie [47].

La disparité des taux de partage peut être due à la méthodologie utilisée : la plupart de ces études étant basées sur l'auto-déclaration des répondants. Les biais associés au caractère déclaratif des données apparaissent importants. Par exemple, dans une étude menée à Nairobi au Kenya, 27% des hommes déclarent avoir partagé leur statut sérologique avec leur partenaire alors que les partenaires déclarent ne pas être au courant [49].

Notre étude révèle que près de la moitié des participants (52,34%) partagent le statut VIH avec les membres de leur famille nucléaire (conjoint(e) et/ou enfants). Cette valeur est au-dessus de ce que rapporte Coutherut et al au Sénégal en 2012 qui a retrouvé un partage à l'endroit de la famille nucléaire de l'ordre d'un peu plus du quart des participants soit 27,8% [41]. Ceci s'expliquerait par le fait que la population de notre étude déclarait appartenir majoritairement à un régime monogamique, qui fait part belle à une protection du

secret au sein du tandem père-mère-enfant.

Les répondants à notre étude affirment que les raisons qui justifient le partage du statut à l'entourage sont essentiellement la compréhension (40,89%), l'aide dans les soins (29,43%) et la protection du secret familial (23,70%) avec des déclarations comme : « Je l'ai dit à mon mari seul. Il me comprend et me transporte sur sa moto pour prendre mes médicaments à l'hôpital. J'en ai pas parlé à d'autres personnes » ou « Ma femme aussi est séropositive, elle sait donc ce que je vis. Elle est la seule informée de mon statut et elle m'aide beaucoup psychologiquement en plus de bien garder ce secret ». Des études menées sur les conditions et motivations du partage rapportent à peu près les mêmes raisons qui justifient le partage de statut. En effet la logique sous-jacente serait en premier lieu utilitaire, visant à trouver un soutien psychologique ou une aide matérielle auprès de tiers, appliquant les recommandations des agents de santé, surtout dans les pays anglophones où l'identification d'un pair était parfois un critère indispensable pour la mise sous traitement [41].

Un peu plus des trois cinquièmes des répondants (64,06%) à notre étude ont partagé leur statut avec leur entourage au bout d'un an après l'annonce de la séropositivité.

Ce résultat est proche de celui retrouvé par Coutherut et al au Sénégal en 2012 qui a noté que l'annonce du statut sérologique s'est faite principalement au début du suivi, en majorité la première année du traitement [41].

Parmi les 122 personnes qui ont partagé avec au moins une tierce personne, plus de 75% l'ont fait dans l'année suivant l'annonce. Ce

taux pourrait s'expliquer par le fait que les PVVIH qui partagent leur statut ont besoin dans l'immédiat du soutien financier et psychologique que requiert la prise en charge de la maladie.

Environ le tiers (32,81%) des participants à notre étude a déclaré ne pas avoir partagé son statut avec un membre de son entourage. Ce taux est similaire aux 34% des personnes interrogées qui ont affirmé ne pas avoir du tout partagé leur statut sérologique, ni avec leur entourage ni avec leur conjoint, au cours de l'étude de Coutherut et al au Sénégal en 2012 [41].

Les raisons du non partage rapportées par Coutherut et al étaient dominées par la crainte du rejet par la famille, la peur des critiques, la volonté de préserver leur intimité et de protéger leurs proches [41]. Ces raisons également retrouvées dans notre étude expriment ***la crainte d'être jugé d'adultère*** (« les gens vont penser que je suis une prostituée et que c'est moi qui aies tué mon mari en commettant l'adultère » ; « *Dans ma région, tout le monde pense que le SIDA est la maladie des infidèles* » ; « *Si on sait que j'ai le SIDA, on va penser que j'ai trompé ma femme et elle va me quitter. Je ne dirai jamais mon statut à quiconque* »), ***la honte du fait de la place occupée dans la famille*** (« le SIDA est une maladie de la honte » ; « Je ne veux pas perdre le respect de ma femme et de mes enfants à cause de ça ») et de la crainte de susciter la pitié de son entourage (« Je ne veux pas que les gens me voient comme un mort ambulant et aient pitié de moi »).

Ce taux élevé de non-partage peut être un reflet de ***la crainte de ne pouvoir se remarier ou de se faire exclure de la cellule familiale***.

De plus, les PVVIH peuvent penser que si leur état de santé est bon

grâce à une bonne observance du traitement anti rétroviral, elles n'ont plus de risque de transmettre le VIH et n'ont donc plus besoin de partager leur statut sérologique.

La mise en œuvre du dépistage familial nécessite que le patient index accepte qu'on l'utilise pour entrer dans la famille afin de faire dépister les autres membres.

Notre étude révèle qu'un peu plus de la moitié des répondants (51,56%) déclarent n'avoir pas encouragé les membres de leur famille à se faire dépister au VIH.

Cette situation s'explique essentiellement par le fait que les enquêtés n'avaient pas préalablement partagé leur statut et ont eu peur que leur séropositivité soit divulgué par ce biais (38,80%).

Des expériences concernant le dépistage familial ont été menées au Bénin et ont donné des résultats satisfaisants. Ainsi dans les départements du Borgou et de l'Alibori, une campagne réalisée en 2020 avec l'appui de l'UNICEF, a permis de dépister grâce à cette méthode 1840 personnes dont 57 se sont révélées positives. Dans le département du Zou en 2020, 7253 personnes ont été dépistées dont 33 positifs (0,45%) et dans le département des Collines, 1846 personnes ont été dépistées dont 17 positifs (0,92%). L'expérience du dépistage familial a permis de dépister 583 enfants, dont 9 positifs (taux de séropositivité à 1,54%) et 14 conjoints, dont 6 positifs (43%) dans le Mono ; 508 enfants dont 11 cas positifs (2,16%) et 19 conjoints dont 2 cas positifs (10,5%) dans le département du Couffo. Deux initiatives menées récemment par l'UNICEF en République démocratique du Congo (RDC) et au Zimbabwe démontrent l'efficacité

du dépistage des cas de VIH dans la famille basée sur le cas index ainsi que son taux de détection élevé. En l'espace de six mois, 170 enfants ont été diagnostiqués positifs au VIH et 169 d'entre eux ont commencé à recevoir un traitement antirétroviral. La plupart de ces enfants (161 sur 170) se trouvaient en RDC où le taux de détection de ces tests s'est révélé très élevé, à 30 %. En revanche, au Zimbabwe, ce taux était inférieur à 3 %, ce qui ne remet toutefois pas en question l'intérêt de cette méthode.

CONCLUSION

Le dépistage constitue la porte d'entrée dans la lutte contre le VIH. Plusieurs méthodes de dépistage ont été mises en place afin de faire adhérer une grande masse de personnes à la cause : le dépistage familial en fait partie, et représente un moyen sûr de détection de sujets positifs. En effet il permet d'entrer dans une famille et d'en dépister ses membres à partir d'un sujet positif appelé "cas index ", lui-même appartenant à cette famille.

La mise en œuvre de cette méthode de dépistage, n'a pas encore atteint sa vitesse de croisière au Bénin, en raison de plusieurs facteurs notamment sociologiques. C'est ce que nous nous sommes proposé d'étudier à travers ce travail de recherche.

Il en ressort de l'analyse des données collectées que la majorité des répondants, environ 67,19% a partagé son statut avec son entourage. Néanmoins 51,56% n'a pas facilité le dépistage des membres de sa famille en partant de lui comme cas index.

Il serait important de se demander qui de l'homme ou de la femme est plus disposé à se constituer cas index dans le cadre du dépistage familial du VIH ; et pour quelles raisons.

Les facteurs entravant ce dépistage familial sont liés à la stigmatisation vis-à-vis des personnes porteuses du VIH. Les PVVIH ne facilitent pas le dépistage des membres de leurs familles en se constituant cas index par :

- crainte d'être jugé d'adultère ;
- honte du fait de la place occupée dans la dite famille ;
- crainte de susciter la pitié de son entourage.

Des efforts doivent être consentis par toutes les structures et personnes

intervenant dans la prise en charge du VIH afin que ces facteurs sociaux soient maîtrisés pour l'atteinte des objectifs.

SUGGESTIONS

Les résultats issus de cette étude nous inspirent certaines suggestions.

A l'endroit des autorités politico-administratives de notre pays :

- Dynamiser les associations de PVVIH pour la sensibilisation contre le VIH et le dépistage familial systématique ;
- Promouvoir les bonnes pratiques dans la lutte contre la stigmatisation des PVVIH en accompagnant les groupes de parole et le concept de "l'école des maris modèles" ;
- Intensifier la sensibilisation contre le VIH/SIDA en mettant un accent particulier sur le rôle de la stigmatisation dans la propagation du virus ;
- Faire la promotion du dépistage familial en primant par exemple les PVVIH qui acceptent spontanément et librement d'être cas index.

