REPUBLIQUE DU BENIN

******

UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

******

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (FSS)

****

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

****

Année : 2021 **N°2432**

VECU PSYCHOSOCIAL DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES AU VIH A COTONOU

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE DIPLOME D'ETAT

Par

Jean Pierre DJOSSA

Né le 25 décembre 1995 à Godomey (République du Bénin)

DIRECTRICE DE THESE

Dr **Christiane TSHABU-AGUEMON**

Pr Titulaire de Gynécologie-Obstétrique

CO-DIRECTRICE DE THESE

Dr **Elvyre KLIKPO**

Maitre-assistant de Psychiatrie

Année académique : 2020-2021

DEDICACE

A DIEU TOUT-PUISSANT,

L'Etre Infini et Parfait, en qui je trouve ma source, ma subsistance et ma fin ;

Et à mon Maitre, Jésus-Christ, qui illumine de son abondante grâce ma vie,

Gloire et honneur à tout jamais !

À MES CHERS PARENTS

PIERRE MISSIGBETO DJOSSA et ANNE ADOKOU

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et tous les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être.

Vous avez très tôt su graver dans mon esprit le sens du travail bien fait et le devoir des valeurs morales. C'est à travers votre soutien que j'ai pu achever ce parcours, et c'est à travers vos innombrables prières que j'ai pu me réaliser. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle.

Que Dieu Tout-Puissant vous garde et vous procure santé et longue vie pour que vous continuiez à demeurer le flambeau illuminant mon chemin.

AMEN !

À DODJI KOKOU KPEGLO et KARIN SCHAER

Vous avez toujours été disponibles pour moi lorsque pendant mon parcours, les difficultés s'étaient faites présentes. Les mots me manquent pour apprécier à leurs justes valeurs toute votre bienveillance envers ma personne. Je suis le produit de votre bienveillance ; Croyez bien chers parents que, où que je sois, aujourd'hui ou demain, je vous porterai toujours dans mon cœur.

Puisse le Tout-Puissant vous récompenser au-delà de toutes vos espérances.

AMEN !

À SIDIKATOU TRAORE

Vous avez sans doute été l'une des variables déterminantes qui ont dessiné l'empreint de mon choix professionnel. Je ne saurais oublier votre générosité spontanée à mon égard**,** vos conseils et encouragements qui n'ont jamais cessé de constituer pour moi un moteur depuis le début de mon parcours. Puisse ce travail honorer l'attente que vous avez toujours placé en moi.

MERCI !

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

❖ À toutes les femmes qui ont accepté participer à cette étude, et à tous les hommes et femmes qui mènent une lutte quotidienne contre la maladie du VIH.

SINCERES REMERCIEMENTS

❖ À Ange Mariella ALLOSSOGBE

Les mots me manqueraient pour décrire quelle merveilleuse personne tu es.

Merci pour ton amour, ton soutien et tes encouragements qui ont toujours été pour moi d'un grand réconfort. Puisse le Tout-Puissant, nous accorder la vie que nous avons toujours planifié et rêvé d'avoir ici-bas et là-haut avec Lui.

SINCERES REMERCIEMENTS

❖ À mes frères et sœurs

Pour vos soutiens quotidiens, vos encouragements qui m'ont été d'une aide précieuse.

SINCERES REMERCIEMENTS

❖ À mon Père spirituel, Mr Justin GBAZARE

Pour votre assistance et vos précieux conseils

SINCERES REMERCIEMENTS

❖ Aux Dr AKPOVO, HOUSSIN, Yannick, et à mesdames Romaine et Lesly ; vous n'avez ménagé aucun effort pour m'assister durant cette étude.

SINCERES REMERCIEMENTS

❖ Au personnel de la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du CNHU

❖ Au personnel du service de Gynécologie-Obstétrique du CHUZ Suru-Léré

- Au personnel de l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou-Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU)
- Au personnel de l'ONG RACINES.

- Au personnel du Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou Maga

Pour tout le travail que vous abattez tous les jours et pour toute l'assistance durant ce travail.

SINCERES REMERCIEMENTS

- À mon binôme de garde des stages internés : Razak ANDEMI et Cédric DOSSOU

Pour votre solidarité au travail qui nous ont permis de surmonter ensemble les difficultés de l'internat.

BRILLANTE CARRIERE A CHACUN DE VOUS

- À mon groupe de stage interné

Etrangers hier, vous constituez aujourd'hui une famille.

BRILLANTE CARRIERE A CHACUN DE VOUS

- .À la 43ème promotion de Médecine de la Faculté des Sciences de la Santé. Puisse l'Eternel nous unir davantage et nous accorder une fructueuse carrière professionnelle.

BRILLANTE CARRIERE A VOUS TOUS

- À tous ceux et celles qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette œuvre.

SINCERES REMERCIEMENTS

❖ À tous ceux ou celles qui ont lu, et qui liront ce travail.

Ma reconnaissance pour leur esprit critique vis-à-vis de ma modeste contribution au savoir médical, qui comme toute œuvre humaine reste perfectible.

HOMMAGES

HOMMAGES

A tous nos illustres Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Chers Maîtres, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous transmettre les bases et les fondements de la Médecine durant toutes ces années. Nous vous promettons de ne pas vous décevoir en les mettant en pratique au quotidien.

HOMMAGES RESPECTUEUX

A notre Maître et directrice de thèse, le Professeur Christiane TSHABU-AGUEMON

Chère Maître, vos nombreuses qualités intellectuelles, professionnelles et humaines font de vous un enseignant hors pair. Malgré votre grand savoir, vous avez toujours revêtu la simplicité d'une mère pour tous vos apprenants. Votre savoir, votre savoir-faire et votre savoir-être font de vous un modèle dans votre domaine. Malgré vos nombreuses occupations, vous avez accepté diriger ce travail, et vous nous avez conduit sur les pas de la recherche.

Que ce travail vous rende fier de moi et puisse Dieu vous récompenser et vous accorder une longue vie pleine de santé.

HOMMAGES RESPECTUEUX

A notre Maître et co-directrice de thèse, le Dr Elvyre KLIKPO

Ce fut un grand plaisir pour nous de vous avoir comme co-directrice de thèse. Malgré le retard que nous avons accusé, votre disponibilité a été spontanée à chaque sollicitation. Vos corrections, apports et contributions nous ont largement éclairé et ont permis de fignoler ce travail.

Infinie gratitude ; puisse le Seigneur vous accompagner et vous soutenir dans tous vos projets aussi bien sociaux que professionnels.

HOMMAGES RESPECTUEUX

Au président de notre jury

Vous nous faites un immense honneur en acceptant de présider le jury de ce travail malgré vos multiples occupations. Nous restons persuadés que vos conseils et recommandations nous serviront à parfaire ce travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer notre reconnaissance et notre gratitude.

HOMMAGES RESPECTUEUX

Aux honorables membres du jury

Grande est notre fierté de savoir notre travail soumis à votre appréciation. Vos remarques, critiques et suggestions contribueront certainement à en améliorer la qualité.

HOMMAGES RESPECTUEUX

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS, SYMBOLES ET ACRONYMES

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS, SYMBOLES ET ACRONYMES

% : Pourcentage

%cum : Pourcentage cumulé

< : Inférieur

> : Supérieur

ADN : Acide Désoxyribonucléique

ARN : Acide Ribonucléique

ARNm : Acide Ribonucléique messager

CD4 : Cluster Differenciation 4

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou Maga

CPN : Consultation Prénatale

CUGO : Clinque Universitaire de Gynécologie-Obstétrique

Env : Enveloppe

ETI : Éducation Thérapeutique d'Initiation

Gag : Groupe antigène

gp : glycoprotéine

GRID : Gay Releated Immune Deficiency

HIA-CHU : Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire

HSH : Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes

HTLV : Human T-cell Leukema Virus

IF : Inhibiteurs de fusion

INI : Inhibiteurs de l'Intégrase

INNTI : Inhibiteur Non Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

INTI : Inhibiteurs Nucléosidique de la Transcriptase Inverse

IP : Inhibiteurs de Protéase

IST : Infection Sexuellement Transmissible

Kd : Kilodalton

LAV : Lymphadenopathy Associate Virus

LGBTQ : Lesbienne Gay Bisexuel Transgenre Queer

LTCD4 : Lymphocyte T CD4

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONG : Organisation Non Gouvernementale

PCR : Polymerase Chain Reaction

Pol : Polymérase

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

SSR : Santé Sexuelle Reproductive

TAR : Traitement Anti Rétroviral

TI : Transcriptase inverse

PTME : Transmission Mère-Enfant

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Estimation du risque de transmission du VIH lié aux différents types de relations sexuelles non protégées……. 52

Tableau II : Estimation du risque de transmission mère-enfant du VIH en fonction du moment de l'infection……. 53

Tableau III : Choix de première ligne du traitement antirétroviral…… 56

Tableau IV : Choix de deuxième ligne du traitement antirétroviral..... 56

Tableau V : Tableau d'interprétation des résultats de l'échelle HAD….. 78

Tableau VI : Répartition des femmes selon l'âge…….. 83

Tableau VII **:** Répartition des femmes selon la résidence……... 84

Tableau VIII : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction…..... 84

Tableau IX : Répartition des femmes selon la situation matrimoniale….. 85

Tableau X : Répartition des femmes selon la profession…….. 85

Tableau XI : Nombre d'enfant dans chaque famille…….. 86

Tableau XII : Répartition des conjoints selon l'âge…… 86

Tableau XIII : Répartition des conjoints selon le niveau d'instruction…… 87

Tableau XIV : Répartition des femmes selon le terme de la grossesse…… 88

Tableau XV : Répartition du personnel médical qui a annoncé le résultat du test…….. 89

Tableau XVI : Répartition des femmes selon le type de VIH…….. 90

Tableau XVII : Répartition des femmes selon la présence d'anxiété au moment du dépistage…….. 90

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la voie de contamination présumée……. 91

Tableau XIX : Répartition des femmes qui ont partagé l'information……. 93

Tableau XX : Répartition des femmes selon la crainte du partage du statut…… 93

Tableau XXI : Raisons évoquées par les femmes face à la crainte du partage du statut…….. 94

Tableau XXII : Répartition des personnes qui ont informé le conjoint……. 95

Tableau XXIII : Répartition des statuts sérologiques des conjoints…… 96

Tableau XXIV : Répartition de la réaction des conjoints en fonction de l'âge……. 96

Tableau XXV : Répartition de la réaction des conjoints selon le niveau d'instruction……. 97

Tableau XXVI : Répartition de la réaction des conjoints en fonction du statut sérologique……. 97

Tableau XXVII : Répartition des femmes qui ont bénéficié de soutien au cours de la grossesse…… 98

Tableau XXVIII : Répartition du soutien des femmes en fonction de la réaction du conjoint après l'annonce du statut…… 99

Tableau XXIX : Répartition du soutien des femmes en fonction de leur régime matrimonial…… 99

Tableau XXX : Répartition de la présence de dépression au cours de la gravido-puerpéralité…… 101

Tableau XXXI : Répartition de la présence de stress au cours de la gravido-puerpéralité…….. 101

Tableau XXXII : Présence de dépression chez les femmes en fonction du soutien du conjoint…….. 102

Tableau XXXIII : Présence de dépression chez les femmes selon le partage du statut à un proche…… 103

Tableau XXXIV : Statut sérologique des enfants……... 103

Tableau XXXV : Choix de l'alimentation du nouveau-né après l'accouchement…… 104

Tableau XXXVI : Difficultés rencontrées par les femmes lors de l'alimentation artificielle exclusive……. 104

Tableau XXXVII : Raisons évoquées par les femmes devant le choix de l'alimentation artificielle……. 105

Tableau XXXVIII **:** Répartition des femmes selon le désir d'une nouvelle grossesse…….. 106

Tableau XXXIX **:** Désir d'une nouvelle grossesse corrélé à la taille de la fratrie…… 107

Tableau XL **:** Désir d'une nouvelle grossesse corrélé au statut de l'enfant. 107

Tableau XLI **:** Désir d'une nouvelle grossesse corrélé au soutien au cours de la grossesse……. 108

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin… 42

Figure 2 : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin..…….. 43

Figure 3 : Structure du VIH ……..... 44

Figure 4 : Représentation schématisée de l'organisation génétique du VIH……. 46

Figure 5 **:** Schéma du cycle de la réplication du VIH…… 48

Figure 6 : Phases de l'évolution de l'infection à VIH, en l'absence de traitement……. 51

Figure 7 : Rapport d'infection selon les modes de transmission du VIH…….. 52

Figure 8 : Carte de la République du Bénin……... 69

Figure 9 : Répartition des femmes selon la nationalité……..... 83

Figure 10 : Répartition des femmes selon l'ethnie……..... 84

Figure 11 : Répartition des femmes d'après la période de découverte de la séropositivité…… 89

Figure 12 : Réaction des femmes à l'annonce du résultat de la sérologie VIH……..... 90

Figure 13 : Répartition des femmes ayant partagé l'information au conjoint……. 93

Figure 14 : Partage du statut à un proche de la famille autre que le conjoint……. 93

Figure 15 : Réaction du conjoint après l'annonce du statut……. 96

Figure 16 : Qualité de vie des femmes après annonce du résultat…… 101

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

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....1

OBJECTIFS.....4

I-GENERALITES.....6

II-METHODOLOGIE.....34

III-RESULTATS.....49

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....80

V-CONCLUSION.....90

VI-SUGGESTIONS.....94

VII-REFERENCES.....96

ANNEXE.....A

TABLE DES MATIERES ....a

INTRODUCTION

Dans le monde en 2020, environ 19,9 millions de femmes âgées de 15 ans ou plus vivaient avec le VIH, les deux tiers d'entre elles se retrouvant en Afrique subsaharienne [1]. Au Bénin, sur 556402 femmes enregistrées en consultation prénatale dans la même année, 3675 avaient été dépistées positives au VIH/SIDA, soit une prévalence de 1,6% [2]. Le pays dans le cadre de sa riposte nationale à l´infection au VIH est dans sa quatrième génération de Plan Stratégique National de lutte contre le SIDA [3], les dernières ayant mis un accent particulier sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dans l´amélioration de l´offre des services de prévention et de prise en charge des populations clés et des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Cette volonté a été matérialisée par la première étude en 2015 sur l´index stigma [4]. Les études sur l´index stigma ont essentiellement porté sur les réactions communautaires (actes ou omissions) de stigmatisation et de discrimination dont ont été victimes les PVVIH en général, le regard étant peu tourné vers les gestantes séropositives au VIH, qui de par leur condition physiologique, constituent une population très vulnérable. Elles sont victimes, dans leur communauté, d'épreuves psychologiques et de ressentis qui les rendent plus vulnérables à l´infection au VIH et majorent les risques de transmission mère-enfant. Cette situation crée pour ces femmes un cercle vicieux, car elle doivent supporter un double fardeau : celui de leur statut sérologique au VIH et les défis psychosociaux associés [5].

En 2001 dans sa déclaration d´engagement sur le VIH et le SIDA, l´Assemblée Générale des Nations Unies avait écrit : « l´opprobre, le silence, la discrimination et la dénégation ainsi que l´absence de confidentialité compromettent les efforts de prévention, de soins et de traitement et aggravent les effets de l´épidémie sur les individus, les familles, les communautés et les nations et il faut également y remédier » [6]. De même, la nouvelle stratégie d´accélération de l´ONUSIDA qui entrevoit la fin de l´épidémie du SIDA d´ici à 2030, avait défini un niveau de résultats par rapport à la discrimination : « zéro discrimination d´ici à 2020 » [7].

En 2019, la prévalence des femmes enceintes vivant avec le VIH était de 1,55% [8] et les données indiquaient que le VIH était transmis de la mère à l'enfant chez 6,71% des enfants exposés au virus [8]. Étant donné que la transmission mère-enfant est encore élevée, au-delà de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, il devient important d'examiner l'expérience des femmes enceintes face à la découverte d'une séropositivité au VIH en vue d'identifier les facteurs qui influent sur leurs comportements ; ce qui permettra d'améliorer l'observance du traitement antirétroviral chez elles, et d'accroître les résultats des soins de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME). Plusieurs de ces facteurs sont représentés par les problèmes psychosociaux auxquels elles sont confrontées dans leur communauté en raison de leur statut sérologique. De nombreuses études ont mis en avant le lien étroit entre ces facteurs psychosociaux et l'adhésion des femmes au Traitement Antirétroviral (TAR) [9] à l'accouchement en milieu spécialisé [10], au dépistage précoce du VIH chez le nourrisson [9], à la prophylaxie antirétrovirale infantile [11, 12], et au respect des directives d'alimentation du nourrisson [13].

Même si les soins de PTME du VIH, ainsi que le TAR sont des stratégies efficaces pour la prévention du VIH dans les pays à revenu faible et intermédiaire [14], plusieurs études en Afrique subsaharienne ont montré que les problèmes psychologiques et sociaux inhérents au statut sérologique de la femme enceinte sont des obstacles à leur participation aux soins de PTME [15–17].

Il est important de faire mieux comprendre aux professionnels de la santé et ainsi qu'aux décideurs à divers niveaux les défis psychologiques et sociaux des femmes enceintes liés à leur séropositivité au VIH dans leurs milieux de vie. Ces connaissances pourraient être utilisées pour améliorer les conseils dans les soins de PTME, améliorer la santé des femmes et réduire la transmission mère-enfant du VIH.

Le but de ce travail est donc d'étudier la problématique de la rupture des liens familiaux et sociaux des femmes enceintes séropositives au VIH au Bénin.

OBJECTIFS

➢ OBJECTIF GENERAL

L'objectif général de ce travail est d'étudier le vécu psychologique et social des gestantes séropositives au VIH

➢ OBJECTIFS SPECIFIQUES

Plus spécifiquement, il s'agira de :

- ❖ Décrire les circonstances de découverte de la séropositivité
- ❖ Identifier les contraintes vis-à-vis du partage du statut au conjoint et aux proches
- ❖ Apprécier l'attitude du conjoint à l'annonce de la séropositivité
- ❖ Evaluer le soutien du conjoint au cours de la grossesse
- ❖ Analyser les facteurs influençant le comportement des femmes séropositives dans la période de la gravido-puerpéralité.

I-GENERALITES

I-GENERALITES

1-1-HISTORIQUE DU VIH SIDA

Le VIH/SIDA est une maladie qui est apparue à la fin des années 1970 et dont les origines et les extensions ont été progressivement élucidées.

En 1975 aux Etats-Unis, plus exactement à Los Angeles, les premières traces du virus ont été découvertes chez les hommes homosexuels mais les manifestations cliniques de la maladie ne furent observées que dans les années 1979. Le virus n'était pas encore isolé, mais l'augmentation du nombre de personnes homosexuelles présentant une défaillance du système immunitaire vers les années 1980 faisait croire au monde médical qu'une maladie bien spécifique était liée à cette population. En juillet 1981, le *Center of Desease Control of Atlanta (CDC)* a publié un article relatant la survenue de cinq cas de pneumonie à *Pneumocystis carinii* et 26 cas de sarcome de Kaposi chez des homosexuels [18]. De plus en plus, les hommes de cette population présentaient un important état d'immunodéficience, poussant le CDC à dénommer le phénomène le *"Gay Releated Immune Deficency "(GRID)* [19]. La notion de "cancer gay" prendra alors naissance et se propagera au sein de la population, créant révolte et panique. .La cause du déficit cependant, demeurait toujours inconnue.

A cette même période, ce syndrome se retrouvait chez des groupes ciblés : les 3H (Homosexuels, Héroïnomanes, Hémophiles), faisant émerger l'idée d'une transmission non seulement sexuelle, mais aussi sanguine [20].

En1983, le Professeur Luc MONTAGNIER et son équipe de chercheurs de l'Institut Pasteur de Paris identifient le rétrovirus responsable de la maladie à partir de la culture de lymphocytes d'un patient et le nomment LAV (Lymphadenopathy Associate Virus) [21].

Un an plus tard, aux Etats-Unis, le Professeur Robert GALLO et son équipe, qui avaient déjà isolé les premiers rétrovirus humains (HTLV1, HTLV2), isolent cette

fois-ci le rétrovirus responsable de la maladie et le nomment HTLV3 (Human T-cell Leukemia Virus) [22].

En 1985, le virus de la maladie (LAV et HTLV3) entre dans la nomenclature internationale, prenant le nom de « Virus de l'Immunodéficience Humaine » (VIH) [23].Dans cette même année, sont apparus les premiers cas de SIDA en Afrique chez des malades du Congo. Un an plus tard, le VIH de type 2 (VIH2) est isolé chez un patient portugais au Togo, et en 1987, les premiers cas de SIDA au Togo furent notifiés [24].

Au Bénin, les premiers cas du VIH apparaissent en 1985, donnant naissance à de nombreux programmes de riposte contre la maladie [25].

1-2-EPIDEMIOLOGIE DE L'INFECTION A VIH

1-2-1-Dans le monde

L'infection à VIH réalise une pandémie touchant tous les pays du monde. Selon le rapport de l'OMS/ONUSIDA, 37,7 millions de personnes vivaient avec le VIH en 2020, dont 36 millions d'adultes, 19 millions de femmes, et 1,7 millions d'enfants (0-14 ans) [26].

Le nombre total de nouvelles infections était de 1,5 millions et le nombre total de décès liés au VIH/SIDA était de 680 000.

1-2-2-En Afrique

L'Afrique subsaharienne reste la région du monde la plus touchée par la pandémie du SIDA. En Afrique de l'ouest, on estime à 4,7 millions le nombre de personnes vivant avec la maladie [27].

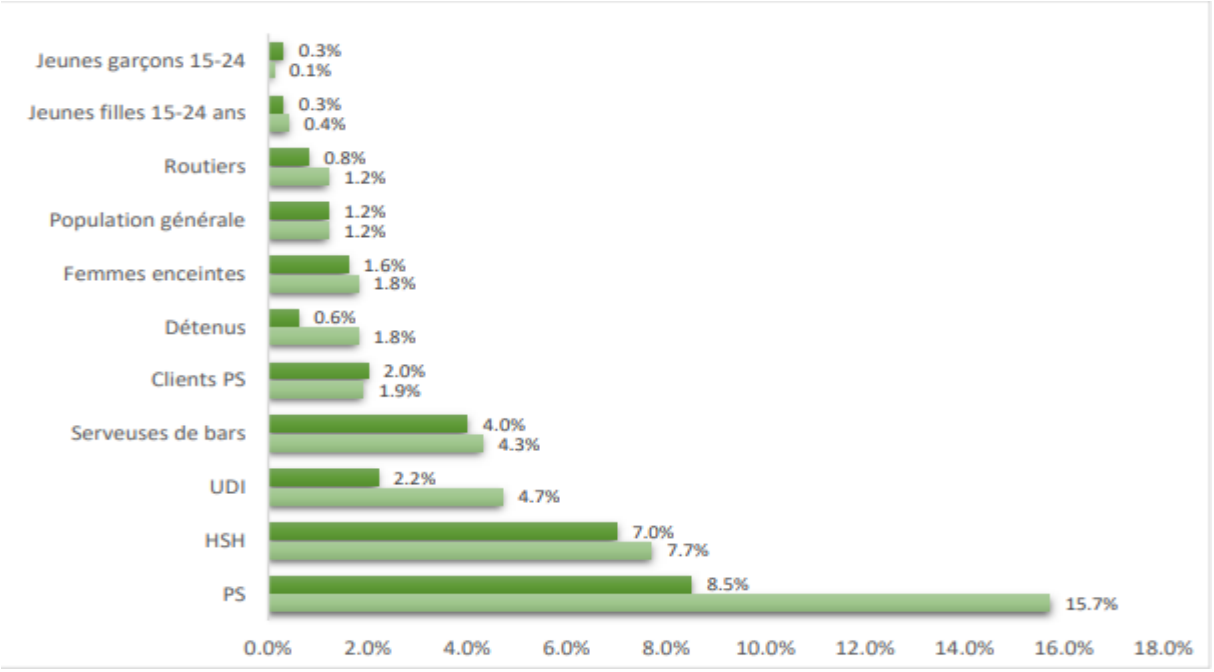
200 000 cas de nouvelles infections ont été identifiés en 2020 dont 150 000 adultes et 55 000 enfants de moins de 15 ans [27].

1-2-3-Au Bénin

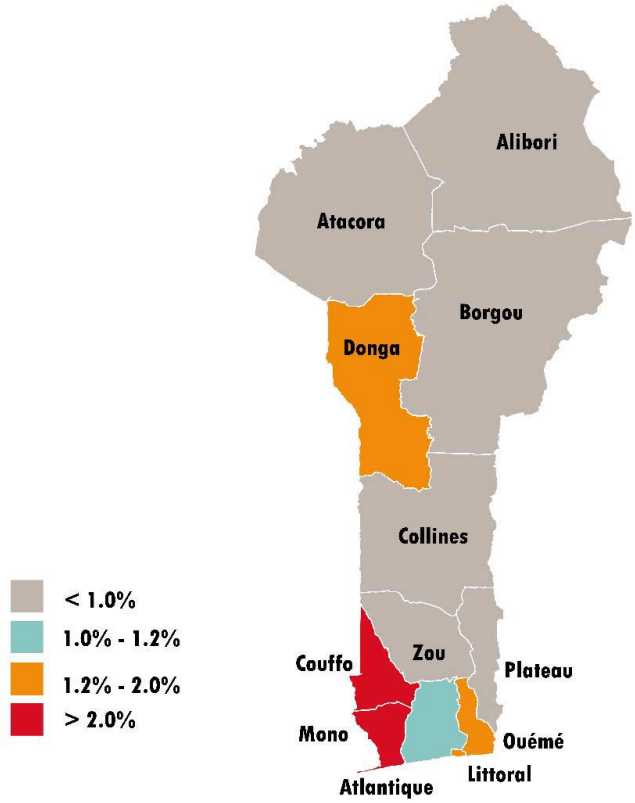
Au sein de la population béninoise, la prévalence du VIH/SIDA tend à se stabiliser autour de 1,2% depuis 2006 [28]. Cependant, il existe certaines poches à prévalences plus élevées au sein des populations clés (Figure 1) comme : les Professionnelles de Sexe : 8,5%, les Hommes ayant des rapports Sexuels avec d'autres Hommes : 7%., les Serveuses de Bars et Restaurants 5,2% et les Consommateurs de Drogues Injectables 2,2%.

La séroprévalence en milieu urbain est plus élevée qu'en milieu rural (Figure 2) : 1,6% contre 0,9% avec une forte concentration à Cotonou par rapport aux autres villes

La prévalence estimée chez les femmes enceintes est de 1,6% [28].



<u>Figure 1</u> : Prévalence du VIH au sein de la population générale, des populations clés et autres groupes vulnérables au Bénin [28].



<u>Figure 2</u> : Prévalence du VIH selon les départements du Bénin [28]**.**

1-3-CLASSIFICATION

Le VIH appartient à la famille des ***Retroviridae***. Il s'agit de virus à ARN dont le génome est rétrotranscrit en ADN double brin (provirus) par une transcriptase inverse virale.

Le VIH appartient à la sous-famille des ***Orthoretrovirinae*** et au genre des ***Lentivirus*** [29, 30].

Deux types de VIH, le VIH-1 et le VIH-2 ont été isolés chez l'homme.

1-4-STRUCTURE DU VIH

Le VIH possède :

-Une **enveloppe** recouverte de deux types de glycoprotéines : la ***gp41*** qui traverse la membrane, et la ***gp120*** qui recouvre la gp41.

Une forte liaison existe entre la gp120 et le récepteur membranaire CD4 présent à la surface des cellules CD4+ du système immunitaire. Ainsi, le VIH n'infecte que des cellules qui possèdent ce récepteur membranaire, qui sont majoritairement les lymphocytes CD4+.

- Un **core viral** ou **nucléocapside**, qui est fait de deux couches de protéines : la protéine ***p17*** et la protéine ***p24***.

-Un **génome** constitué de deux copies d'ARN simple brin, deux molécules de transcriptase inverse et d'autres protéines enzymatiques (**protéase** et **intégrase**).

La figure 3 résume la structure du VIH.