A l'endroit des agents de santé impliqués dans la prise en charge du VIH dans notre pays :

- Mettre en confiance les PVVIH surtout au cours de l'annonce de la séropositivité ;
- Etre à l'écoute des PVVIH surtout concernant les difficultés inhérentes au suivi de leur pathologie ;
- Solliciter au besoin l'intervention des psychologues, sociologues, assistants sociaux dans la prise en charge des patients ;
- Encourager les PVVIH à partager leur statut et à être sujet index au sein de leur famille nonobstant la pression sociale.

A l'endroit de la population générale :

- Faciliter la tâche aux PVVIH en leur apportant du soutien moral et financier, du respect et de la compréhension ;
- Lutter contre toute forme de stigmatisation à l'encontre des PVVIH au sein de la communauté.

A l'endroit des PVVIH :

- Etre membre actif des associations de PVVIH, qui constituent des creusets de partage d'expériences ;
- Se porter premier acteur de sa prise en charge et respecter les indications des agents de santé dans ce cadre ;
- Prendre conscience de son état et faire l'effort de partager son statut avec son entourage ;
- Encourager et faciliter le dépistage du VIH au sein de sa famille en se constituant sujet index malgré les pesanteurs sociales ;
- Encourager les autres PVVIH à faciliter le dépistage au sein de leurs familles respectives.

REFERENCES

[1] Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies. Session bilan 2020. Cotonou : CNLS-TP ; 2020. p.50.

[2] Barin F. Reoviridea : Les virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH). In Mammette A. Virologie Médicale. Lyon : Presses Universitaires de Lyon ; 2002.

[3] Huraux JM, Nicolas JC, Agut H, Peigue-Lafeuille H. Traité de Virologie. Paris : Estem ; 2006. p. 699.

[4] Bayader A. Étude de l'établissement des réservoirs du VIH-1 et de l'impact de l'initiation précoce du traitement sur ces réservoirs chez l'enfant infecté par le VIH-1. [Mémoire de Master en microbiologie et immunologie]. Montréal : Université de Médecine de Montréal ; 2019. p. 77.

[5] J-M Dariosecq : Mémento Thérapeutique du VIH/SIDA en Afrique. 1ème éd. Paris : Wolters Kluwer France ; 2005. p. 242.

[6] Santé Publique France. VIH/sida [En ligne]. 2021. [Consulté le 22 juin 2021]. Disponible sur : https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-sexuellement-transmissibles/vih-sida

[7] Fleury HJA. Abrégé de Virologie. 5ème éd. Paris : Elsevier-Masson ; 2009. p. 265.

[8] Conseil National de Lutte contre le VIH/SIDA, la Tuberculose, le Paludisme, les hépatites, les infections sexuellement transmissibles et les épidémies. Session bilan 2016-2020. Cotonou : CNLS-TP ; 2021, p. 44.

[9] United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). Rapport Global AIDS Monitoring. Genève; 2019. p. 200.

[10] Gray P, Anderson K. Le rôle du père auprès de l'enfant. CDJE. 2015 :1-8.

[11] Tsala Tsala JP : « Secret de famille et clinique de la famille africaine » Le divan familial. 2007;2(19):31-46.

[12] Tsala Tsala JP. The Mevungu Rite. A traditional psychotherapy for women in Cameroon ; In S. Ntomchkwu Madu, P. Kakubeire Baguma, A. Pritz. Quest for Psychotherapy for Modern Africa. Sovenga : UNIN Press ; 1998 :51-64.

[13] Lallemand S, Journet O. Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar. Paris : L'Harmattan; 1991. p.136.

[14] Tsala Tsala JP. Grossesse et interdits chez la femme Beti du Sud Cameroun. Cahiers de Sociologie Économique et Culturelle. 1996; 25:85-94.

[15] Guidetti M, Lallemand S, Morel MF, Colin A. Enfances d'ailleurs, d'hier et d'aujourd'hui. Sciences Humaines. 1998;79.

[16] Tsala Tsala JP. Pathologie familiale et échec scolaire. In G. Pallante. École et mondialisation en Afrique. Yaoundé : PUCAC ; 2005. p. 213-29.

[17] Labra O, Lacasse A. Représentations sociales du VIH/sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. 2015;32:1-2.

[18] Burkholder GL, Harlow LL, Washkwich JL. Social stigma, HIV/ AIDS knowledge, and sexual risk. Journal of Applied Biobehavioral Research. 2007;4 (1):27-44.

[19] Celentano D, Beyrer C, Davis W, del Rio C. The HIV/AIDS Epidemics of the Americas. In Celentano D, Beyrer C. Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries. New York : Springer;2008. p. 187-94.

[20] Echebarria A, Paez R. Social representations and memory: The case of AIDS. Eurepean Journal of Social Psychology. 1989;19(6):543-51.

[21] Joffe H, Bettega N. Social Representation of AIDS among Zambian Adolescents. Journal of Health Psychology. 2003;8(5):616-31.

[22] Labra O, Dumont S. Representaciones sociales del VIH-SIDA en la Región del Maule, Chile. Revista de Trabajo Social. 2012;83:35-40.

[23] Herek GM. Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-fi rst century. Sexuality Research and Social Policy. 2004;1(2):6-24.

[24] Ramirez-Valles J, Fergus S, Reinsen C, Poppen P, Zea MC. Confronting stigma: Community involvement and psychological well being among HIV-positive latino gay men. Hispanic Journal of Behavioral Sciences.2005;27(1):101-19.

[25] Castle S. Rural children's attitudes to people with HIV/AIDS in Mali : The causes of stigma. Culture, Health & Sexuality. 2004;6 (1):1-18.

[26] Ostrom A, Serovich M, Lim J, Mason T. The role of stigma in reasons for HIV disclosure and non-disclosure to children. AIDS Care. 2006;18(1):60-5.

[27] Labra O. Social representations of HIV/AIDS in mass media: Some important lessons for caregivers. Journal International Social Work. 2015;58(2):238-48.

[28] Lévy, J. L'apocalypse dans les représentations de l'épidémie du VIH/sida : Du religieux au médiatique. Frontières. 2013;25(2):41-55.

[29] Brouselle A, Champagne F. How was the UNAIDS drug access initiative implemented in Chile? Evaluation and Program Planning. 2004;27:295-308.

[30] Da Costa TL, Oliveira DC, Formozo DA, Gomez AM. Persons living with AIDS in nurses' social representations : Analysis of central, contranormative and attitudinal elements. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2012;20(6):1091-9.

[31] Nengeh M. Ni vues ni connues? Femmes, VIH, Médias. Nouvelles questions féministes. 2003;2(24):121-4.

[32] Rohleder P. HIV and the "Other". Psychodynamic Practice. 2007;13(4):401-12.

[33] Thomas F. Stigma, fatigue and social breakdown: Exploring the impacts of HIV/AIDS on patient and carer well-being in the Caprivi Region, Namibia. Social Science & Medicine. 2006;63 (12):3174-87.

[34] Garceau-Brodeur MH. Rôle des représentations sociales du VIH/sida et des stratégies d'ajustement dans l'élaboration des scénarios amoureux/affectifs, sexuels/préventifs et liés aux projets d'avenir parmi des préadolescents et adolescents infectés depuis leur naissance. 2007.

[35] Tosoli AM, Oliveira DC, Dos Santos EI, do Espirito Santo CC, Gomez Valois BR, Muhen de Montes AP. As facetas do convívio com o HIV : Formas de relações sociais e representações sociais da aids para pessoas soropositivas hospitalizadas. Scielo. 2012;16(1):111-20.

[36] Catherine Dollfus. Représentations de l'infection par VIH chez l'enfant et l'adolescent. 2014;64:89-99.

[37] Essajee S, Putta N, Brusamento S, Martina Penazzato M, Kean S, Mark D. Dépistage des cas de VIH dans la famille basée sur le cas index afin d'identifier les enfants infectés par le VIH. Genève : OMS;2019. p. 4.

[38] Monique Barrère. Connaissance, attitudes et comportements vis-à-vis des IST/SIDA. 2004. p. 32.

[39] Kwilu LH. VIH/SIDA : représentations, croyances et mythes en RDC [En ligne]. 2015. [Consulté le 05 décembre 2022]. Disponible sur : https://shsvih.hypotheses.org/534.

[40] Mbopi-Kéou FX, Dempouo Djomassi L, Monebenimp F. Aspects descriptifs du VIH/SIDA chez les sujets âgés de 50 ans et plus suivis au Centre de Traitement Agréé de Bafoussam – Cameroun. Pan African Medical Journal. 2012 ;12(107).

[41] Coutherut J, Desclaux A. Le partage du statut sérologique avec l'entourage. HAL Open Science. 2012.

[42] Makhlouf Obermeyer C, Sankara A, Bastien V, Parsons M. Genre et experience du dépistage du VIH au Burkina Faso. In Desclaux A, Msellati P, Sow K. Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge. Paris : ANRS;2011. p. 17-29.