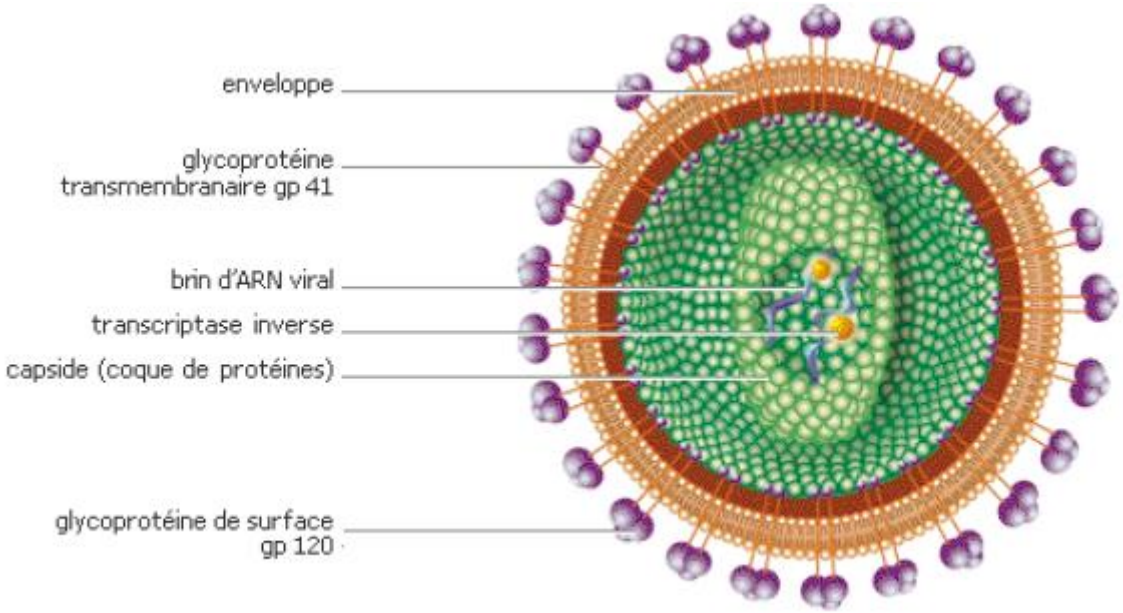


Figure 3 : Structure du VIH [31]

1-5-ORGANISATION GENETIQUE DU VIH

Le génome du VIH compte 9700 nucléotides. Il est composé de l'extrémité 5' vers l'extrémité 3' de trois gènes de structure caractéristiques des rétrovirus (***Gag, Pol, Env***) ainsi que des gènes de régulation [32, 33].

1-5-1-Les gènes de structure

1-5-1-1-*Le gène Gag* (pour Groupe antigène)

Il code pour la synthèse d'une polyprotéine de 55 kilodaltons (kd) qui sera clivé par une protéase virale en trois protéines constitutives du core. Ces trois protéines sont :

-la Nucléoprotéine N terminale,

-la Protéine majeure, et

-la Nucléoprotéine C terminale.

1-5-1-2-*Le gène Env* (pour Enveloppe)

Il code pour la synthèse d'un précurseur glycosylé de poids moléculaire 160kd qui sera clivé dans le cytoplasme en deux glycoprotéines que sont :

-la glycoprotéine d'enveloppe externe **gp110gp120** dont la structure correspond à des boutons hérissant la surface du virus ; leur rôle est de faciliter la liaison au récepteur CD4.

-la glycoprotéine transmembranaire **gp41** qui permet l'amarrage intra-membranaire de la gp120 et qui joue un rôle dans la fusion cellulaire.

1-5-1-3-*Le gène Pol* (pour Polymérase)

Il code pour la synthèse de trois enzymes qui sont de l'extrémité N-terminale vers l'extrémité C-terminale :

-La protéase,

- La transcriptase inverse ou rétrotrancriptase et

-L’intégrase ou endonucléase.

La figure 4 présente de manière schématisée l’organisation génétique du VIH.

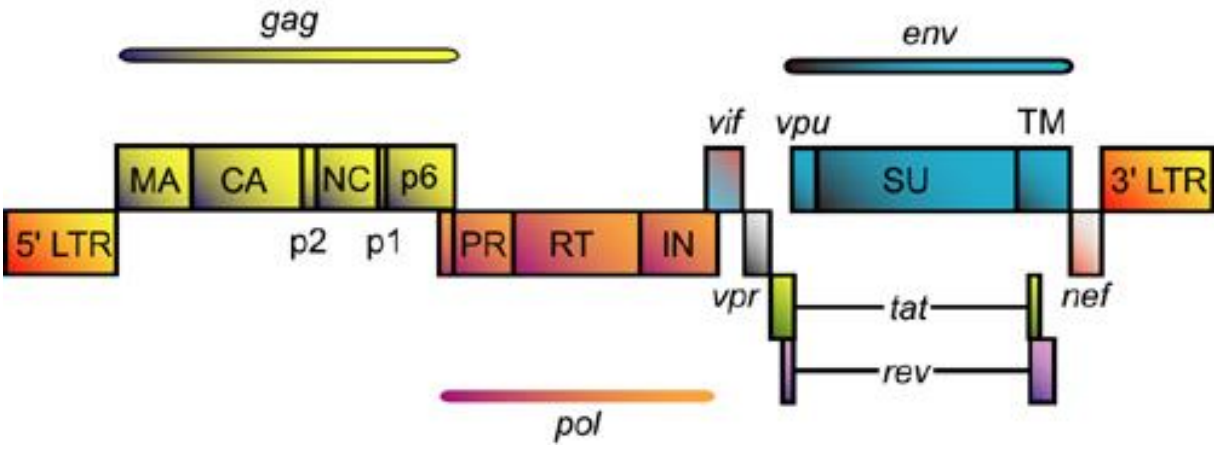


Figure 4 : Représentation schématisée de l’organisation génétique du VIH

[34]

1-5-2-Les gènes régulateurs [35, 36]

Le génome du VIH comporte plusieurs gènes de régulation qui jouent un rôle essentiel dans son pouvoir pathogène. Les plus importants sont les gènes ***tat***, ***rev***, et ***nef.***

1-6-VARIABILITE GENETIQUE DU VIH [32]

Le VIH possède deux sérotypes : le VIH1 et le VIH2**.**

Le **VIH1** possède trois sérogroupes :

- ✓ **M** (pour major group) avec 9 sous types (**A-D**, **F-H**, **J** et **K**),
- ✓ **N** (pour non-M, non-N group),
- ✓ **O** (pour outlher group).

Le **VIH2** possède sept sous-types nommés de **A** à **G**. Chaque sous-type possède un génome qui lui est propre à 25% au moins. La variabilité génétique du VIH est liée aux nombreuses erreurs d'incorporation de nucléotides de la transcriptase inverse, lors de la réplication virale.

1-7-HISTOIRE NATURELLE DE L'INFECTION AU VIH [37–40]

Le VIH est un rétrovirus qui a besoin d'intégrer le génome de la cellule infectée pour détourner sa machinerie génétique à son profit afin d'assurer sa réplication. Les cellules cibles du VIH sont celles présentant à leur surface les récepteurs CD4+ (lymphocytes T CD4+, monocytes, macrophages, cellules dendritiques). Ainsi, la réplication virale a lieu dans plusieurs tissus et se déroule en plusieurs étapes.

1-7-1-Le cycle de réplication virale [29, 41–43]

1-7-1-1-Attachement

C'est la fusion et l'encrage de l'enveloppe virale avec le récepteur CD4. L'entrée du VIH dans la cellule s'effectue grâce à une reconnaissance spécifique et forte entre la glycoprotéine gp120 du VIH et son récepteur CD4. Cette interaction induit un changement conformationnel de la gp120 et sa fixation sur l'un des co-récepteurs CCR5 ou CXCR4, entrainant l'entrée du virus dans la cellule hôte [29, 42–44].

1-7-1-2-Transcription inverse

L'ensemble des composants viraux se retrouve présent dans le cytoplasme de la cellule hôte. L'ARN viral est libéré dans le cytoplasme et rétrotranscrit en ADN complémentaire par la transcriptase inverse virale. L'ADN viral obtenu qui est un ADN proviral est transporté sous forme d'un complexe viral nucléoprotéique dans le noyau cellulaire.

1-7-1-3-Intégration

L'ADN viral est intégré à l'ADN de la cellule hôte grâce à l'intégrase virale. L'infection de la cellule hôte devient alors définitive.

1-7-1-4-Transcription

Le néogénome est transcrit en pré-ARNm puis en ARNm par l'ARN polymérase. L'ARNm migre ensuite dans le cytoplasme pour servir à la synthèse de complexes polypeptidiques viraux.

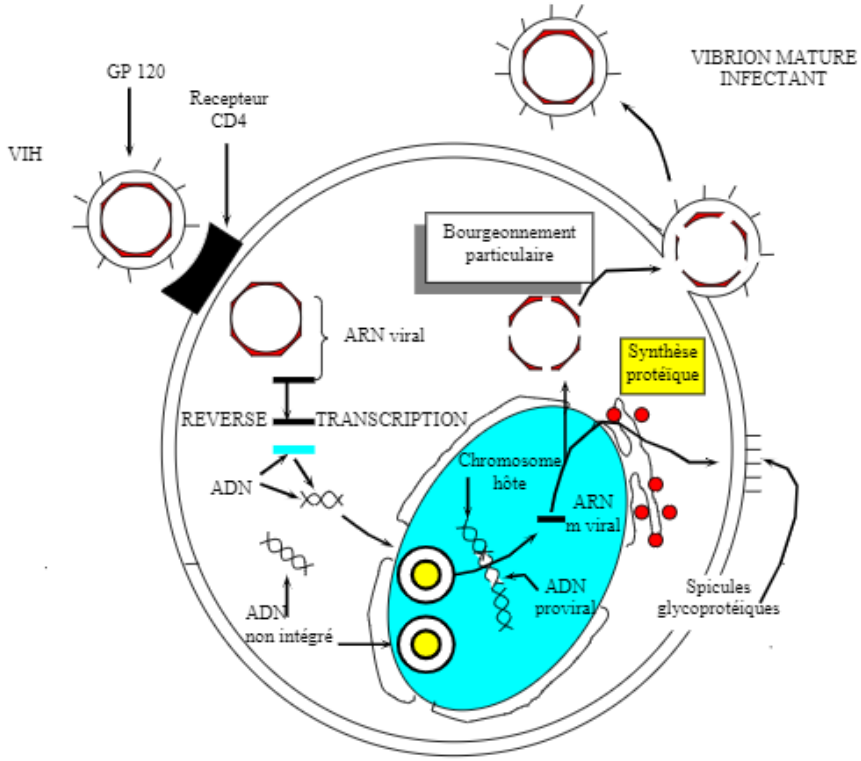
1-7-1-5-Traduction des protéines virales et maturation

Les polyprotéines synthétisées sont clivées, soit par la protéase virale pour la polyprotéine ***gag-Pol***, soit par des protéases cellulaires pour la polyprotéine ***env.***

1-7-1-6-Assemblage et bourgeonnement

Les protéines virales néosynthétisées et les molécules d'ARN viral s'assemblent à proximité de la membrane cellulaire. Ce processus d'assemblage aboutit à la formation de nouveaux virus bourgeonnant à la surface de la cellule, sous le contrôle des protéines de régulation.

La figure 5 explique de manière schématisée le cycle de la réplication virale.



<u>Figure 5</u> : Schéma du cycle de la réplication des VIH [32]

1-7-2-Evolution clinique de l'infection par le VIH [45, 46]

C'est l'ordre stéréotypé dans lequel se déroulent les manifestations cliniques et immuno-virologiques du virus dans l'organisme jusqu'au stade ultime de SIDA.

Le CDC a proposé en décembre 1993 une classification des différentes manifestations du VIH en quatre phases, basée sur des critères cliniques et le nombre de lymphocytes T CD4 [47].

1-7-2-1-Phase de primo-infection ou STADE 1

-Patient asymptomatique

- Adénopathies persistantes généralisées

1-7-2-2-Phase de séropositivité asymptomatique ou STADE 2

-Perte de poids < 10% du poids corporel

-Zona (au cours des 5 dernières années)

-Manifestations cutanéo-muqueuses mineures (dermite séborrhéique, prurigo, ulcérations buccales, chéilite angulaire, atteinte fongique des ongles)

- Infections récidivantes des voies aériennes supérieures

1-7-2-3- Phase symptomatique d'immunodépression ou STADE 3

-Perte de poids > 10% du poids corporel

-Diarrhée chronique inexpliquée> 1 mois

-Fièvre prolongée inexpliquée > 1 mois

-Candidose buccale persistante

-Leucoplasie chevelue buccale

-Tuberculose pulmonaire au cours de l'année précédente

-Infection bactérienne sévère (pneumopathie, pyomyosite, ostéoarthrite, méningite…)

-Stomatite ulcérée nécrosante aigue

-Anémie persistante (Hb<8g/dL)/ Neutropénie chronique <500/mm3 / Thrombopénie chronique < 50000/mm3

1-7-2-4-Phase symptomatique d'immunodépression majeure ou STADE 4

-Syndrome cachectisant dû au VIH (>10% du poids corporel, associée à une diarrhée chronique inexpliquée ou une asthénie chronique ou une fièvre prolongée inexpliquée)

-Pneumocystose

-Pneumonie bactérienne récurrente sévère

-Toxoplasmose cérébrale

- Cryptosporidiose avec diarrhée > 1 mois

-Cryptococcose extrapulmonaire

-Cytomégalovirose

-Herpes virose cutanéomuqueuse > 1 mois ou viscérale

-Leucoencéphalite multifocale progressive

-Mycose endémique généralisée (histoplasmose, coccidiodomycose)

-Candidose œsophagienne, trachéale, bronchique ou pulmonaire

-Mycobactériose atypique disséminée

-Tuberculose extrapulmonaire

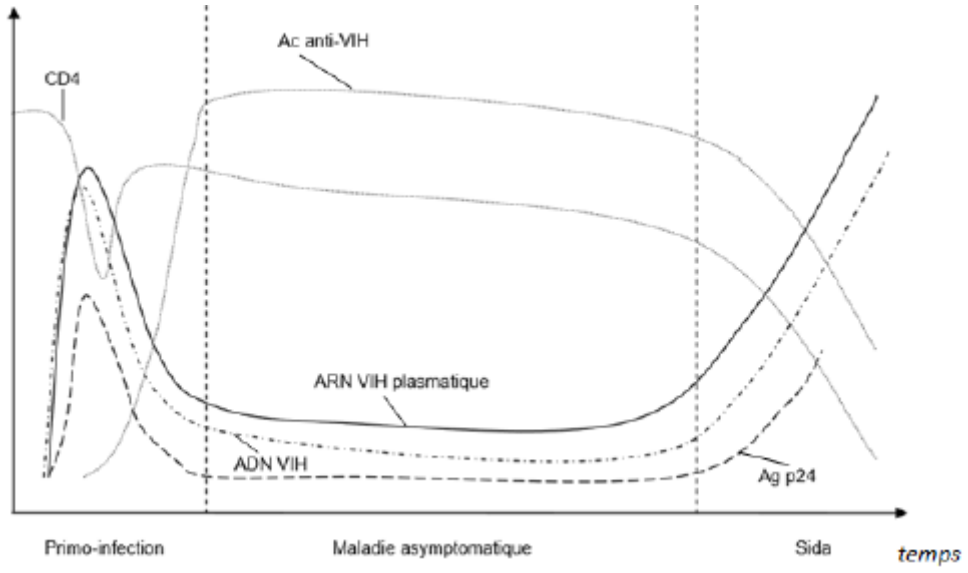
-Lymphome malin

-Sarcome de Kaposi

- Encéphalopathie à VIH

-Leishmaniose américaine réactivée (méningo-encéphalite ou myocardite)