[43] Deribe K, Woldemichael K, Wondafrash M, Haile A, Amberbir A. Disclosure experience and associated factors among HIV positive men and women clinical service users in Southwest Ethiopia. BMC Public Health. 2008;8:81.

[44] Ssali SN, Atuyambe L, Turnwine C, Seguja E, Nekesa N, Nannungi A, et al. Reasons for disclosure of HIV status by people living with HIV/AIDS and in HIV care in Uganda :an exploratory study. AIDS Patient Care STDS. 2010;24(10):675-81

[45] Wong LH, Rooyen HV, Modiba P, Richter L, Gray G, McIntyre JA, et al. Test and tell : correlates and consequences of testing and disclosure of HIV status in South Africa. J. Acquir Immune Defic. Syndr. 2009;50(2) :215-22.

[46] Skogmar S, Shakely D, Lans M, Danell J, Andersson R, Tshandu N, et al. Effect of antiretroviral treatment and counselling on disclosure of HIV-serostatus in Johannesburg, South Africa. AIDS Care. 2006;18(7):725-30.

[47] Akani CI, Erhabor O. Rate, pattern and barriers of HIV serostatus disclosure in a resource-limited setting in the Niger delta of Nigeria. Trop Doct. 2006;36(2):87-9.

[48] Rutenberg N, Kankasa C, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Siwale M, Geibel S et al. HIV voluntary counseling and testing : an essential component in preventing mother-to-child transmission of HIV. Horizons Research. 2003.

[49] Katz DA, Kiarie JN, John-Stewart GC, Richardson BA, John FN, Farquhar C. HIV testing men in the antenatal setting: understanding male non-disclosure. Int J STD AIDS. 2009;20(11):765-7.

ANNEXES

Annexe 1 : Actions du ministère dans la lutte contre le VIH/SIDA

Structure Responsable : Programme Santé de Lutte contre le VIH/Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles

Intitulé du Projet / Programme/ Initiative :

Accélération aux services de prévention de l'infection à VIH, de traitement et de soutien communautaire.

Sources de financement :

BN, FM, OMS, UNICEF, ONUSIDA, CHAI

Cibles (Bénéficiaires) du Projet :

Les personnes vivant avec le VIH (PVVIH)

Les professionnelles de sexe et leurs clients

Les adolescents et jeunes

Les femmes enceintes

Les enfants nés de mères séropositives

Les personnes privées de liberté (PPL)

La population générale

Zones/Localités bénéficiaires :

Tous les départements et communes du pays

Objectif Général : Contribuer aux objectifs du secteur et du Gouvernement en prenant les initiatives et dispositions requises pour une meilleure réalisation des activités programmées.

Objectifs spécifiques :

Prévenir la transmission de l'infection à VIH aussi bien dans la population générale qu'au sein des populations clés ;

Renforcer les structures sanitaires pour une meilleure prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

Composantes/Domaines du Projet/programme

L'Information, l'Education et la Communication ;

La Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH ;

La prise en charge des IST ;

La Prise en Charge des Personnes Vivant avec le VIH ;

Le diagnostic de l'infection à VIH et le suivi biologique des personnes infectées ;

Le Suivi-évaluation, la Surveillance Epidémiologique et la Recherche ;

La Coordination et la gestion du Programme.

Résultats attendus :

En général les résultats attendus sont :

95% des PVVIH connaissent leur statut sérologique ;

95% des PVVIH connaissant leur statut sérologique sont sous ARV ;

95% des PVVIH sous ARV ont une charge virale supprimée ;

95% des femmes enceintes infectées par le VIH reçoivent les ARV pour prévenir la transmission mère enfant du VIH ;

Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est inférieur à 5% (Sérologie à 18 mois).

Entre autres, on s'attend à :

La réduction des nouvelles infections à VIH (dans la population générale, chez les jeunes et les populations clés) ;

L'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ;

L'amélioration des conditions de vie et de survie des PVVIH ;

La réduction du nombre de décès attribués au VIH dans les Zones d'intervention.

Annexe 2 : Mission du CNLS-TP

Le Conseil National de Lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies (CNLS-TP), suivant le Décret N° 2018-149 du 25 avril 2018, est l'organe suprême de veille, d'orientation et de coordination en matière de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les IST et les Epidémies au Bénin. Il a entre autres comme mission de définir les politiques et les grandes orientations stratégiques de la lutte contre ces différentes maladies.

Il veille au bon fonctionnement du système de surveillance épidémiologique, plaide pour la mobilisation des ressources, suit et évalue les interventions mises en œuvre par les projets/programmes.

A ce titre, il est chargé de :

définir la politique et les grandes orientations stratégiques de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies ;

veiller à la dimension multisectorielle de la lutte contre les maladies ciblées, à la mise en œuvre, et au suivi-évaluation des Plans stratégiques nationaux de lutte contre ces maladies ; assurer le plaidoyer pour la mobilisation des ressources et le soutien en faveur de la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose, le paludisme, les hépatites, les IST et les épidémies ;

garantir un environnement juridique favorable au respect et à la protection des droits des personnes vivant avec le VIH ;

procéder à l'examen et à l'approbation du rapport d'activités et de gestion des ressources tant nationales qu'internationales dédiées à la lutte contre les maladies ciblées ;

assurer la création et le développement d'un partenariat solide au plus haut niveau autour des questions de ces maladies.

Le CNLS-TP est l'Institution Nationale de Coordination (INC) servant d'interface entre le Centre Régional de Surveillance et Contrôle des Maladies de la CEDEAO (CRSCM/CEDEAO) et le Bénin.

Il est à ce titre, le seul organisme en charge de la coordination des interventions en matière de détection, de prévention, de surveillance et de réponse aux épidémies au Bénin.

Il assure la coordination nationale des activités de surveillance, d'alerte, des laboratoires, des interventions en matière de formation et de recherche et celles de la plateforme « Une seule santé ». [26]

Afin d'asseoir l'environnement réglementaire nécessaire à l'accomplissement de la mission qui lui a été assignée, le Secrétariat Exécutif du CNLS-TP a pris différents arrêtés issus du Décret N° 2018-149 du 25 avril 2018.

Ainsi, en ce qui concerne les démembrements, l'arrêté interministériel N° 2019-009/MPD/MEF/MS/MDGL/DC/SGM/SA/007SGG18 portant attributions, organisation et fonctionnement du Conseil Départemental de lutte contre le VIH/Sida, la Tuberculose, le Paludisme, les Hépatites, les Infections Sexuellement Transmissibles et les Epidémies (CDLS-TP) a été pris. Les cellules départementales ont été mises en place en 2019 au niveau des 12 départements.

Annexe 3 : Principales activités du PSLS en 2020

Les principales activités réalisées se résument comme suit :

Gestion des produits de santé et prise en charge des PVVIH

Acquisition d'intrants et consommables (ARV de première, deuxième et troisième ligne pour la prise en charge des PVVIH, ARV pour l'ETME, réactifs pour le dépistage des gestantes, populations clés et jeunes, médicaments pour les infections opportunistes et consommables de laboratoire, frais de Gestions des Achats et des Stocks et frais de contrôle de qualité y relatifs) ;

Acquisition d'équipements par le PSLS au profit du Laboratoire National de Référence (LNR) ;

Contrôle de qualité au niveau des laboratoires par rapport à la sérologie VIH, aux CD4 et à la quantification de la charge virale plasmatique ;

Réalisation d'inventaire semestriel des ARV, des médicaments pour la prise en charge des infections opportunistes et des réactifs sur les sites et dans les dépôts répartiteurs des zones sanitaires ;

Etablissement d'un contrat de maintenance préventive et curative des équipements de laboratoire et de la chaîne de froid.

Renforcement de capacités et partage d'expérience :

Renforcement de capacités de 68 gestionnaires de dépôts répartiteurs et sages-femmes des zones sur la gestion des intrants ETME, de 60 gestionnaires d'ARV des sites de prise en charge, de 360 acteurs de terrain des ONG pour les activités de sensibilisation à l'endroit des Professionnelles de Sexe et des personnes privées de liberté puis de 30 techniciens de laboratoire des sites de prise en charge sur la gestion des réactifs et consommables ;

Organisation de 4 ateliers d'échanges et de renforcement des capacités de 100 acteurs de mise en œuvre (médiateurs, agents de santé, pairs éducateurs, officiers de police judiciaire, officiers de justice, acteurs de terrain OSC) sur l'appropriation des questions de droits humains liées à la lutte contre le VIH/sida au Bénin et l'utilisation des services de soutien juridique pour lutter contre le VIH ;

Contribution du PSLS aux rencontres des responsables des associations PVVIH avec les nouveaux membres pré-TARV (groupe de parole) ;
Organisation d'une rencontre annuelle de sensibilisation et de formation des médecins, points focaux de la co-infection TB/VIH des zones sanitaires sur le dépistage précoce et la prise en charge de la tuberculose chez les PVVIH.
Organisation d'une réunion semestrielle de concertation des acteurs (prescripteurs, gestionnaires d'ARV et techniciens de laboratoire) dans le cadre du continuum de soins et suivi de la performance.