La figure 6 montre l'évolution du taux de CD4 et de la charge virale au cours de l'infection à VIH

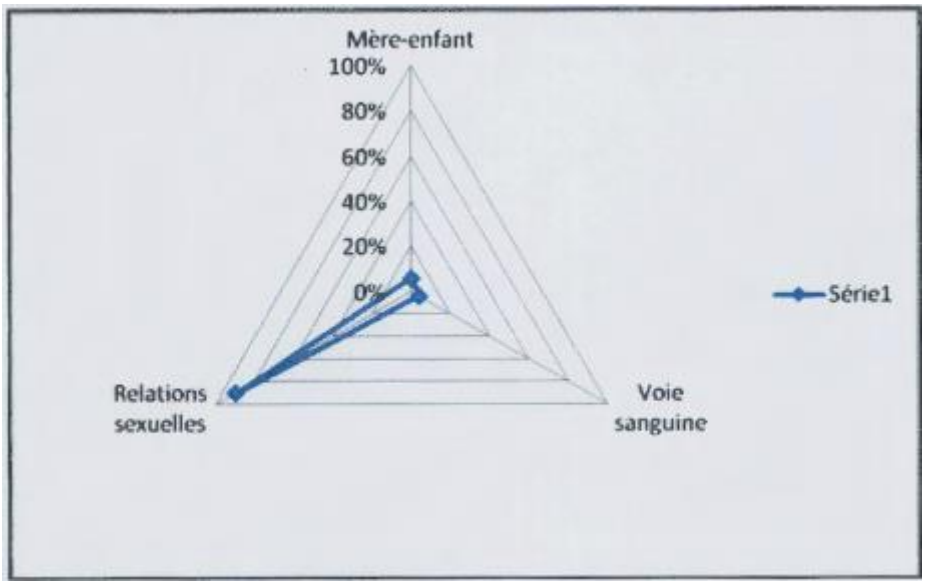


<u>Figure 6</u> : Phases de l'évolution de l'infection à VIH, en l'absence de traitement [48]

1-8-MODES DE TRANSMISSION DU VIH

Le virus est présent dans presque tous les liquides biologiques de l'organisme de la personne infectée. On le trouve dans : le sang, le sperme, le liquide séminal, les sécrétions anales, les sécrétions vaginales et dans le lait maternel.

L'infection au VIH peut être contracté par trois voies différentes (figure 7) : voie sexuelle (90%), voie sanguine (4), et transfert de virus de la mère à son enfant (6%) [49]



<u>Figure 7</u> : Rapport d'infection selon les modes de transmission du VIH

1-8-1-Transmission sexuelle

Le contact sexuel non protégé, homo ou hétérosexuel, reste le principal mode de transmission du VIH. D'importantes quantités de virus sont présentes dans les liquides de sécrétions génitales et sont de bons prédicteurs du risque de transmission du VIH d'une personne à une autre [50].

La transmission par voie sexuelle est responsable de plus de 70% des cas d'infection par le VIH dans le monde [51]. Mais le risque de contamination est augmenté par l'existence d'une infection génitale chez l'un des partenaires et par le stade de la maladie, il varie également selon le type de rapport selon le que le résume le tableau I :

<u>Tableau I</u> : Estimation du risque de transmission du VIH lié aux différents types de relations sexuelles non protégées [52–54]

	Nombre d'études différentes	*Estimation de l'échantillon total (N)*	*Fourchette des estimations*	*Estimation de méta-analyse*
Relation anale passive	**4**	**Plus de 3000**	**0,4%-3,38%**	**1,4%**
Relation anale active	**2**	**Plus de 3500**	**0,06-0,62%**	-
Relation vaginale passive	**10**	**Environ 2000**	**0,018-0,15%**	**0,08%**
Relation vaginale active	**3**		**0,03-0,09%**	**0,04%**

-Chez les hétérosexuels, la probabilité de transmission est estimée, en moyenne à 0,3% pour chaque acte sexuel [55]. Celle-ci est plus augmentée dans le sens de la transmission de l'homme vers la femme.

-Chez les homosexuels un rapport anal réceptif avec un sujet séropositif présente un risque plus grand de contamination soit 0,5% à 3% [56].

1-8-2-Transmission sanguine

La transmission sanguine du VIH s'applique à des sujets s'exposant à du sang potentiellement contaminé, de façon accidentelle ou non. Ainsi, ce risque est augmenté chez les toxicomanes, les transfusés et les professionnels de santé. Ces

derniers étant susceptibles d'être en contact direct avec du sang de personnes contaminées [57, 58].

La toxicomanie par voie intraveineuse avec partage de seringue peut causer l'inoculation d'une petite quantité de sang par voie veineuse d'une personne infectée à une autre, entrainant la transmission du virus à cette dernière. Les hémophiles constituent le groupe le plus exposé du fait de l'utilisation des produits sanguins contaminés par le virus [59, 60].

Chez les professionnels de santé, principalement les soignants et les personnes travaillant en laboratoire d'analyse ou de recherche, le risque de contamination lors d'un tel accident est estimé à 0,4%.

1-8-3-Tansmission mère-enfant

Elle représente la principale voie de propagation du VIH chez les enfants. Le risque de contamination est estimé à 20% lorsqu'aucune thérapie n'est utilisée chez la mère pendant la grossesse et l'accouchement, 5 à 10% si une thérapie est utilisée au cours de la grossesse, de l'accouchement et durant les 6 premières semaines de vie du nouveau-né [61]. La contamination peut aussi se faire à travers le lait maternel au cours de l'allaitement; le risque par cette voie est évalué entre 5 et 7% [62].

Le tableau II présente les risques de transmission mère-enfant du VIH selon le moment de l'infection.

Tableau II : Estimation du risque de transmission mère-enfant du VIH en fonction du moment de l'infection, en l'absence de toute intervention préventive [63]

Moment de la transmission	Allaitement maternel non pratiqué		Allaitement maternel pratiqué	
	Taux de transmission (%)	Part attribuable	Taux de transmission (%)	Part attribuable
In utero	5-10	1/3	5-10	1/5
Intra-partum	10-20	2/3	10-20	2/5
Post-partum	-	-	10-20	2/5
Total	15-30	1	25-50	1

1-9-TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL (ARV)

Les antirétroviraux constituent un ensemble de médicaments anti-infectieux actifs sur le VIH [64]. Ils bloquent la multiplication du virus, mais ne le tuent pas [31].

1-9-1-Objectif

L'objectif du traitement antirétroviral est de rendre et maintenir la charge virale indétectable au mieux possible (<50 copies/mL) afin de maintenir et restaurer l'immunité (lymphocytes T CD4+ supérieur à 500/mm3), permettant d'augmenter l'espérance de vie et d'améliorer la qualité de vie des patients.

1-9-2- Classification

Il existe six classes d'ARV classés suivant leurs sites d'action :

- Les Inhibiteurs Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INTI)

Les INTI exercent une compétition avec les nucléosides naturels sur la transcriptase inverse et bloquent l'élongation de l'ADN viral.

- Les Inhibiteurs Non Nucléosidiques de la Transcriptase Inverse (INNTI)

Ils agissent sur le site allostérique de la transcriptase inverse en modifiant la configuration du site actif et le rendent inapte à remplir sa fonction de polymérase, ce qui arrête la formation de l'ADN pro viral [65].

-Les Inhibiteurs de la Protéase (IP)

Les IP du VIH agissent au niveau du processus d'assemblage des protéines virales nouvellement synthétisées en inhibant l'action de la protéase virale. Ce processus aboutit à la formation de virions immatures, lesquels sont incapables d'infecter de nouvelles cellules.

-Les Inhibiteurs de la fusion (IF)

Ils se fixent sur la gp41 empêchant ce dernier de remplir son rôle et inhibant ainsi la fusion des membranes et donc l'entrée du virus dans les cellules hôtes.

-Les Inhibiteurs de l'intégrase (INI)

Ils agissent en empêchant le virus d'intégrer son génome dans celui de la cellule cible.

-Les Inhibiteurs des co-récepteurs CCR5 et CXCR4 :

Ils inhibent de façon non compétitive les corécepteurs CCR5 et CXCR4 qui sont essentiels à l'entrée du virus dans les lymphocytes CD4.

1-9-3-Principes :

Le traitement antirétroviral est une trithérapie associant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et une troisième molécule appartenant à l'une des trois classes suivantes :

- ✓ Inhibiteurs de la protéase
- ✓ Inhibiteurs non nucléosidiques de la transcriptase inverse
- ✓ Inhibiteurs de l'intégrase

1-9-4-Schéma thérapeutique du traitement

Le traitement antirétroviral s'effectue en deux lignes [41] :

- ➢ Schéma de première ligne :

Il associe deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse.

- ➢ Schéma de deuxième ligne **:**

Il associe au moins 2 nouvelles molécules dont l'une issue d'une famille différente des familles utilisées en première ligne.

Les tableaux III et IV récapitulent les différents choix thérapeutiques dans les schémas de première ligne et de deuxième ligne du traitement ARV.

<u>Tableau</u> III: Choix de première ligne du traitement antirétroviral [66]

2 INTI	INNTI		Commentaires
ténofovirDF/ emtricitabine 1 cp/j	efavirenz 600 mg x 1	AI	Disponible en un comprimé/j
			Surveillance rénale. Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min
			Efavirenz à ne pas prescrire à des femmes enceintes ou susceptibles de le devenir
ténofovirDF/ emtricitabine 1 cp/j	rilpivirine 25 mg x 1	AI	Disponible en un comprimé/j
			Surveillance rénale. Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min
			Uniquement si CV < 5 log copies/mL
			Précaution si CD4< 200/mm³
			Prise au cours d'un repas
abacavir/ lamivudine 1 cp/j	efavirenz 600 mg x 1	AI	Efavirenz à ne pas prescrire à des femmes enceintes ou susceptibles de le devenir
			Uniquement si CV < 5 log copies/mL
			Uniquement si HLA-B*5701 négatif
2 INTI	**IP/r**		
ténofovirDF/ emtricitabine 1 cp/j	atazanavir/r 300/100 mg x 1	AI	Surveillance rénale rapprochée. Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min.
ténofovirDF/ emtricitabine 1 cp/j	darunavir/r 800/100 mg x 1	AI	Surveillance rénale rapprochée. Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min.
abacavir/ lamivudine 1 cp/j	atazanavir/r 300/100 mg x 1	AI	Uniquement si CV < 5 log copies/mL
			Uniquement si HLA-B*5701 négatif

<u>Tableau</u> IV: Choix de deuxième ligne pour le traitement antirétroviral [66]

2 INTI	INNTI		Commentaires
abacavir/ lamivudine 1 cp/j	rilpivirine 25 mg x 1	BII	Uniquement si CV < 5 log copies/mL
			Uniquement si HLA-B*5701 négatif
			Précaution si CD4< 200/mm³
			Prise au cours d'un repas
ténofovirDF/ emtricitabine 1 cp/j	névirapine 400 mg/j	BI	Surveillance rénale. Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min
			Si CD4 < 250/mm³ pour les femmes et < 400/mm³ pour les hommes
2 INTI	**IP/r**		
ténofovirDF/ emtricitabine 1 cp/j	lopinavir/r 400/100 mg x 2	BI	Surveillance rénale rapprochée. Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min
			Précaution si risque cardiovasculaire élevé
abacavir/ lamivudine 1 cp/j	lopinavir/r 400/100 mg x 2	BI	Précaution si risque cardiovasculaire élevé
abacavir/ lamivudine 1 cp/j	darunavir/r 800/100 mg x 1	BIII	
2 INTI	**INI**		
ténofovirDF/emtricitabine 1 cp/j	raltégravir 400 mg x 2	BI	Surveillance rénale. Précaution si clairance de la créatinine < 80 ml/min
			Raltégravir rarement source d'interactions médicamenteuses
			2 prises quotidiennes
			Coût élevé du raltégravir
abacavir/lamivudine 1 cp/j	raltégravir 400 mg x 2	BI	Raltégravir rarement source d'interactions médicamenteuses
			Deux prises quotidiennes
			Coût élevé du raltégravir

1-10-ASPECTS PSYCHOSOCIAUX DU VIH/SIDA CHEZ LES MERES SEROPOSITIVES EN AFRIQUE

1-10-1- Impacts sanitaire et social du VIH/SIDA

En Afrique, le VIH/SIDA est perçu par les femmes séropositives comme une maladie mortelle et stigmatisante. L'impact de l'infection se fait à plusieurs niveaux : sanitaire et social.

L'impact sanitaire est celui qui conduit à une destruction du système immunitaire et à une altération de l'intégrité physique de l'organisme. L'impact social quant à lui, s'évalue par la survenue de la honte, du déshonneur, de la répudiation, du divorce, et de la rupture du lien social [67].

1-10-2- Le choc psychologique de l'annonce du statut

L'annonce du résultat de la séropositivité au VIH entraine un choc psychologique très violent chez les femmes. Selon la psychologue Johanne de Montigny [68], les réactions psychologiques sont multiples, c'est d'abord « la peur de l'inconnu ». Les femmes se retrouvent devant une maladie qu'elles ne connaissent pas ou peu, et pour laquelle elles ne se sentaient pas concernées. Elles ne font pas la différence entre l'infection au VIH et le SIDA. Elles ont un sentiment d'urgence. Elles pensent qu'elles vont mourir dans les jours, les semaines à venir. Elles ont un sentiment de culpabilité, surtout si elles ont eu un comportement à risque.

Selon l'OMS, dans un document de présentation et de recommandations relatives au dépistage du VIH, l'annonce du résultat du test au VIH doit être incluse dans un programme de conseil pour le patient [69]. Ce programme de conseil vise quatre objectifs dont la finalité est de créer un cadre psychologique favorable afin d'amortir le choc de l'annonce du résultat :

- Permettre d'exprimer en toute confidentialité des préoccupations et des émotions à propos des risques et du comportement individuels.

- Clarifier les aspects techniques du test et évaluer la nécessité de le pratiquer.
- Examiner les implications des résultats du test pour l'individu et évaluer l'aptitude de cet individu à faire face à ces implications.
- Fournir appui, conseil et orienter le patient sur un centre spécialisé le cas échéant.

Dans une étude effectuée en Gambie, le programme de conseil consistait à préciser successivement aux femmes qu'elles avaient contracté un virus transmis sexuellement, qu'elles n'ont pas le SIDA mais pouvaient développer cette maladie ou transmettre le virus si elles ne protègent pas leurs rapports sexuels [70]. Ainsi, le programme s'attachait à définir la séropositivité, distincte de la maladie mais source de contamination d'autrui. Le conseil pré-test permet de renforcer les connaissances de la femme enceinte sur l'infection par le VIH, les modes de transmissions, sa perception subjective du risque et les méthodes de prévention. Il permet également de la préparer à un éventuel résultat positif en l'informant sur le processus de prise en charge et d'obtenir son consentement au test de dépistage.

Le consentement libre et éclairé des femmes [71, 72] avant l'exécution du test intervient également comme un paramètre déterminant dans l'acceptabilité de la séropositivité du résultat et de facto le choix d'un partage de l'information ou non [73, 74]. Si le dépistage de routine dans le cadre de la PTME se justifie en raison des enjeux de santé publique qu'engendre la transmission du VIH, on ne peut ignorer les conditions socioéconomiques caractérisées par la pauvreté, la rareté des soins de santé, l'inaccessibilité géographique et financière des centres de santé et des soins, et la stigmatisation des personnes atteintes du VIH/SIDA. Il est vrai que dans un contexte de soins, le processus de consentement écrit apparait comme complexe [75] ; de même, au Bénin le faible niveau de scolarité et d'alphabétisation des femmes enceintes complexifierait encore plus ce processus s'il devait être écrit. Ainsi, le consentement oral reste adéquat et nécessaire. Les femmes doivent donc comprendre les enjeux du dépistage avant de s'y engager car le vécu de la maladie est psychologiquement éprouvé [76].

1-10-4-Les difficultés du partage de l'information

Après le diagnostic, plusieurs femmes gardent leur statut sérologique secret. Plusieurs raisons sous-tendent ce silence des femmes devant le partage de l'information à leur entourage. La première est liée à la peur d'être rejetées, de ne plus être acceptées dans la famille, d'être reniées par cette dernière ou d'être répudiées par leurs conjoints. Il s'agit donc de la peur d'une rupture des liens familiaux et conjugaux. La deuxième raison qui conduit les femmes à taire leur séropositivité est le risque de divulgation de l'information par l'entourage, l'impossibilité pour l'entourage de garder secrète cette information. Cependant la peur que l'information soit divulguée ramène à celle de la rupture des liens sociaux car, à l'analyse, c'est bien pour éviter d'être blâmées par l'entourage et de se voir rejetées, que les femmes préfèrent garder secrète leur infection. Le refus d'informer l'entourage apparait donc comme une gestion des risques par les femmes [67].

Au-delà d'une menace imaginaire, ce risque représenté par le partage de l'information sur le statut sérologique demeure bien réel. En effet, plusieurs femmes qui ont informé leur entourage ont connu une rupture des liens sociaux, au niveau familial et surtout conjugal. Au niveau conjugal, les réactions du conjoint peuvent être très négatives (colère, violence, divorce). La probabilité de rejet de la part du mari est faible mais la crainte de ce rejet social et affectif reste forte et de nombreuses femmes choisissent de se taire, faisant ainsi le choix de porter seules le poids de ce secret [77].

Les femmes qui se découvrent séropositives doivent décider de ce qu'elles vont dire ou ce qu'elles vont taire à leur partenaire, et réenvisager leurs choix de procréation à la lumière de leur statut de séropositive pour le VIH [77].

1-10-5-Le désir d'autres enfants

Etre infectée par le VIH a pour la femme, des répercussions sur sa vie sexuelle mais aussi sur ses choix de procréation [77]. Face au risque de donner naissance à un

enfant, lui aussi infecté, couplé à celui de laisser des enfants orphelins, elle doit choisir entre arrêter de concevoir et avoir d'autres enfants. Cependant, sur un continent où la maternité reste un des piliers de l'identité féminine, le choix d'avoir d'autres enfants est rapidement pris [78].

Face à la menace que représente la séropositivité, un projet d'enfant est promesse de vie et d'avenir. C'est aussi pour la femme une façon de prouver aux autres et à elle-même qu'elle est en bonne santé, qu'elle peut mener une vie normale. Toutefois, les grossesses survenant chez des femmes qui se savent séropositives et qui ont déjà au moins un enfant sont sans doute, pour certaines d'entre elles, les fruits d'un choix socialement contraint. En Afrique, décider de ne plus avoir d'enfants expose en effet la femme à des risques sociaux, en particulier le risque, fréquemment formulé par les femmes vivant avec le VIH, d'être rejetée par le partenaire si celui-ci désir avoir des enfants. Lorsque la femme n'annonce pas sa séropositivité à son partenaire, il devient alors extrêmement difficile d'expliquer au mari comme à la belle-famille le refus d'une nouvelle grossesse, à moins que le couple n'ait déjà un nombre d'enfants estimé suffisant. Même lorsque le mari est au courant du statut sérologique de sa femme, il peut exister une pression de la part des belles-mères pour faire un autre enfant, et les femmes craignent que les belles-mères « n'influencent » leur mari et ne le poussent à divorcer ou à prendre une seconde épouse. Toujours dans le cas où les femmes cachent leur statut sérologique, ne plus être enceinte comporte aussi le risque d'être étiquetée comme une malade puisque non fertile. Mais au contraire, une nouvelle grossesse rassure l'entourage mais aussi la femme elle-même sur sa santé et sa fécondité. L'enfant à venir est ainsi donc à la fois gage de solidité pour le couple et gage de survie pour l'individu dans sa descendance [77].

Pour les femmes séropositives qui ont un fort désir d'enfant, ce désir est alimenté par le nombre d'enfants dans le couple (deux ou moins), le désir d'enfant chez le partenaire non informé du statut sérologique de la mère au VIH, le partenaire informé

qui refuse de se faire tester, la dépendance affective et économique de la mère au partenaire [79].

Pour celles qui ne manifestent pas de désir d'enfant, elles font prévaloir la santé personnelle, les difficultés actuelles pour surmonter les problèmes en relation avec le VIH (prise en charge et traitement). Elles ont en général plus de trois enfants et insistent sur le parcours long et difficile avant de trouver une structure de prise en charge pour les enfants [80].

1-10-6-Le choix de l'alimentation du nourrisson

L'allaitement est responsable de plus du tiers des cas de transmission du VIH de la mère à l'enfant en Afrique [81]. L'adoption d'une mesure de prévention de la transmission par l'allaitement a posé problème à plusieurs femmes avec le VIH.

En Afrique, l'allaitement est un acte public, pratiqué aux yeux de tous et tout changement dans l'alimentation du nourrisson implique, autour de la mère, l'avis de ceux qui ont autorité concernant l'éducation de l'enfant et de ceux qui ont le pouvoir économique : le père qui incarne le chef de famille. Plusieurs obstacles au choix de l'alimentation dans la prévention de la transmission du VIH par l'alimentation artificielle ont été identifiés : l'avis du conjoint, les aspects économiques et la pression sociale, qui reste le facteur le plus important [82].

La pression sociale s'exerce sur les femmes essentiellement sur deux plans : en imposant la pratique de l'allaitement maternel prolongé et en culpabilisant les femmes qui n'ont pas respecté cet usage, surtout si l'enfant tombe souvent malade. Qu'une femme n'allaite pas son enfant et choisisse le lait artificiel sera interprété par l'entourage comme une forme de gaspillage de ressources et de désintérêt envers l'enfant [83]. Pour préserver la santé de leur enfant, les femmes doivent mettre en œuvre des stratégies qui leur permettent de contourner la pression de l'entourage et de s'assurer un soutien économique, tout en protégeant la santé de leur enfant.

Parmi ces stratégies :

-médicaliser le choix de l'alimentation en donnant à leur entourage des raisons médicales pour justifier leur pratique. D'autres profitent de la survenue de symptômes mammaires parfois bénins qui ne les auraient pas empêchées d'allaiter en situation normale ;

-l'indépendance des femmes influe à un autre niveau sur la capacité à adopter une alternative à l'allaitement au sein : lorsqu'elles travaillent et ne peuvent amener leur bébé sur leur lieu de travail, l'usage du biberon est maternellement accepté et socialement justifié ;

-résister à la culpabilisation : les femmes sont parfois publiquement critiquées. Les mères sont d'autant plus sensibles à ces critiques qu'elles ne sont pas sûres de faire le meilleur choix pour la santé de leur enfant. De plus l'absence de perception précise du taux de transmission et donc de la probabilité associée au risque individuel amène les femmes dont l'enfant a été contaminé à penser qu'il ne l'aurait pas été si elles l'avaient sevré plus tôt. Plusieurs pères font preuve d'un désaccord avec la décision de la mère, celle-ci ne s'exprimant que dans le cas où l'enfant supporte mal le sevrage. Le silence est la stratégie de résistance la plus répandue ; cependant, il est difficile à vivre [67].

1-10-7-Dépression, anxiété et stress chez les femmes enceintes séropositives

La dépression est une maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur [84]. Elle entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante. Elle l'entraine parfois à des idées subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser [85].

L’anxiété est un état émotionnel anticipant un événement menaçant et caractérisé par des sentiments pénibles de peur, d’alerte, d’hypervigilance, d’appréhension et de crainte d’un danger imminent, associés à des manifestations neurovégétatives [86].

Les femmes enceintes vivant avec le VIH présentent un risque accru de développer des troubles de la santé mentale [87, 88], ce qui constitue une entrave à la recherche de soins, réduit l'observance du traitement [89] et induit des taux de mortalité plus élevés [90–92]. Parmi ces troubles, la dépression et l’anxiété prennent les premières places [93]. Dans une méta-analyse menée en Afrique subsaharienne sur *les maladies non transmissibles chez les personnes infectées par le VIH dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire*, les résultats avaient identifié une prévalence de 24% de dépression parmi les personnes vivant avec le VIH [88]. Les femmes séropositives au VIH sont amenées à souffrir de dépression et d'anxiété quand elles adaptent leur vie à cette maladie chronique, quand elles sont les victimes ou quand elles anticipent la stigmatisation ou quand elles gèrent les agents stressants permanents de la vie [94–96].

L’état de stress est une réaction intense, désagréable et dysfonctionnelle qui survient peu après un évènement traumatisant et terrifiant [97]. Les femmes enceintes comme la plupart des PVVIH sont sujettes au stress. La première source de stress pour ces femmes se trouve dans les questions existentielles sur l'avenir, la longévité et la qualité de vie. Ensuite arrivent les préoccupations professionnelles et financières, suivies des problèmes d'estime personnelle, d'amitié, de vie sociale et de santé [98].

1-11-PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH (PTME)

La PTME comporte toutes les actions permettant de diminuer ou d’empêcher la contamination du fœtus ou de l’enfant par la mère pendant la grossesse, l’accouchement ou l’allaitement [99].

A cet effet, trois stratégies peuvent être avancées [100] :

1-11-1-Prévention primaire du VIH chez les mères

La prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes repose sur la réduction du risque de transmission par voie hétérosexuelle. Ceci a un impact direct sur la TME et concerne aussi bien les femmes que les jeunes. Chez les femmes, les programmes de prévention ciblent les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ou allaitantes.

1-11-2-Prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH

Les efforts en matière de PTME se concentrent majoritairement sur la prévention de la transmission chez la femme séropositive au VIH et déjà enceinte. Mais les femmes infectées par le VIH bénéficient également de conseils en matière de santé de la reproduction afin d'adopter des choix éclairés quant à leur procréation, et d'adopter des comportements sexuels à faible risque [101]. Ceci s'intègre dans le conseil et le dépistage volontaire dans les services de planning familial ainsi que la promotion de l'utilisation de méthodes de prévention efficaces telle que l'utilisation des préservatifs afin d'éviter les grossesses non désirées.

1-11-3-PTME au cours de la grossesse

Au cours de la grossesse, des actions spécifiques de la PTME sont mises en œuvre de manière conjointe à deux niveaux : communautaire et sanitaire.

1-11-3-1-Niveau communautaire

Il s'agit d'orienter les femmes enceintes vers les consultations prénatales (CPN)

1-11-3-2-Niveau sanitaire

La structure sanitaire dispense les services de PTME à la femme enceinte. Ces services comportent le programme de conseil, la proposition du test pour dépistage du VIH. En cas de séropositivité, le service s'étendra aux actions spécifiques

notamment la prophylaxie, le traitement ARV, la pratique d'accouchement à moindre risque et les conseils relatifs à l'alimentation du nourrisson.

II-METHODOLOGIE

II-METHODOLOGIE

2-1-CADRE D'ETUDE

Notre étude s'est déroulée dans le sud du Bénin, à Cotonou, au sein de quatre centres de référence pour la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH, dont trois services de gynécologie-obstétrique et une clinique privée : la clinique médicale RACINES (Recherches, Actions Communautaires, Initiatives pour un Nouvel Espoir).

Il s'est agi de :

-La Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du CNHU-HKM (Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU Maga),

-Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHUZ/SL (Centre Hospitalier Universitaire de Zone SURU – LERE)

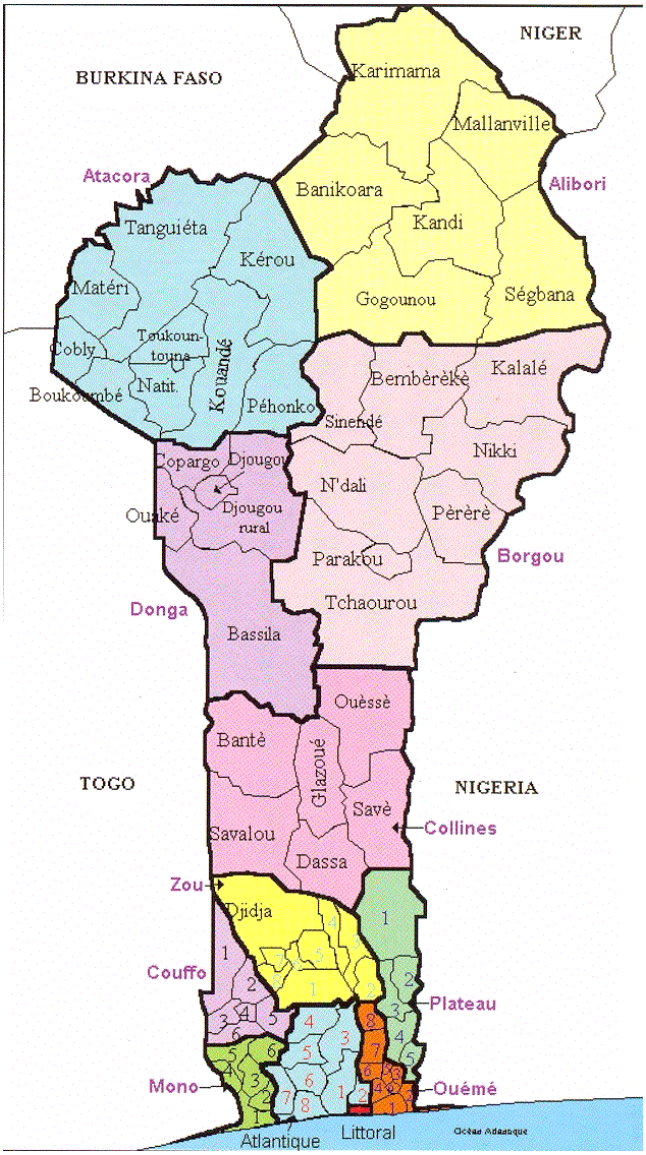
-Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-HIA (Hôpital d'Instruction des Armées, Centre Hospitalier et Universitaire)

-La clinique médicale RACINES

2-1-1-Présentation de la République du Bénin et de son système sanitaire

Le Bénin est un pays situé au sud de l'Afrique Occidentale ayant comme langue officielle de travail le français. Il couvre une superficie de 114.763 km^2 avec une population estimée à 12.114.193 habitants en 2020 selon les indicateurs de l'Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) [102]. Il est limité au Nord-Est par le Niger, au Nord-Ouest par le Burkina-Faso, à l'Est par le Nigéria, à l'Ouest par le Togo et au Sud par l'océan atlantique. Le territoire est subdivisé en douze (12) départements dont celui du Littoral. Il compte soixante-dix-sept (77) communes dont Cotonou et 546 arrondissements.