Assurance de la qualité des prestations :
Organisation d'une mission nationale de supervision en direction des sites ETME ;
Organisation d'un atelier de monitoring de la prise en charge pédiatrique (recherche des enfants, dépistage à 18 mois, mise sous ARV et suivi) avec les prescripteurs des sites périphériques afin de booster la prise en charge pédiatrique ;
Organisation de missions de supervision en direction des services adaptés et des sites ETME des 34 zones sanitaires avec la participation du niveau départemental ;
Organisation par région (nord et sud) d'un atelier semestriel de revue des performances de l'ETME entre les EEZS et le PSLS/CIPEC ;
Assurance du transport mensuel des échantillons de la charge virale des sites de prise en charge vers les plateformes de biologie moléculaire ;
Réalisation d'un inventaire semestriel des ARV, des médicaments IO et des réactifs sur les sites et dans les dépôts répartiteurs des zones sanitaires ;
Formation des prescripteurs des 25 plus grands sites de prise en charge sur les fiches de notification nationale de pharmacovigilance et de 25 autres acteurs sur la prise en charge des IST et l'utilisation des algorithmes révisés ;
Organisation d'une supervision semestrielle des sites pilotes syphilis duo.

Annexe 4 : Actions d'intégration du PSLS avec d'autres programmes/projets

Au titre de l'intégration des activités VIH, le PSLS collabore avec :

- le Programme National contre la Tuberculose (PNT) à travers la prise en charge adéquate de la coïnfection TB/VIH chez les PVVIH. Cette collaboration se traduit par la mise en place d'un cadre semestriel de concertation entre les deux programmes, la collecte et le suivi des indicateurs de la coïnfection ;
- le Programme National de Lutte contre les Hépatites à travers l'utilisation des laboratoires VIH par le programme hépatites de même que le personnel de laboratoire des CIPEC et du Laboratoire National de Référence (LNR). De même, le test de dépistage de l'hépatite B est rendu systématique pour les nouveaux patients VIH et la subvention VIH en cours a prévu l'acquisition des réactifs à utiliser à cet effet. L'utilisation des plateformes de biologie moléculaire du PSLS pour la réalisation de la charge virale de l'hépatite ;

Plan International Bénin : les éducateurs thérapeutiques et les psychologues utilisés par les sites de PEC accrédités par le PSLS sont payés sur la subvention de Plan International Bénin.

Annexe 5 : Evolution du taux d'exécution financière du PSLS de 2016-2020

***Tableau XIX**: Taux d'exécution financière du PSLS de 2016 à 2020*

Année	Source	Prévision année par source	Engagement		Ordonnancement	
			Montant	Taux (%)	Montant	Taux (%)
2020	**BN**	630 000 000	3 749 540 000	595	3 740 850 000	594
	Ressources Extérieures					
	Fonds Mondial	6 121 000 000	3 762 370 000	61	4 589 360 000	75
	OMS & ONUSIDA	24 000 000	26 592 000	111	24 552 000	102
	UNICEF	10 000 000	9 089 000	91	8 381 000	84
	CHAI	4 000 000	3 953 000	99	3 953 000	99
	Total BN	**630 000 000**	**3 749 540 000**	595	**3 740 850 000**	594
	Total Ressources Extérieures	**6 159 000 000**	**3 786 490 000**	61	**4 612 080 000**	75
	TOTAL	**6 789 000 000**	**7 536 030 000**	**111%**	**8 352 930 000**	**123**
2019	**BN**	800 000 000	1 445 920 000	181	1389170000	174
	Ressources Extérieures					
	Fonds Mondial	1 000 000 000	1 000 000 000	100	1 000 000 000	100
	OMS & ONUSIDA	34 000 000	5 610 000	16,51	5 610 000	16,5
	UNICEF & CHAI	800 000 000	1 445 920 000	180,74	1 389 170 000	173,65
	Total BN	800 000 000	1 445 920 000	**181**	1389170000	**97,25**
	Total Ressources Extérieures	**1 834 000 000**	**2 451 530 000**	**134**	**2 394 780 000**	**97,25**
	TOTAL	**2 634 000 000**	**3 897 450 000**	**148**	**3 783 950 000**	**130,58**
2018	**BN**	1.100.000.000	1.902.890.000	172,99	316.970.000	28,82
	Ressources Extérieures					
	Fonds Mondial	1.000.000.000	927.957.000	92,8	927.960.000	92,8
	OMS & ONUSIDA	34.000.000	25.000.000	73,53	25.000.000	73,53
	Total BN	***1.100.000.000***	***1.902.900.000***	***172,99***	***316.970.000***	***28,82***
	Total Ressources Extérieures	***1.034.000.000***	***952.960.000***	***92,16***	***952.960.000***	***92,16***
	TOTAL	**2.134.000.000**	**2.856.000.000**	**133,83**	**1.269.920.000**	**59,51**
2017	BN	1.540.000.000	2.621.550.000	170,23	2.535.960.000	164,67
	Ressources Extérieures					
	Fonds Mondial	800.000.000	800.000.000	100	800.000.000	100
	OMS & ONUSIDA	34.000.000	33.000.000	97,06	33.000.000	97,06
	Total BN	***1540.000.000***	***2.621.550.000***	***170,23***	***2.535.960.000***	***164,67***
	Total Ressources Extérieures	***834.000.000***	***833.000.000***	***99,88***	***833.000.000***	***99,88***
	TOTAL	**2.374.000.000**	**3.454.550.000**	**145,52**	**3.368.960.000**	**141,91**
2016	BN	1.850.000.000	1.076.170.000	58	1.034.430.000	56
	Ressources Extérieures					
	Fonds Mondial	500.000.000	500.000.000	100	500.000.000	100
	OMS/UNICEF	34.000.000	34.000.000	100	34.000.000	100
	Total BN	***1.850.000.000***	***1.076.170.000***	***58***	***1.034.430.000***	***56***

Année	Source	Prévision année par source	Engagement		Ordonnancement	
			Montant	Taux (%)	Montant	Taux (%)
	Total Ressources Extérieures	***534.000.000***	***534.000.000***	***100***	***534.000.000***	***100***
	TOTAL	**2.384.000.000**	**1.610.170.000**	**68**	**1.568.430.000**	**66**

L'évolution de l'exécution du budget du PSLS indique ce qui suit :

- l'allocation budgétaire du PSLS toutes sources de financement confondues a progressivement diminué de 2016 à 2019 (2 384 000 000 FCFA en 2016 – 2 374 000 000 FCFA en 2017 - 2 134 000 000 FCFA en 2018 - 1 834 080 000 FCFA en 2019) avant de connaitre un important rebond en 2020 (6 789 000 000 FCFA).
- l'allocation sur le Budget National a progressivement diminué, passant de 1 850 000 000 CFA en 2016 à 630 000 000 CFA en 2020, alors que dans le même temps, les ressources extérieures, notamment celles du Fonds mondial, connaissent une augmentation, passant de 500 000 000 CFA en 2016 à 6 121 000 000 CFA en 2020 ;
- l'analyse des dépenses effectives du programme montre que les taux d'exécution financière dépassent les 100% en 2017, 2019 et 2020. Ces dépassements s'expliquent par des dépenses extrabudgétaires sur autorisation spéciale du Gouvernement destinées au remboursement des dettes contractées les années précédentes dans le cadre de l'acquisition des produits de santé, notamment les antirétroviraux.

Annexe 6 : Questionnaire

FICHE D'ENQUETE

I- RENSEIGNEMENTS GENERAUX

1- Date d'enregistrement de la fiche : _____
2- Département : _____
3- Zone sanitaire : _____
4- Site de PEC/PTME : _____
5- Code attribué au participant : _____
Ecrire 03 (trois) chiffres de son choix : _____

6- Sexe : Masculin = [1] Féminin = [2]
7- Age (*encerclez le chiffre correspondant à votre choix de réponse*) :

- Entre 10 et 17 ans = [1]
- Entre 18 et 30 ans = [2]
- Entre 31 et 40 ans = [3]
- Entre 41 et 50 ans = [4]
- Entre 51 et 60 ans = [5]
- Entre 61 et 70 ans = [6]
- Entre 71 et 80 ans = [7]
- Sup à 80 ans = [8]
- Ne sait pas = [9]

8- **Profession :** _____
9- Religion

- Catholique = [1]
- Évangélique = [2]
- Protestant = [3]
- Islam = [4]
- Religions endogènes = [5]
- Autres (à préciser) = [6]

10- **Niveau d'instruction :**

- Aucun = [1]
- Primaire = [2]
- Secondaire = [3]
- Études supérieures = [4]
- Autres (à préciser) = [5]
- Ne sait pas = [6]

11- **Situation matrimoniale :**

- Célibataire = [1]
- Marié (monogame) = [2]
- Marié polygame = [3]
- Veuf/veuve = [4]
- Divorcé(e) = [5]
- Autres (préciser) = [6]

II- NOTIONS GENERALES SUR LE VIH

12- **Le SIDA existe - il selon vous ? :**

12-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

12-2- **Pourquoi ?** _____

- J'ai le SIDA = [1]
- Un proche à moi a eu le SIDA = [2]
- Un proche à moi en est mort = [3]
- On en parle autour de moi = [4]
- J'ai fait des recherches = [5]
- Ne sait pas = [6]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

13- **Comment est on contaminé par le SIDA ? :**

- Par voie sexuelle = [1]
- De la mère à l'enfant = [2]
- Par le sang = [3]
- Par la nourriture = [4]
- En se serrant la main = [5]
- Ne sait pas = [6]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

14- **Est-ce que vous aviez connu d'autres personnes porteuses du VIH avant vous ?**

14-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

15- **Quelles sont les voies par lesquelles ces personnes ont pu être contaminées ?**

- Par voie sexuelle = [1]
- De la mère à l'enfant = [2]
- Par le sang = [3]
- Par la nourriture = [4]
- En se serrant la main = [5]
- Ne sait pas = [6]
- Autres (à préciser) _____

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

16- **D'après vous, pensez-vous que c'était de leur faute ?**

16-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

16-2- Parmi les propositions ci-dessous, quelles sont celles qui correspondent à votre réponse ?

C'est parce que ils/ou elles:

- ont eu de mauvais comportements sexuels = [1]
- ont commis l'infidélité conjugale = [2]
- prennent de la drogue = [3]
- n'ont pas suivi leur grossesse = [4]
- ont été envouté(e)s = [5]
- Ne sait pas = [6]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

17- **Quel jugement portez-vous à présent sur les PVVIH ?**

- C'est de leur faute = [1]
- Il faut les blâmer = [2]
- Ne sait pas = [3]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

18- **Comment est perçu le VIH SIDA dans votre milieu ? :**

Le SIDA est une maladie

- comme tout autre maladie = [1]
- des irresponsables = [2]
- des infidèles = [3]
- due à l'envoutement = [4]
- due à la colère de Dieu = [5]
- créée par les blancs = [6]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

III- INFORMATIONS RELATIVES AU DEPISTAGE DU VIH

19- **Habituellement quand vous tombez malade, est ce que vous en parler à d'autres personnes de votre entourage ?**

19-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

19-2- ***Si vous avez répondu Oui dites pourquoi ? c'est pour :***

- Ne pas me sentir isolé(e) = [1]
- Avoir son aide dans mes soins = [2]
- Bénéficier de son aide à tout moment = [3]
- J'ai l'habitude de partager mes soucis avec cette personne = [4]
- Avoir des conseils à tout moment = [5]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

19-3-**A quel de votre famille avez-vous l'habitude de partager vos soucis en premier ?**

- Mon époux(se)/conjoint(e) = [1]
- Un (mes) enfant(s) = [2]
- Un frère/Une sœur = [3]
- Mon père/ma mère = [4]
- Un cousin/une cousine = [5]

Autres (à préciser)

19-4- **Parmi les propositions ci-dessous, quelles sont celles qui correspondent aux raisons pour lesquelles vous en parlez en premier à cette personne?**

- me comprend = [1]
- ne me juge pas = [2]
- m'aide dans les soins = [3]
- m'aide par des conseils = [4]
- sait garder le secret = [5]
- prie pour moi = [6]
- Ne sait pas = [7]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

20- **Vous aviez quel âge quand vous avez sû que vous êtes positif au VIH?**

- 6 -10 ans = [1]
- 11 - 20 ans = [2]
- 41- 50 ans = [5]
- 51- 60 ans = [6]

- 21 - 30 ans = [3]
- 31 - 40 ans = [4]
- 61- 70 ans = [7]
- Plus de 70 ans = [8]
- Ne sait pas = [9].

21- **Il y a combien de mois, d'années à peu près, que vous savez vous êtes positif au VIH ?**

- 0 -5 ans = [1]
- 6 -10 ans = [2]
- 11 - 20 ans = [3]
- 21 - 30 ans = [4]
- 31 - 40 ans = [5]
- Ne sait pas = [6]

22- **En quelle occasion, vous a t – on fait le dépistage ?**

- Parce qu'un de votre famille avait le SIDA
- Au cours de ma grossesse
- Au cours d'un examen parce que vous étiez malade= [3]
- Au cours d'un dépistage de masse = [4]
- Parce que je l'ai moi-même demandé = [5]
- Autres (à préciser) = [6]

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

23- **Parmi les propositions ci-dessous, quelles sont celles qui correspondent à ce que vous avez ressenti quand on vous dit que vous étiez positif au VIH?**

- Tristesse = [1]
- Choc = [2]
- Indifférence = [3]
- Colère = [4]
- Envie de disparaître = [5]
- Envie de se venger = [6]
- Peur = [7]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

24- **Aviez-vous partagé votre statut avec un membre de votre entourage ?**

24-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

24-2- Si oui, après combien de temps vous l'avez fait :

- Entre 0 à 6 mois =[1]
- Entre 6 mois -12 mois
- Entre 12 mois – 18 mois = [4]
- Entre 18 mois – 24

= [2] mois = [5]

- Autres (à préciser) = [3]

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

24-3- Avec quel membre de votre famille avez-vous partagé votre statut de personne positive au VIH ?

- Mon époux(se)/conjoint(e) = [1]
- Un (mes) enfant(s) = [2]
- Un frère/Une sœur = [3]
- Mon père/ma mère = [4]
- Un cousin/une cousine = [5]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

24-3- Parmi les propositions ci-dessous, quelles sont celles qui correspondent à votre choix ?

Je partage cette information avec cette personne parce que il/ou elle:

- me comprend = [1]
- ne me juge pas = [2]
- m'aide dans les soins = [3]
- m'aide par des conseils = [4]
- sait garder un secret = [5]
- prie pour moi = [6]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

24-3- **Parmi les propositions ci-dessous, quelles sont celles qui correspondent à votre choix de réponse ?**

Je n'ai pas partagé ma séropositivité parce que

- Je ne veux pas qu'on ait pitié de moi = [1]
- Je suis de nature timide = [2]
- Je n'ai personne à qui en parler = [3]
- Personne ne me comprendra = [4]
- Ce n'est pas important = [5]
- Je vais être jugé d'adultère = [6]
- C'est une grande honte à cause de

- mon niveau = [7]
- ma place dans la famille = [8]
- mon rang social = [9]

- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

25- **Est-ce que vous aviez encouragé des membres de votre famille à se faire dépister au VIH ?**

25-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

25-2- Parmi les propositions ci-dessous, quelles sont celles qui correspondent à votre réponse ?

J'ai* encouragé des membres de ma famille à faire le dépistage du VIH *parce que :

Il/elle doit savoir s'il/elle est malade ou pas = [1]
Je ne veux pas qu'il/elle meure du SIDA = [2]
J'ai peur qu'il/elle découvre sa maladie par mon biais = [3]
Pour que il/elle ne contamine pas d'autres personnes = [4]
Autres (à préciser) = [5]

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

26- **Comment aviez-vous fait pour encourager d'autres personnes à accepter le dépistage ?**

1) J'ai partagé mon statut = [1]
2) J'ai expliqué ce que sait cette maladie = [2]
3) En les y obligeant (menaces) = [3]
4) J'ai recouru à l'aide des agents de santé = [4]
5) Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

IV-INFORMATIONS RELATIVES AU VECU ET A LA PERCEPTION DU PATIENT

27- **Selon vous, est-ce qu'il y a des avantages à partager son statut de séropositif avec les membres de sa famille ?**

27-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

27-2- Parmi les propositions ci-dessous, quelles sont celles qui correspondent à votre réponse ?

Les avantages à faire faire le dépistage* du VIH *sont entre autres :

- Permettre de connaitre son statut afin de se soigner = [1]
- Ne pas contaminer d'autres personnes = [2]
- Participer à la lutte contre le SIDA = [3]
- Ne sait pas = [4]
- Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

27-3- Selon vous, lorsque sait qu'on est positif au VIH, au bout de combien de temps il faut partager son statut?

- Entre 0 à 6 mois= [1]
- Entre 6 -12 mois=[2]
- Autres (à préciser)= [3]
- Entre 12– 18 mois = [4]
- Entre 18– 24 mois = [5]

28- **Etes-vous d'accord pour qu'on fasse le dépistage dans les familles ?**

28-1- Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

28-2- Pourquoi ?

1) Il permet de connaitre le statut des membres de la famille = [1]
2) Il permet de mettre sous traitement ceux qui sont malades = [2]
3) Il facilite la lutte contre le SIDA = [3]
4) Il permet d'éviter certains comportements à risque au sein de la famille = [4]
5) Il détruit l'équilibre de la famille = [5]
6) Ne sait pas = [6]
7) Autres (à préciser)

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

29- **Est-ce pour vous, on peut faire le dépistage dans une famille au VIH :**

29-1- quand c'est un enfant qui a été la première personne connue positive?

Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

29-2- Justifiez ?

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

29-3- quand c'est la mère de famille qui a été la première personne connue positive ?

Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

29-4- Justifiez ?

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

29-5- quand c'est le père de famille qui a été la première personne connue positive ?

Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

29-6- Justifiez ?

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

29-7- quand tout membre a été la première personne connue positive?

Oui = [1] Non = [2] Ne sait pas = [3]

29-8- Justifiez ?

Recopier ici la déclaration du participant (verbatim)

Annexe 7 : Avis éthique

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

Secrétariat Général du Ministère

COMITE NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

08 BP 882
sante.infos@gouv.bj
www.sante.gouv.bj

IORG0005695 – MS Cotonou, Bénin (expire le 06/14/2024) IRB00006860 MS IRB #1-CNPERS - Cotonou, Bénin (expire le 06/14/2024)

N° 84 /MS/DC/SGM/CNERS/SA

Cotonou, le 16 juillet 2021

La présidente

A
Monsieur Corel Irwin Enagnon GANGBO

COTONOU

Objet : Avis éthique favorable n° 24 du 1er juillet 2021
et autorisant la mise en œuvre de votre recherche

Monsieur

Le Comité National d'Ethique pour la Recherche en Santé (CNERS) du Bénin, a étudié votre protocole de recherche dont les caractéristiques sont les suivantes :

- **Version** : Numéro 1, reçue au CNERS le 25 juin 2021
- **Intitulé** : Dépistage familial du VIH SIDA chez les PVVIH au Bénin en 2021
- **Investigateur principal** : Corel Irwin Enagnon GANGBO
- **Promoteur de l'étude** : Fonds propres
- **Coordonnées du demandeur** : 67 18 31 00 ; corelirwing@gmail.com

La session s'est déroulée le 1er juillet 2021, par les membres dont les noms suivent :

Mesdames	1)	ALE HACOU	Charlotte	Messieurs	2)	GUEDOU	Fernand
	3)	AKINSHOLA	Amélie		4)	CHAFFA	Christian
	5)	D'ALMEIDA	Thérèse		6)	HOUNSA	Assomption
	7)	HOUNNOU	Sidonie		8)	OKRY	Magloire
Messieurs	9)	HOUSSOU Paul	Ferdinand		10)	ALLABI	Aurel
	11)	KOSSOUOH	François				

- **sur la base des documents soumis, revus et approuvés:**

  a) Protocole de recherche
  b) Résumé du protocole
  c) Annexe 1 : Actions du ministère dans la lutte contre le VIH/SIDA
  d) Annexe 2 : Mission du CNLS-TP
  e) Annexe 3 : Principales activité du PSLS en 2020
  f) Annexe 4 : Actions d'intégration du PSLS avec d'autres programmes/projets
  g) Annexe 5 : Evolution du taux d'exécution financière du PSLS de 2016 à 2020
  h) Annexe 6 : Formulaire de consentement
  i) Annexe 7 : Note d'information

j) Annexe 8 : Questionnaire
k) Annexe 9 : Les 06 Autorisations de collecte sur les sites à savoir : CHD Borgou, Dispensaire, St Camille, Cabinet Méd APH Gohomey, CHD Mono, HZ Pobè
l) Engagement à respecter les principes éthiques fixés par le CNERS
m) Budget et chronogramme

- **ainsi que sur la base des avis scientifiques fournis par :**
  - docteur BACHABI Moussa (CNA/PSLS)
  - docteur AZONBAKIN Simon (FSS/UAC)

  experts sollicités par le chercheur

La présidente du CNERS a déclaré être dans une **situation de conflits d'intérêts** avec le chercheur, du fait de sa position d'enseignante à la Faculté des Sciences de la Santé et de ses liens familiaux, étant la tante du chercheur.

En conséquence, en application de l'article 24 du règlement intérieur, ***elle n'a participé ni à l'évaluation éthique, ni à la délibération dudit protocole***. Elle s'est engagée d'ores et déjà à ne faire aucune pression de quelque nature que ce soit sur les autres membres du CNERS et à ne prendre aucune position pouvant interférer sur l'évaluation éthique et sur la délibération du CNERS.

Après avoir validé globalement les aspects scientifiques et évalué les aspects éthiques centrés sur les bénéfices attendus pour la santé des participants à la recherche et ainsi que sur la qualité des informations transmises en vue de l'obtention d'un consentement libre et éclairé, le CNERS a émis un **Avis éthique favorable n° 24 du 1er juillet 2021.**

Le présent avis éthique favorable est exécutoire et vous autorise à mettre en œuvre, à compter de la date de signature, la recherche ci-dessus intitulée. Il est **valable pour une durée d'un (01) an** à compter de sa date de signature. Passé ce délai, vous êtes tenu de soumettre votre protocole à une nouvelle ré-évaluation du CNERS.

Par ailleurs, le CNERS vous demande de :

1) **l'informer de** toute nouvelle information/ modification, qui surviendrait à une date ultérieure à cette approbation-ci et qui impliqueraient des changements dans le choix des participants à la recherche, dans la manière d'obtenir leur consentement, dans les risques encourus ou tout évènement indésirable survenant dans le cadre du déroulement de cette recherche.
2) **utiliser les documents qu'il a validés;**
3) **faire signer au participant, le formulaire de consentement, en deux exemplaires,** dont l'un lui sera remis et l'autre, conservé dans vos dossiers ;
4) **lui adresser un rapport, au terme de la validité** de cet avis éthique.

Tout en vous souhaitant plein succès dans la réalisation de votre recherche, le CNERS vous prie de recevoir Monsieur, ses salutations les meilleures.

GANGBO
COMITE NATIONAL D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE
LE PRESIDENT

Prof Flore Armande GANGBO
Présidente du CNERS

Annexe 8 : Formulaire de consentement

DEPISTAGE FAMILIAL DU VIH SIDA CHEZ LES PVVIH AU BENIN EN 2021 :

Aspects épidémiologiques et sociologiques

À l'attention de l'enquêté(e)

J'ai lu (ou on m'a lu) dans un langage que je comprends et j'ai compris les informations sur le but de l'étude intitulée « **DEPISTAGE FAMILIAL DU VIH SIDA CHEZ LES PVVIH AU BENIN EN 2021 : Aspects épidémiologiques et sociologiques** ».

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions aux membres de l'équipe de collecte des données et les réponses m'ont été fournies dans un langage que je comprends.

J'ai compris les avantages et les risques probables liés à ma participation à cette étude. Si je ne souhaite pas participer, je n'ai pas à vous expliquer pourquoi et je ne perdrai pas les avantages en termes de services sociaux, de santé ou de soutien auxquels j'ai droit ou que je reçois.

En foi de quoi, je consens à participer à cette étude ceci en respect des droits ou prérogatives que me confèrent les lois et règlements de la République du BENIN.

N.B : Ce formulaire de consentement s'adresse aux pères et/ou mères de famille.

Pour l'entretien Oui ☐ Non ☐

Inscrivez ici le code de l'enquêté(e) ☐

Signature ou empreinte digitale de l'enquêté(e) ☐

1. À l'attention de l'enquêteur

J'ai expliqué au participant de la présente enquête les termes de la note d'information, j'ai répondu aux questions que le participant avait à cet égard et je lui ai clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre un terme à sa

participation, et ce, sans préjudice.

Je m'engage, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement.

Date /__//__/ /__//__/ /2//0//2//1/

Signature de l'enquêteur devant l'enquêté

Annexe 9 : Note d'information

DEPISTAGE FAMILIAL DU VIH SIDA CHEZ LES PVVIH AU BENIN EN 2021 : Aspects épidémiologiques et sociologiques

Chercheur principal : GANGBO Corel, Tél : 67183100

N.B : Cette note d'information concerne uniquement les pères et/ou mères de famille participant à cette étude.

INTRODUCTION

Cette étude sera conduite par l'étudiant en 7ème année de médecine générale GANGBO Corel, dans le cadre de l'obtention du doctorat en médecine générale et sous la direction du Pr GANGBO Flore et du Pr KPATCHAVI Adolphe.

Prenez votre temps pour lire ou vous faire lire et pour comprendre cette notice d'information qui résume la recherche.

Veuillez ne pas donner votre consentement sans avoir eu l'occasion de poser des questions que vous pourriez avoir et d'avoir obtenu des réponses satisfaisantes.

1) OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente étude vise à mieux cerner les problèmes qui se posent autour du VIH SIDA au Bénin, surtout les problèmes concernant le dépistage de la maladie.

Plus précisément nous voulons :

a) Déterminer la fréquence du refus du dépistage familial à partir du ou des cas qu'on a identifié ;

b) Identifier les facteurs qui bloquent le dépistage à partir du ou des cas de parents qu'on a identifié ;

c) Proposer des suggestions et recommandations en vue de l'amélioration du dépistage familial.

2) QUI PEUT PARTICIPER ?