La figure 8 illustre le réseau départemental et communal de la République du Bénin.



<u>Figure</u> 8 Carte de la République du Bénin

Le système sanitaire du Bénin a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial et comprend trois niveaux : le niveau central ou national, le niveau intermédiaire et le niveau périphérique [103, 104]. En 2021 :

- Au niveau central ou national on distingue :
  - ✓ Le Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM),

- ✓ Le Centre National Hospitalier Universitaire de Pneumo-phtisiologie (CNHUPP),
- ✓ Le Centre National Hospitalier Universitaire Psychiatrique (CNHUP),
- ✓ Le Centre National Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL),
- ✓ Le Service d'Accueil Médical des Urgences (SAMU),
- ✓ L'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) de Cotonou,
- ✓ L'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS).

➢ Au niveau départemental ou intermédiaire, on distingue :

- ✓ Les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD),
- ✓ Les Centres Hospitaliers Universitaires Départementaux (CHUD),
- ✓ Les Centres de Traitement de l'Ulcère de Buruli dans les communes, d'Allada et de Pobè,
- ✓ Les Centres d'Information de Prospective et de Conseils (CIPEC),
- ✓ Les Antennes Départementales de la transfusion sanguine,
- ✓ Le Centre de Pneumo-phtisiologie d'Akron, et
- ✓ Le Centre de Traitement Anti Lèpre (CTAL).

➢ Le niveau périphérique est représenté par 34 zones sanitaires, c'est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système sanitaire. Il est constitué par un réseau de services publics et privés de premier contact, qui interagissent pour le bien-être des malades. L'hôpital public de référence encore appelé Hôpital de Zone (HZ) est appuyé par les Centres de Santé (CS) de Commune, les Unités Villageoises de Santé (UVS), les Centres de détection de la Tuberculose (CDT).

2-1-2-La Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du CNHU-HKM

La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique est l'une des grandes entités du CNHU-HKM de Cotonou. C'est l'une des deux maternités de référence nationale du Bénin, le deuxième étant le Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'enfant Lagune (CHU-MEL). Elle a ouvert ses portes en 1978.

- ✓ Les infrastructures

La CUGO compte trois secteurs : le secteur de la consultation, le secteur technique et le secteur d'hospitalisation. Sa capacité d'accueil est de 60 lits.

- ✓ Le secteur de consultation :

Il comprend :

- ✓ Des bureaux pour le chef service, pour le sécrétariat, la caisse, la surveillante et les consultations sages-femmes ;
- ✓ Une salle d'archives des dossiers ;
- ✓ Une salle de cours et de réunion ;
- ✓ Un couloir servant de hall d'attente ;
- ✓ Une salle d'explorations fonctionnelles : échographie gynécologique et obstétricale, colposcopie ;
- ✓ Une salle d'information, d'éducation et de communication qui sert d'accueil des malades et de vaccination de nouveau-nés ;
- ✓ Une salle de prise en charge de femmes vivantes avec le VIH ;
- ✓ Une salle de planning familial et orthogénie ;
- ✓ Six cahiers de consultations prénatales, post natales et gynécologiques.

- ✓ Le secteur technique

Il comprend :

- ✓ Une salle de réception des urgences ;
- ✓ Trois salles d'opérations dont une réservée aux interventions septiques ;
- ✓ Une salle d'AMIU (Aspiration Manuelle Intra Utérine) ;
- ✓ Une salle de dilatation ;
- ✓ Une salle de dystocie ;
- ✓ Une salle d'accouchement à cinq box.

On y retrouve aussi un bureau de surveillance, des salles de garde des sages-femmes, de l'infirmier du bloc, de l'anesthésiste et des aides-soignants.

- ✓ Le secteur d'hospitalisation

Il comprend :

- ✓ Une unité de soins intensifs contenant 12 lits ;
- ✓ Trois pavillons de salles d'hospitalisations ;
- ✓ Une salle de pansement ;
- ✓ Des bureaux pour surveillante, médecins, DES et étudiants en médecine.

- ✓ Les ressources humaines

Le personnel de la CUGO est composé de :

- ✓ Un professeur titulaire de gynécologie et d'obstétrique qui est le chef service
- ✓ Un (1) Maitre de Conférence Agrégé de gynécologie et d'obstétrique ;
- ✓ Six(6) gynécologues obstétriciens praticiens hospitaliers ;
- ✓ Trente-quatre (34) sages-femmes diplômées d'Etat ;
- ✓ Trente-huit (38) aides-soignantes ;
- ✓ Une (1) secrétaire ;
- ✓ Cinq (5) agents administratifs.

Les infirmières et sages-femmes employées en néonatologie sont supervisées par un pédiatre Professeur Assistant détaché du service de pédiatrie.

Ce personnel est appuyé dans son travail par des étudiants sages-femmes, des étudiants infirmiers, des étudiants en médecine, des médecins en cours de spécialisation, les internes des hôpitaux, tous en stage de soins et de recherche.

- ✓ Les activités

Elles comprennent les consultations prénatales, postnatales, et gynécologiques, les accouchements, les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales, la vaccination et les prestations de planification familiale, le dépistage des cancers du col de l'utérus, les activités liées à la PTME et la réalisation d'échographies ainsi que les activités de recherche et d'enseignement.

2-1-3-Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHUZ/SL

Le CHUZ-SL, anciennement hôpital de zone de kowégbo, est érigé en centre hospitalier universitaire de zone par décret N°2014-530 du 25 Août 2014. De par son statut, il assure en plus des soins, la formation des étudiants, des médecins en spécialité et la recherche. Il est une structure sanitaire publique à caractère social qui a pour mission la dispensation des soins curatifs, préventifs et promotionnels de bonne qualité, à coût réduit aux populations de la zone sanitaire de Cotonou II, Cotonou III et environs. Il est constitué de plusieurs services notamment :

- ✓ La chirurgie
- ✓ La pédiatrie
- ✓ La médecine
- ✓ L'ORL
- ✓ L'ophtalmologie
- ✓ La gynécologie-obstétrique.

Situé sur le versant Est de l'hôpital, le service de gynécologie-obstétrique est une des grandes entités du CHUZ/SL. Il comporte quatre secteurs d'activités à savoir :

- ✓ Le secteur des consultations prénatales,

- ✓ Le secteur des hospitalisations,
- ✓ Le secteur de dépistage et
- ✓ Le secteur de la planification familiale.

Le service dispose d'un personnel constitué de :

- ➢ Sept (7) gynécologues
- ➢ Vingt-six (26) sages-femmes
- ➢ Six (6) infirmières et
- ➢ Dix (10) aides-soignants.

Le personnel assure plusieurs activités : les consultations prénatales et postnatales, les accouchements, les prestations de planification familiale et de dépistage du VIH et des IST.

2-1-3-Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-HIA

L'Hôpital d'Instruction des Armées-Centre Hospitalier Universitaire de Cotonou est une structure sanitaire publique de référence dont la mission principale est la prise en charge des militaires, leurs familles ainsi que les civiles. Il est composé de plusieurs services dont les services de :

- ✓ Urgences
- ✓ Anesthésie- Réanimation et Accueil des Urgences
- ✓ Médecine générale
- ✓ Cardiologie
- ✓ Ophtalmologie
- ✓ Pédiatrie
- ✓ Chirurgie Viscérale
- ✓ Traumatologie ;
- ✓ Dermatologie
- ✓ Neurochirurgie
- ✓ Urologie
- ✓ Service Social

- ✓ Psychiatrie
- ✓ Gynécologie-Obstétrique

Situé à quelques dizaines de mètres de l'entrée principale dudit hôpital déviant à gauche, le service de Gynécologie-Obstétrique est animé par des gynécologues obstétriciens, des sages-femmes et infirmier (ères) militaires et civils.

Ce service est constitué de :

- ✓ Un secrétariat ;
- ✓ Trois (03) salles de consultations prénatales (CPN) ;
- ✓ Une (01) salle d'échographie ;
- ✓ Une salle (01) salle d'accueil ;
- ✓ Une salle (01) salle de soins intensifs ;
- ✓ Des salles d'hospitalisation ;
- ✓ Un (01) bloc opératoire ;
- ✓ Une (01) salle de pansement ;
- ✓ Une (01) salle de planification familiale (PF) + dépistage du VIH.

2-1-4-La clinique médicale de l'ONG RACINES

La clinique médicale RACINES est située dans la ville de Cotonou, au quartier Agla Akplomey à 500 mètres de la pharmacie Cristal santé. Ses différents domaines d'intervention sont la prise en charge de personnes vivantes avec le VIH en population générale et dans la communauté (Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transgenres, Queers), la santé sexuelle et reproductive, la nutrition et les consultations de toutes personnes ordinaires.

C'est donc un site de prise en charge des PVVIH mais elle reçoit également les personnes présentant d'autres problèmes de santé. La clinique dispose de plusieurs services qui interagissent afin de permettre le suivi et la prise en charge adéquate des PVVIH. Au nombre de ces services on distingue :

- ✓ l'accueil,

- ✓ la maternité,
- ✓ le service de nutrition,
- ✓ la psychologie,
- ✓ la pharmacie,
- ✓ le laboratoire.

Le service médical de la clinique reçoit et assure le suivi clinique et biologique des HSH (Hommes ayant des rapports Sexuels avec des Hommes) depuis l'année 2018 à ce jour. Elle leur propose entre autres services : la prise en charge du VIH, le traitement des IST, le dépistage mensuel du VIH et la vaccination contre l'hépatite B ainsi que la cautérisation des condylomes.

Le service psychologique s'occupe de l'Education Thérapeutique d'Initiation (ETI) aux nouveaux patients dépistés positifs au VIH. Des séances d'IEC sont organisées trimestriellement pour renforcer les connaissances de cette population vulnérable sur la Santé Sexuelle reproductive (SSR). Au terme de ces séances les HSH sont dépistés afin de connaitre leur statut sérologique. Des pères éducateurs des réseaux de la communauté LGBTQ (lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Transgenres, Queers) présents sur les sites effectuent des dépistages mensuels pour une détection des cas. La clinique dispose également de médiateurs dont le rôle est la recherche des cas perdus de vues. La pharmacie dispense les ARV et d'autres médicaments pour le traitement d'autres affections les IST et les infections opportunistes.

2-METHODE D'ETUDE

2-1- TYPE D'ETUDE ET PERIODE DE L'ENQUETE

Nous avons effectué une étude transversale descriptive et analytique. Elle s'est étendue sur une période de deux (02) mois environs, allant du 13 décembre 2021 au 11 Février 2022.

2-2-POPULATION D'ETUDE

L'étude a porté sur :

-Les femmes mères depuis moins de 2 ans, séropositives pour le VIH connues ou dépitées au cours de leur dernière grossesse, suivies dans l'un ou l'autre des sites de l'étude.

-Les femmes enceintes au cours de la période d'étude, connues séropositives pour le VIH ou nouvellement dépistées positives.

2-2-1-CRITERES D'INCLUSION

Ont été incluses dans l'étude :

-Les mères depuis moins de 2 ans séropositives au VIH

-Les gestantes séropositives au VIH.

-Consentant à participer à l'étude

2-2-2-CRITERES DE NON INCLUSION

-Les femmes mères depuis plus de 2 ans

-Les femmes non consentantes

2-3-ECHANTILLONNAGE

Nous avons procédé à un recensement exhaustif de toutes les femmes répondant aux critères de l'étude en utilisant les registres des services de PTME des sites de l'étude.

2-3-1-VARIABLES

2-3-1-1-Variables dépendantes

Deux catégories de variables dépendantes ont été abordées dans notre étude, relatives aux troubles de la santé mentale induits par la séropositivité au VIH.

- Les troubles émotionnels

-L'anxiété

-Le stress

- Les troubles psychiatriques

-La dépression

2-3-1-1-Variables indépendantes

- Données sociodémographiques

-nationalité, âge, situation matrimoniale, niveau d'instruction, profession, taille de la fratrie, ethnie, résidence.

- Données relatives aux circonstances de découverte du statut

-terme de la grossesse, période de découverte, personnel médical ayant fait l'annonce, réaction à l'annonce, type de VIH, voie de contamination.

- Données relatives au partage de l'information

-partage au conjoint, partage à un proche, crainte du partage, raisons de la crainte, statut du conjoint, réaction du conjoint à l'annonce.

- Données relatives au soutien pendant la grossesse

-soutien du conjoint.

- Données relatives aux facteurs influençant le comportement des femmes après l'accouchement

-qualité de vie après découverte du statut, statut de l'enfant, choix d'alimentation, désir de nouvelles grossesses.

Définition de quelques items

- ✓ Partage du statut avec un proche

Nous entendons par proche le père, la mère, le frère, la sœur, une tante, un oncle, la grand-mère, la belle-sœur, le beau-frère, ou la belle-sœur.

- ✓ Raisons du non-partage du statut

Nous avons étudié dans cette étude trois raisons pouvant expliquer le non partage du statut par la femme : la peur de la séparation du conjoint, la peur de la divulgation à l'entourage et la peur du rejet par la famille.

- ✓ Réaction du conjoint

Deux réactions possibles avaient été envisagées : une réaction positive et une réaction négative.

La réaction était jugée positive si le conjoint

-Acceptait la séropositivité comme une fatalité ou ;

-Ne culpabilisait pas sa femme ou ;

-S'inquiétait de la santé de sa femme ou ;

-Décidait de faire le test HIV

La réaction était jugée négative dans le cas contraire.