Tout père et/ou toute mère de famille :

- Infecté(e) par le VIH et informé(e) de son statut.
- Dépisté(e) au VIH et suivi(e) dans l'un des sites de prise en charge suscités.
- Ou/et ayant facilité le dépistage dans sa famille ou pas, à partir du cas qu'il constitue.

3. EN QUOI CONSISTE VOTRE PARTICIPATION ET COMMENT CELA SE DEROULERA?

Il s'agit essentiellement de vous poser des questions et de recueillir vos réponses au cours d'un entretien quand vous viendrez pour prendre vos ARV ou pour faire vos prélèvements au laboratoire.

Quand vous viendrez donc pour prendre vos ARV ou pour faire vos prélèvements au laboratoire, le médecin référent ou le technicien de laboratoire vous dirigera dans la salle du centre dédiée à l'entretien, et ce après votre consultation ou votre prélèvement.

Une fois dans cette salle, vous serez accueilli par *l'enquêteu*r, qui :

- après les civilités d'usage va s'assurer de l'absence d'oreilles indiscrètes ;
- vous laissera lire la NOTE D'INFORMATION ;
- ou bien il vous la lira (dans votre propre langue locale dans le cas où vous ne pouvez pas lire en français) ;
- ou bien encore, si vous le voulez, il vous permettra de la ramener chez vous pour que quelqu'un en qui vous avez confiance vous lise ce papier ;
- vous laissera environ une heure de temps au maximum avant de lui dire si vous allez participer ou non ;

Vous êtes libre de participer ou de ne pas participer et même si vous avez commencez à participer vous pouvez arrêter à tout moment ; *votre décision de ne pas participer, de vous retirer ainsi que votre refus de l'entretien n'affecteront en rien*

votre accès aux soins de santé au Bénin.

Si vous acceptez de participer à l'étude :

- pour manifester votre accord, *l'enquêteur* vous remettra le papier intitulé FORMULAIRE DE CONSENTEMENT à signer ou apposer votre empreinte digitale ;
- va récupérer le formulaire de consentement que vous avez signé
- il n'écrira pas votre nom, ni votre prénom, ni aucun indice qui permettra d'identifier votre personne ;
- prendra à peu près une heure de votre temps pour vous poser des questions et recueillir vos réponses ;
- ne communiquera pas vos réponses à qui que ce soit.
- vous rassurera que lorsque les résultats vont sortir, on ne fera pas de lien entre votre personne et ces résultats ; on ne saura pas qui a dit quoi.
- vous laissera poser toutes les questions que vous voulez et vous apportera les réponses nécessaires ;
- vous mettra en contact avec le psychologue ou l'assistant social s'il se rend compte que certaines questions soulèvent vous perturbent ou vous angoissent.

3.2 Bénéfices/Compensations liés à la participation à la recherche

Votre participation à cette recherche :

- vous permettra de parler du dépistage familial du VIH, et d'aider à améliorer la prise en charge communautaire du VIH ;
- vous apportera comme bénéfice à long terme de participer aux progrès de la science et de contribuer à l'amélioration du dépistage familial.

Les résultats de cette étude permettront au PSLS et aux différents sites de PEC d'améliorer les services sanitaires qu'ils vous rendent.

Cette étude étant menée dans un cadre purement académique, il n'existe aucune compensation matérielle ou financière pour les participants.

3.2 *Risques et inconvénients liés à la participation à la recherche*

Au cours des questions réponses, il se pourrait que vous vous rappeliez des mauvaises expériences vécues ou des souvenirs douloureux.

Si c'est le cas, nous avons prévu dans l'équipe un assistant social ou un psychologue du site de prise en charge pour vous rassurer, vous apporter les informations et ou les soins appropriés. Si vous n'êtes toujours pas satisfait, vous pouvez en discuter avec le chercheur principal afin d'obtenir une aide spécifique.

3.3 *Confidentialité des données de la recherche*

Aucune information sur votre identité, puisque nous n'allons pas écrire vos nom, date de naissance, adresse, sur les fiches de collecte des données ; donc personne ne pourra pas établir de liens entre vos données personnelles et vos réponses.

Par ailleurs, le secret professionnel tient tout agent de santé qui est impliqué dans cette étude.

3.4 *Protection des données de la recherche*

Les fichiers de collecte des données seront conservés pendant 3 ans après leur transcription dans les locaux du PSLS. Ces données informatisées seront sauvegardées sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe.

3.5 *Qui contacter ?*

Si vous avez des inquiétudes pendant et/ou après l'étude ou pour tous renseignements, vous pouvez contacter GANGBO Corel, +229 67183100, chercheur principal.

Si vous avez des plaintes relatives à la mise en œuvre de la recherche, vous pouvez aussi contacter le Comité National d'Éthique pour la Recherche en Santé à l'adresse ci-dessous : Rue 5049, N° 135, Wlacoji,

face nouveau Centre Commercial Chinois, ancien bâtiment PNLS

3.6 *Disposition anti Covid19*

La COVID-19 est la maladie infectieuse causée par le dernier coronavirus qui a été découvert. Ce nouveau virus et cette maladie étaient inconnus avant l'apparition de la flambée à Wuhan (Chine) en décembre 2019.

Elle se manifeste par :

- symptômes les plus fréquents sont : fièvre, toux, sèche, fatigue ;
- symptômes moins fréquents : perte de l'odorat ou du goût,

Courbatures, maux de gorge, diarrhée, conjonctivite, maux de tête…..

La transmission est interhumaine, c'est-à-dire d'un humain à un autre. La maladie se transmet **par les voies respiratoires, par les postillons (éternuements, toux)**.

Prévenir la propagation de la COVID-19 :

- Se laver régulièrement les mains. Utiliser de préférence du savon et de l'eau, ou une solution hydroalcoolique.
- Mettre en tout temps et en tout lieu son masque de protection faciale, qui doit recouvrir convenablement et à la fois le nez et la bouche
- Respecter la distanciation sociale
- En cas de toux ou d'éternuement, couvrez-vous la bouche et le nez avec le pli du coude ou avec un mouchoir.

Protection pour l'étude

Il s'agit du respect scrupuleux et sans condition des gestes barrières.

Cette étude n'est pas une source supplémentaire d'affluence. Elle se fonde sur les PVVIH qui viennent à leur rendez-vous habituel.

Durant la formation et les rencontres virtuelles périodiques, on s'assurera que :

1) le site possède un dispositif de lavage des mains;
2) ledit dispositif soit à proximité;
3) le port de masque habituel soit observé.

Pour les enquêteurs qui constateront effectivement que certains PVVIH se présentent sur les sites sans leur masque, il leur sera fortement recommandé de le faire.

Un stock minimal d'un carton de masques sera mis à leur disposition à type de dépannage.

3.7 Approbation du protocole de recherche

Le protocole et les procédures opérationnelles ont été soumis pour approbation au Comité éthique du Bénin. Les dossiers de recherche pourraient être inspectés par le CNERS, pour s'assurer du bon déroulement de l'étude

4. LA RESTITUTION DES RESULTATS DE L'ETUDE

Elle se fera de manière publique au cours de la soutenance de la thèse de doctorat en médecine générale, et sera consignée dans le document final de ladite thèse.

De même une copie sera faite aux autorités à divers niveaux pour exploitation dans le cadre de la lutte contre le VIH SIDA au Bénin

Annexe 10 : Les demandes d'autorisation de collecte sur les sites

Tableau XX: *Références et destinataires des lettres d'autorisation de collecte*

Référence de la lettre envoyée	**Destinataire**	**observation**
Lettre n° 526 /MS/CNA/PSLS/SAFM/SA	Monsieur le Directeur de l'HZ Saint Camille de Davougon ; *Attention : Dr Davy YAMONMI ;* ABOMEY	Réponses imminentes attendues. Le démarrage de la collecte des données ne se fera sans l'autorisation signée des responsables des sites.
Lettre n° 527 /MS/CNA/PSLS/SAFM/SA	Monsieur le Directeur du CHUD Borgou ; *Attention : Dr Rhonel A. GLELE ;* PARAKOU	
Lettre n° 528 /MS/CNA/PSLS/SAFM/SA	Monsieur le Directeur du CHD Mono ; *Attention : Dr Philéas HOUNNOU ;* LOKOSSA	
Lettre n° 529 /MS/CNA/PSLS/SAFM/SA	Monsieur le Directeur de l'HZ de Pobè Attention : Mme HOUETO Iyabo Corine POBE	
Lettre n° 530 /MS/CNA/PSLS/SAFM/SA	Monsieur le Directeur de l'hôpital de Zone de Kandi ; *Attention : Dr Gaston DANDJESSO ;* KANDI	
Lettre n° 531 /MS/CNA/PSLS/SAFM/SA	Monsieur le Directeur de APH GOHOMEY ; *Attention : Dr MENSAH Gilles-Christ*	