- ✓ Soutien du conjoint

La femme était jugée soutenue si après l'annonce de la séropositivité, le mari :

-Continuait de partager la chambre et le lit ou ;

-Continuait d'avoir des rapports sexuels ou ;

-Communiquait toujours avec elle.

La femme était jugée non soutenue dans le cas contraire.

2-3-2-TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNEES

Un questionnaire individuel semi-directif a été proposé aux femmes. Le questionnaire était entièrement numérisé avec le logiciel KoBocollect. Au questionnaire d'enquête nous avons joint deux outils.

- ✓ ***HAD : Hospital Anxiety and Depression scale (Echelle de dépression et Anxiété)***

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété et sept autres à la dimension dépressive, permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21). À chaque question est attribuée une

note de dépression ou d'anxiété. La note totale de chaque catégorie est comparée au tableau ci-dessous.

Tableau V : Tableau d'interprétation des résultats de l'échelle HAD

Interprétation	**Dépression**	**Anxiété**
Absence de symptomatologie	**0-7**	**0-7**
Symptomatologie douteuse	**8-10**	**8-10**
Symptomatologie certaine	**11-21**	**11-21**

- ✓ ***PSS* : *Perceived Stress Scale (Echelle de stress*)**

La PSS est une échelle de mesure du stress perçu adaptée de Cohen et Williamson. Au travers de dix questions, elle permet d'évaluer rapidement le niveau de stress. Les réponses aux questions sont cotées de 1 à 5. La somme des réponses obtenues permet de situer le niveau de stress de l'individu.

L'interprétation du score se fait comme suit :

-score inférieur à **15** : absence de stress

-score compris entre **15** et **21** : stress léger

-score compris entre **21** et **26** : stress modéré

-score supérieur à **27** : stress sévère

2-3-3-ORGANISATION DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Nous avons obtenu la liste et le contact des femmes par le biais des registres de PTME des centres concernés. Nous sommes ensuite entrés en contact avec elles via un appel téléphonique pour les informer de l'enquête et pour obtenir leur consentement à participer à l'étude. Lorsque l'adhésion a été obtenue, un rendez-vous a été fixé avec chacune d'elle, selon sa disponibilité afin de la rencontrer pour l'entretien. Les rencontres ont été effectuées dans les centres de suivi des femmes afin de créer un climat de confiance et faciliter l'entretien. La collecte des données s'est faite sur une période de 30 jours. Plusieurs difficultés ont été rencontrées dont la plus importante reste la difficulté à établir une relation de confiance avec chaque femme. L'aide du personnel soignant des centres d'étude a été déterminante dans l'établissement du climat de confiance. En effet, nous les appels téléphoniques ont été effectuées par un personnel du centre de prise en charge, ce qui a facilité la reconnaissance des femmes. Ensuite le personnel soignant nous a présenté aux femmes facilitant ainsi notre introduction pour l'étude.

2-3-4-ANALYSE DES DONNEES

L'analyse des données a été effectuée avec le logiciel Epi Info version 7. Les variables quantitatives sont exprimées sous forme de moyenne et les variables qualitatives sous forme de fréquence.

Le test de CHI^2 de Pearson avec calcul de la p-value nous a servi à évaluer la corrélation entre les différentes variables. Nous avons considéré la corrélation significative pour une valeur de p inférieure ou égale à 0,05. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques.

2-3-5-CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Nous avons adressé une demande d'avis éthique pour la réalisation de notre étude auprès du Comité Ethique pour la Recherche en Sciences de la Santé afin de nous

assurer de sa conformité aux normes éthiques. Les informations ont été recueillies après le consentement éclairé des patientes. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés**.**

III-RESULTATS

Pendant la période d'étude nous avons enquêté 103 femmes. Parmi elles, 102 (99%) ont consenti à participer à l'étude et 1 (1%) avait refusé.

3-1-RESULTATS DESCRIPTIFS

3-1-1-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES MERES

3-1-1-1-Nationalité

Quatre-vingt-douze femmes (92%) de notre étude étaient d'origine béninoise.

La figure 9 montre la répartition des femmes selon leur nationalité.

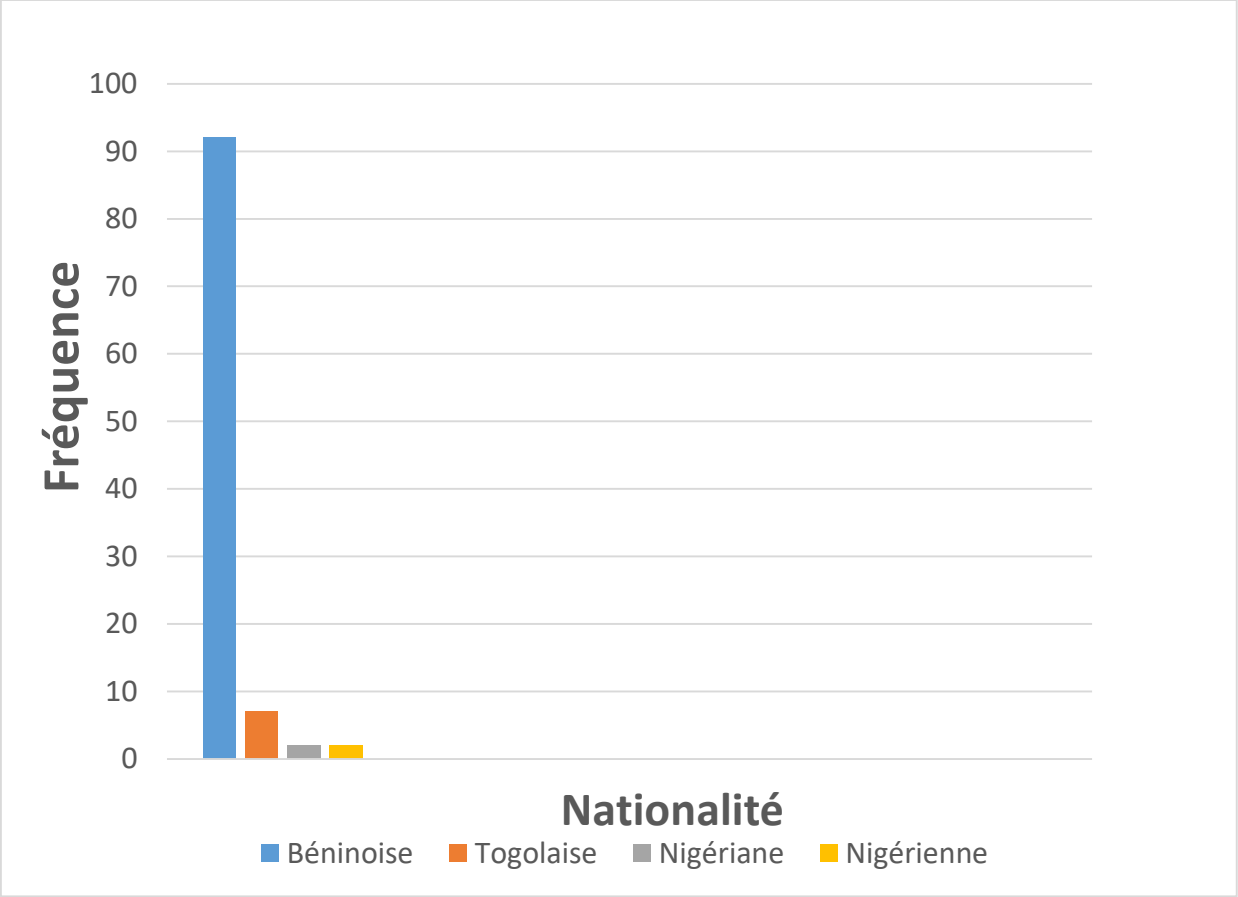
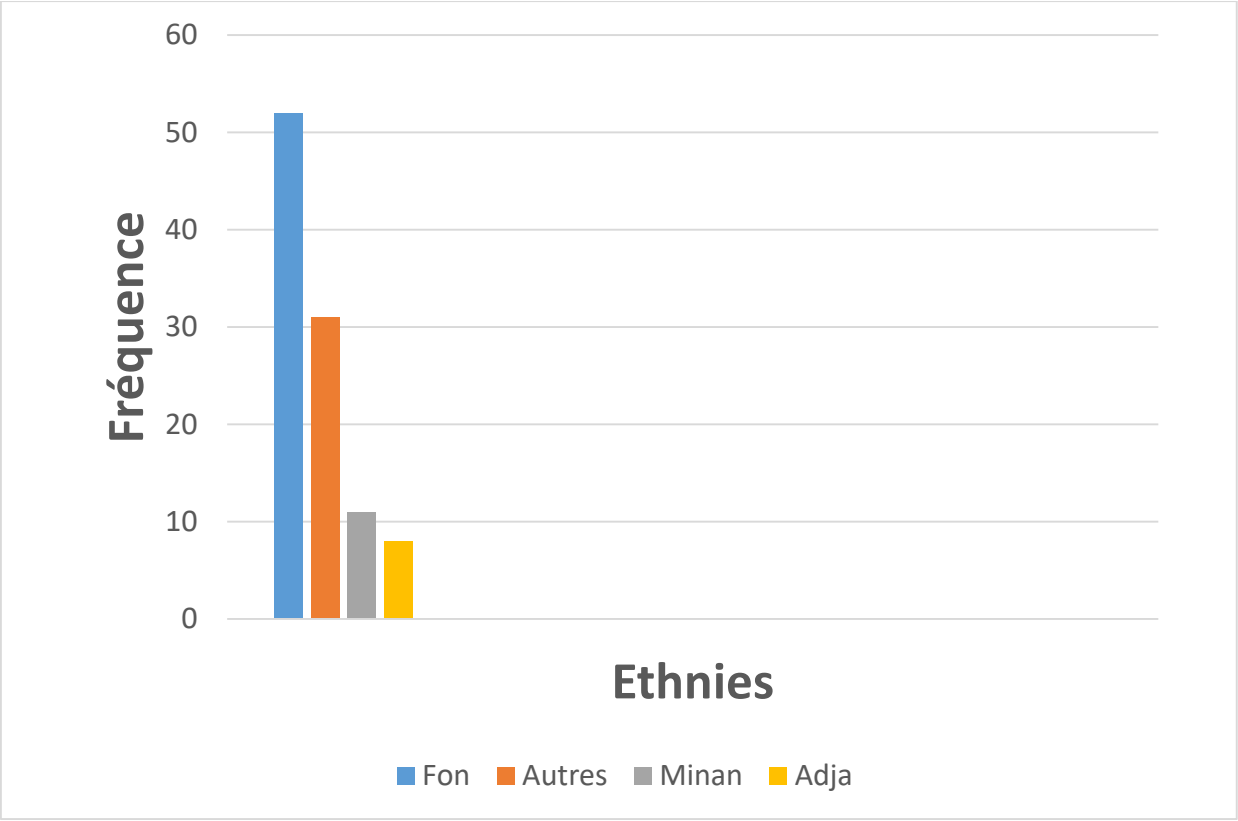


Figure 9 : Répartition des femmes selon la nationalité

3-1-1-2-Ethnie

Les ethnies les plus représentées dans l'étude étaient les Fons. Les autres ethnies étaient constituées des Gouns, des Yorubas, et les Dendi.

La figure suivante montre la répartition des femmes enquêtées selon leur ethnie.



<u>Figure n°10</u> : Répartition des femmes selon l'ethnie

3-1-1-3-Âge

La répartition de l'âge des femmes se présente comme suit :

Tableau VI Répartition des femmes selon l'âge

	Fréquence	%	% cum
18 à 25 ans	15	14,7 %	14,7 %
25 à 40 ans	78	76,5 %	91,2 %
40 à 55 ans	9	8,8 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

La tranche d'âge la plus représentée est 25 à 40 ans. L'âge moyen des femmes était de 32,5 ans.

3-1-1-4-Résidence

Le tableau VII indique la répartition des femmes selon leur résidence.

Tableau VII Répartition des femmes selon la résidence

	Fréquence	%	% cum
Cotonou	57	55,9 %	55,9 %
Abomey-Calavi	28	27,5 %	83,4 %
Autre	17	16,6 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

La majorité des femmes résidait à Cotonou.

3-1-1-5-Niveau d'instruction

Le tableau VIII indique le niveau d'instruction des femmes de l'étude.

Tableau VIII Répartition des femmes selon leur niveau d'instruction

	Fréquence	%	%Cum
Non scolarisée	13	12,7 %	12,7 %
Primaire	26	25,5 %	38,2 %
Secondaire	43	42,2 %	80,4 %
Supérieur	20	19,6 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

12,7% de la population d'étude n'était pas instruite.

3-1-1-6-Situation matrimoniale

Le tableau IX répartit la situation matrimoniale des femmes enquêtées.

Tableau IX Répartition des femmes selon la situation matrimoniale

	Fréquence	%	%Cum
Mariée régime monogame	55	53,9 %	53,9 %
Mariée régime polygame	19	18,6 %	72,5 %
Union libre	14	13,8 %	86,3 %
Célibataire	13	12,7 %	99,0 %
Veuve	1	1,0 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

La majorité des femmes était mariées (72,5%), dont 53% vivaient dans un régime monogamique. 13 femmes étaient célibataires et 14 vivaient en union libre.

3-1-1-7-Profession

Le tableau ci-dessous indique la profession des femmes.

<u>Tableau X</u> Répartition des femmes selon la profession

	Fréquence	%	% cum
Commerçante	34	33,3 %	33,3 %
Ménagère	23	22,5 %	55,8 %
Autre	23	22,5 %	78,3 %
Fonctionnaire	22	21,7 %	100,0 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

La profession la plus représentée était les commerçantes (33%) tandis que la profession la moins représentée était les fonctionnaires (21%).

3-1-1-8-Taille de la fratrie

Le tableau XI montre la répartition des femmes en fonction du nombre d'enfants déjà conçus dans le couple au moment de l'enquête.

<u>Tableau XI</u> Nombre d'enfants dans chaque famille

	Fréquence	%	%Cum
Plus de deux enfants	52	51,0 %	51,0 %
Deux enfants	26	25,6 %	76,6 %
Un enfant	20	19,4 %	96,0 %
Aucun	4	4,0 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

Plus de la moitié des femmes (50,98%) avaient plus de 2 enfants, 25% avaient exactement 2 enfants, et 3% d'entre elles n'avaient pas d'enfants.

3-1-2-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES CONJOINTS

Nous étudierons dans ce sous-chapitre les caractéristiques sociodémographiques des conjoints des femmes de l'étude.

3- 1-2-1-Âge

Le tableau XII montre la répartition des conjoints selon leur âge.

<u>Tableau XII</u> Répartition des conjoints selon l'âge

	Fréquence	%	% Cum
18 à 25 ans	4	3,9 %	3,9 %
25 à 40 ans	85	83,3 %	87,2 %
40 à 55 ans	13	12,8 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

La tranche d'âge la plus représentée chez les conjoints est 25 à 40 ans.