TABLE DES MATIERES

ACTION DE GRÂCES ---------- i
DEDICACES ---------- iii
REMERCIEMENTS ---------- vii
HOMMAGES ---------- xi
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ---------- xiv
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES ---------- xviii
LISTE DES TABLEAUX ---------- xix
LISTE DES FIGURES ---------- xxi
SOMMAIRE ---------- xxiii
INTRODUCTION ---------- 1
1. GENERALITES ---------- 5
1.1. Historique ---------- 6
1.2. Agent pathogène (famille, genre, structure, réplication, propriétés) ---------- 6
1.2.1. Genre du VIH ---------- 7
1.2.2. Structure du VIH ---------- 7
1.2.3. Cycle de réplication du VIH [4] ---------- 8
1.2.4. Propriétés physico-chimiques du VIH [5] ---------- 10
1.2.5. Voies de transmission du VIH [6] ---------- 11
1.3. Résumé de la physiopathologie du VIH [7] ---------- 11
1.4. Le VIH/SIDA au Bénin ---------- 12
1.4.1. D'une façon générale ---------- 12
1.4.2. Données épidémiologiques du VIH/Sida de 2016-2021 au Bénin [8] ---------- 13
1.4.3. Principaux résultats obtenus et préoccupations soulevées [8] -- 17

1.5. Famille africaine – Poids du secret ---------- 20
1.6. Perceptions sociales et peurs vis-à-vis du SIDA [17] ---------- 23
1.7. Le dépistage ---------- 26
1.7.1. D'une façon générale ---------- 26
1.7.2. Le dépistage familial du VIH [37] ---------- 27
2. CADRE, MATERIEL ET METHODE ---------- 30
2.1. Cadre ---------- 31
2.2. Matériel ---------- 33
2.2.1. Outils de collecte ---------- 33
2.2.2. Personnel impliqué ---------- 34
2.2.3. Processus de collecte ---------- 35
2.3. Méthode ---------- 36
2.3.1. Type et période ---------- 36
2.3.2. Population d'étude ---------- 36
2.3.3. Critères d'inclusion et d'exclusion ---------- 36
2.3.4. Echantillonnage ---------- 37
2.3.5. Variables ---------- 39
2.3.5.1. Variables quantitatives ---------- 39
2.3.5.2. Variables qualitatives ---------- 39
2.3.6. Traitement des données ---------- 39
2.4. Considérations éthiques ---------- 40
3. RESULTATS ---------- 43
I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX ---------- 44
I.1. Sexe, âge et religion des enquêtés (Tableau VI) ---------- 44
I.2. Niveau d'instruction et situation matrimoniale des enquêtés ------ 45
I.3. Type d'activités des enquêtés (Tableau VIII) ---------- 46

II. NOTIONS GENERALES SUR LE VIH---------- 47
II.1. Existence du SIDA et justifications ---------- 47
II.2. Voies de transmission et perception du VIH par les enquêtés (Tableau IX) ---------- 47
II.3. Perceptions antérieures des enquêtés sur le SIDA avant la connaissance de leur statut sérologique ---------- 48
II.4. Raisons expliquant la contamination du VIH selon les enquêtés (Figure 8) ---------- 49
II.5. Perceptions actuelles des enquêtés par rapport au VIH ---------- 50
III. INFORMATIONS RELATIVES AU DEPISTAGE DU VIH---------- 51
III.1. Partage ou non de l'état pathologique des enquêtés avec leur entourage et les raisons évoquées ---------- 51
III.2. Membres de la famille et raisons du partage à ces membres -- 52
III.3. Age au dépistage positif, durée de connaissance, circonstances et sentiments à la découverte de la séropositivité ---------- 53
III.4. Partage ou non du statut séropositif des enquêtés avec leur entourage et les raisons évoquées ---------- 56
III.5. Durée entre la découverte du statut et le partage avec l'entourage, et membre de la famille avec qui le partage a été fait : ---------- 58
III.6. Encouragement ou non au dépistage de l'entourage familial par les enquêtés et raisons évoquées---------- 60
IV. INFORMATIONS RELATIVES AU VECU ET A LA PERCEPTION DU PATIENT ---------- 62
IV.1. Avis des enquêtés par rapport aux avantages à partager son statut de séropositif avec son entourage (Figure 9) ---------- 62

IV.2. Intérêt de susciter le dépistage de son entourage et délai idéal de partage de la séropositivité : ---------- 62
IV.3. Avis et justification sur la réalisation du dépistage familial ----- 63
IV.4. Avis des enquêtés par rapport au dépistage familial en fonction des cas index : ---------- 65
4. DISCUSSION ---------- 68
4.1. Intérêt de l'étude ---------- 69
4.2. Atteinte des objectifs ---------- 69
4.3. Réalisation de l'étude et atteinte des résultats ---------- 69
4.4. Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs ---------- 70
CONCLUSION ---------- 79
SUGGESTIONS ---------- 82
REFERENCES ---------- 85
ANNEXES ---------- A
TABLE DES MATIERES ---------- a

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobres et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

Vu le président du Jury

Vu le Doyen de la FSS

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Université d'Abomey-Calavi

RESUME

DEPISTAGE FAMILIAL DU VIH SIDA CHEZ LES PVVIH AU BENIN EN 2021 : ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET SOCIOLOGIQUES

INTRODUCTION : La lutte contre le SIDA à travers l'atteinte des objectifs relatifs au dépistage, a motivé la mise en place des stratégies différenciées dont fait partie le dépistage familial. Sa mise en œuvre requiert la maitrise des leviers et des réalités sociologiques. Cette étude trouve sa pertinence dans l'absence de données réelles sur le dépistage familial du SIDA au Bénin ; notamment d'un point de vue sociologique.

CADRE, MATERIEL ET METHODE : Etude transversale à visée descriptive et analytique à propos de 384 PVVIH recrutés sur les sites de PEC ayant la file active la plus élevée dans 6 départements du Bénin. Les données ont été saisies et analysées à l'aide des logiciels Epi-data version 3.5.3 et SPSS version 21.

RESULTATS : 384 PVVIH ont été recrutés avec une prédominance féminine à hauteur de 66,41%. La tranche d'âge de 31-50 ans était la plus représentée. 99,74% ont affirmé croire en l'existence du SIDA avec une parfaite connaissance des moyens de transmission. Socialement les répondants considéraient le SIDA comme étant la maladie des personnes infidèles et irresponsables car les raisons qui sous-tendent la contamination selon eux étaient les mauvais comportements sexuels, l'infidélité conjugale et les envoûtements. 67,19% des répondants ont déclaré avoir partagé leur statut de séropositif avec leur entourage. Le partage s'est prioritairement avec le/la conjoint(e) (39,84%) et au bout de 6 mois après la découverte. 51,56% des participants n'ont pas facilité le dépistage familial du VIH en partant d'eux-mêmes comme cas index. Les raisons évoquées pour expliquer ce refus étaient : la crainte d'être jugé d'adultère, la honte du fait de la place occupée dans la famille et la crainte de susciter la pitié de son entourage.

CONCLUSION : L'application du dépistage familial du VIH au Bénin présente plusieurs limites. Elles ont rapport avec la pesanteur sociale que véhicule cette maladie ainsi que la stigmatisation et la discrimination dont est victime encore aujourd'hui les PVVIH.

MOTS CLES : Dépistage familial, VIH, partage, stigmatisation, PVVIH

ABSTRACT

FAMILY SCREENING FOR HIV/AIDS IN HIV/AIDS PATIENTS IN BENIN IN 2021: EPIDEMIOLOGICAL AND SOCIOLOGICAL ASPECTS

INTRODUCTION: The fight against AIDS through the achievement of objectives related to screening has motivated the implementation of differentiated strategies, including family screening. Its implementation requires the mastery of levers and sociological realities. This study is relevant because of the lack of real data on family screening for AIDS in Benin, particularly from a sociological point of view.

FRAMEWORK, MATERIALS AND METHODS: A cross-sectional study with descriptive and analytical aims on 384 PLWHA recruited in the ECP sites with the highest active file in 6 departments of Benin. The data were entered and analyzed using Epi-data version 3.5.3 and SPSS version 21 software.

RESULTS: 384 PLHIV were recruited with a female predominance of 66.41%. The age range of 31-50 years was the most represented. 99.74% believed in the existence of AIDS with a perfect knowledge of the means of transmission. Socially, the respondents considered AIDS to be the disease of unfaithful and irresponsible people because the reasons behind the contamination according to them were bad sexual behavior, marital infidelity and bewitchment. 67.19% of the respondents declared that they had shared their HIV status with those around them. The sharing was mainly with the spouse (39.84%) and within 6 months after the discovery. 51.56% of the participants did not facilitate family HIV testing by starting with themselves as index cases. The reasons given for this refusal were: fear of being judged as an adulterer, shame due to their position in the family and fear of being pitied by those around them.

CONCLUSION: The implementation of family HIV testing in Benin has several limitations. They are related to the social gravity of this disease as well as the stigmatization and discrimination of which PLWHIV are still victims today.

KEYWORDS: Family screening, HIV, sharing, stigmatization, PLHIV