3-1-2-2-Niveau d'instruction des conjoints

Le tableau XIII montre la répartition des conjoints selon leur niveau d'instruction.

Tableau XIII Répartition des hommes selon le niveau d'instruction

	Fréquence	%	%Cum
Non scolarisé	15	14,7 %	14,7 %
Primaire	16	15,7 %	30,4 %
Secondaire	51	50,0 %	80,4 %
Supérieur	20	19,6 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

50% des hommes avaient étudié jusqu'au niveau secondaire tandis que 14% d'entre eux n'avaient pas été scolarisés.

3-2-RESULTATS ANALYTIQUES

3-2-1-CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

Nous étudierons dans cette section les circonstances dans lesquelles la découverte de la séropositivité de la femme a été faite.

3-2-1-1-Terme de la grossesse

Le tableau XIV répartit le terme de la grossesse pour les femmes enceintes enquêtées et celles qui ont déjà accouché au moment de l'enquête.

Tableau XIV Répartition des femmes selon le terme de la grossesse

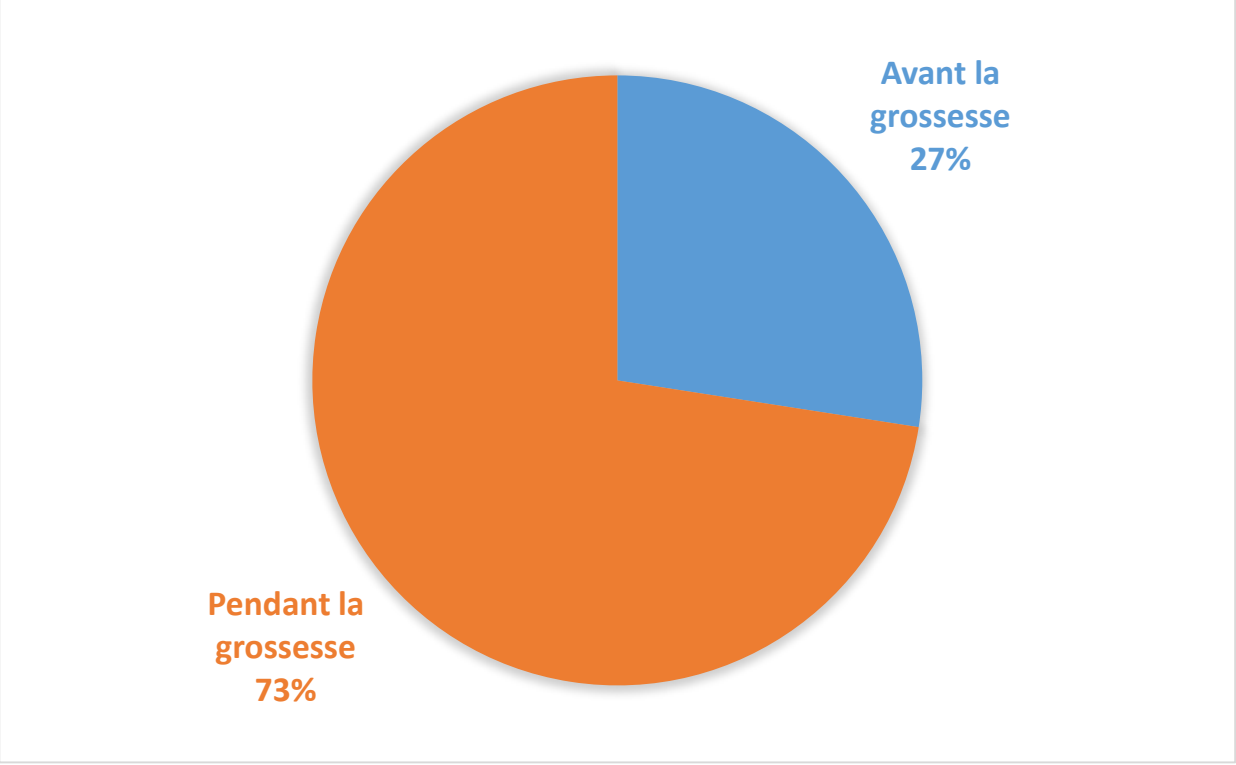
	Fréquence	%	%Cum
1er trimestre	4	3,9 %	3,9 %
2eme trimestre	13	12,8 %	16,7 %

3eme trimestre	4	3,9 %	20,6 %
Déjà accouché	81	79,4 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

La majorité des femmes enquêtées (79%) avait déjà accouché au moment de l'enquête. 3,92% d'entre elles étaient encore au premier trimestre, 12,75% au deuxième trimestre et 3,92% au troisième trimestre.

3-2-1-2-Période de découverte de la séropositivité au VIH

La figure ci-dessous illustre le moment où la découverte du statut s'est produite : avant ou pendant la grossesse.



<u>Figure 11</u> Répartition des femmes d'après la période de découverte de la séropositivité

La majorité des femmes (73%) avait découvert leur séropositivité pendant leur grossesse. Le reste (27%) l'avait découvert avant la grossesse ou dans le post-partum.

3-2-1-3-Personnel médical qui a annoncé le résultat

Le tableau XV montre la répartition du personnel médical qui a annoncé le résultat du test.

Tableau XV Répartition du personnel médical qui a annoncé le résultat du test

	Fréquence	%	% Cum
Sage-femme	58	56,9 %	56,9 %
Infirmier	24	23,5 %	80,4 %
Médecin	20	19,6 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

Le résultat du test a été annoncé par des sages-femmes dans plus de la moitié des cas (57%). Le reste des femmes (43%) l'a appris par un infirmier ou un médecin.

3-2-1-4-Réaction à l'annonce du statut

La figure 12 montre la réaction des femmes à la révélation du résultat du test par le personnel médical.

La majorité des femmes (73%) avait déclaré avoir ressenti un choc émotionnel vif. 19% avait ressenti de la peur et 9% avait déclaré ne pas avoir cru et refusé d'accepter le résultat du test.

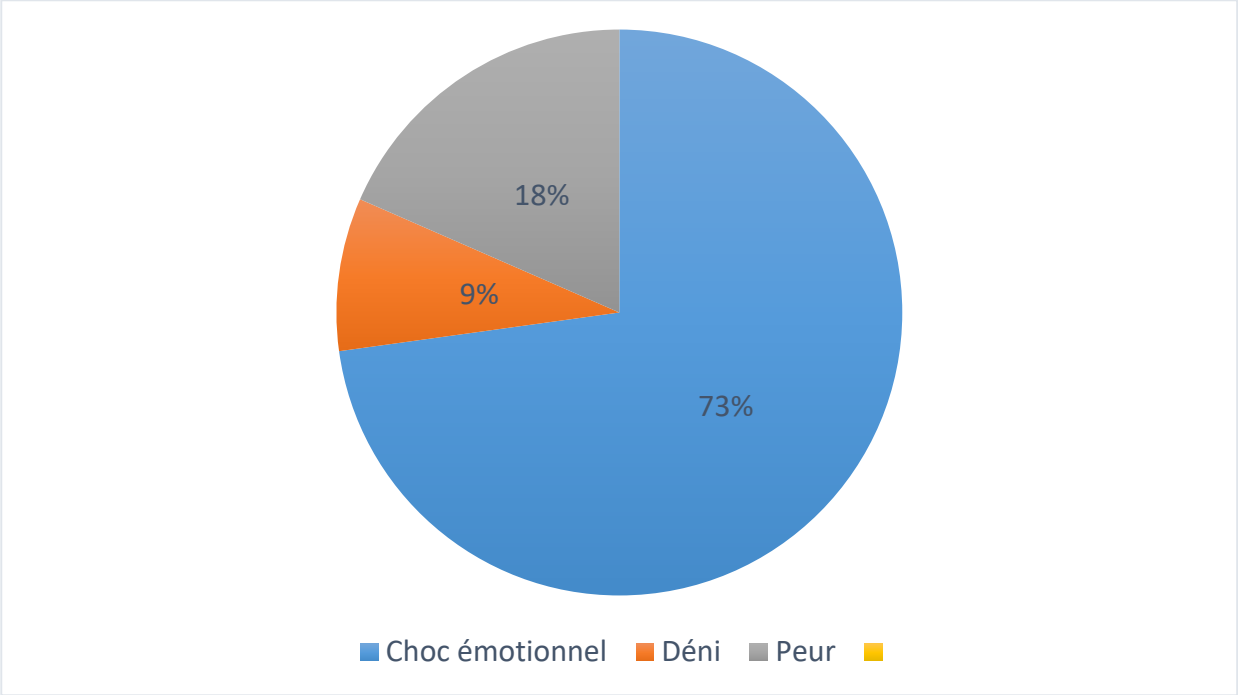


Figure 12 Réaction des femmes à l'annonce du résultat de la sérologie VIH

3-2-1-5-Types de VIH

Le tableau XVI montre la répartition des femmes en fonction du type de VIH : 1, 2 ou 1 et 2

Tableau XVI Répartition des femmes selon le type de VIH

	Fréquence	%	% Cum
HIV 1	33	32,3 %	32,3 %
HIV 2	2	2,0 %	34,3 %
HIV 1+2	1	1,0 %	35,3 %
Inconnu	66	64,7 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

64% des femmes n'étaient pas informées du sérotype de VIH. 33 femmes (32%) étaient infectées au VIH1, 2 femmes (1%) étaient infectées au VIH2 et une seule (0,9%) était infectée aux deux souches du VIH à la fois.

3-2-1-6-Anxiété au moment du dépistage

Le tableau XVII montre la répartition des femmes selon qu'elles avaient développé une anxiété au moment du dépistage ou non.

Tableau XVII Répartition des femmes selon la présence d'anxiété au moment du dépistage

	Fréquence	%	% Cum
Oui	96	94,1 %	94,1 %
Non	6	5,9 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

Une forte proportion des femmes (94%) était anxieuse au moment de la réalisation du test. Celles qui n'avaient pas été anxieuses (5%) avaient déclaré ne pas l'avoir été car elles étaient confiantes que le résultat du test serait négatif.

3-2-1-7-Voie de contamination présumée

Le tableau XVIII montre la répartition des femmes selon la voie de contamination par le virus.

Tableau XVIII : Répartition des femmes selon la voie de contamination présumée

	Fréquence	%	%Cum
Inconnu	79	77,4 %	77,4 %
Voie sexuelle	15	14,7 %	92,1 %
Voie sanguine	5	4,9 %	97,0 %
Voie materno-fœtale	3	3,0 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

La plupart des femmes (77%) étaient ignorantes de leur voie de contamination par le virus. 15 femmes (15%) avaient déclaré avoir été contaminé par voie sexuelle, 5 (5%) par voie sanguine, et 3 (3%) par voie materno-fœtale.

3-2-2- PARTAGE DE L'INFORMATION

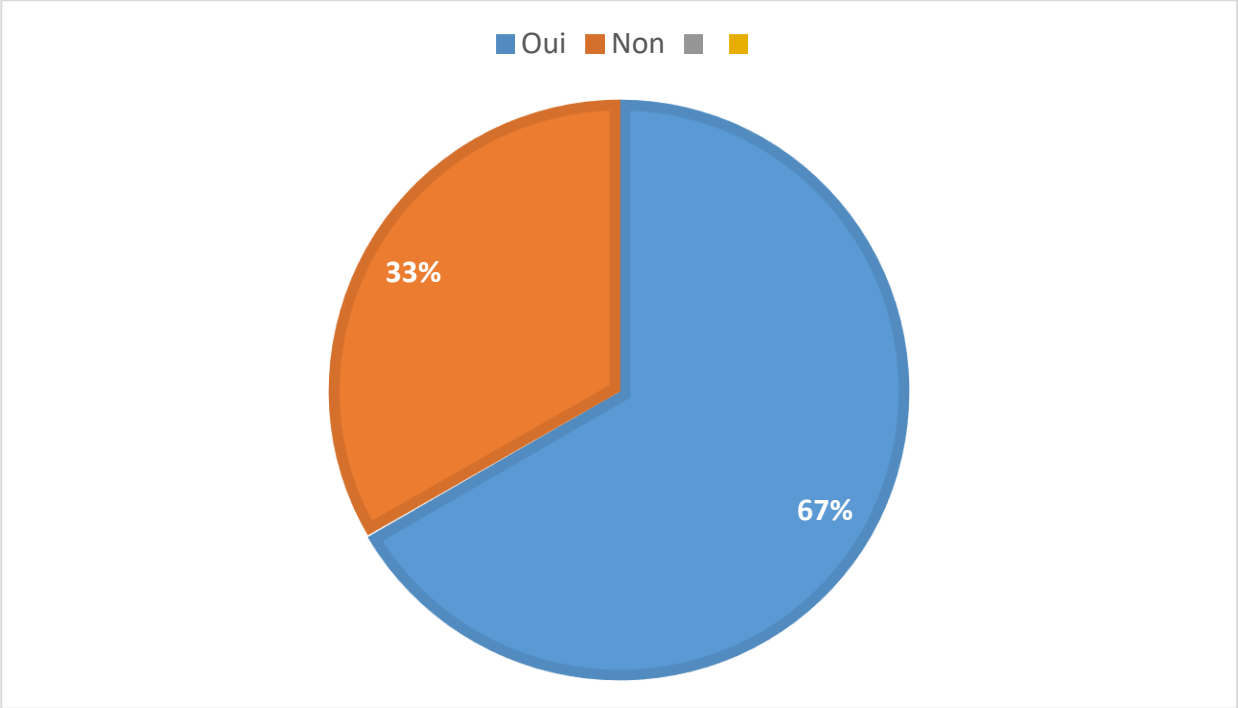
Ce sous chapitre traite des données relatives au partage du statut sérologique avec le conjoint et les parents proches.

3-2-2-1-PARTAGE DU STATUT AVEC LE CONJOINT ET L'ENTOURAGE

3-2-2-1-1-Partage de l'information avec le conjoint

La figure 13 montre la répartition des femmes qui avaient partagé l'information à leur conjoint.

Plus de la moitié des femmes (67%) avaient informé leur conjoint de leur statut sérologique.



<u>Figure 13</u> : Répartition des femmes ayant partagé l'information au conjoint

3-2-2-1-2-Partage de l'information à un proche autre que le conjoint

La figure 14 indique la répartition des femmes qui ont partagé leur statut avec un parent proche de leur entourage en dehors du conjoint.

La grande majorité des femmes (83%) n'avaient pas partagé l'information à un proche en dehors du conjoint. Seules 17% l'avaient fait. Les parents proches qui étaient informés étaient la mère, le père ou la sœur.

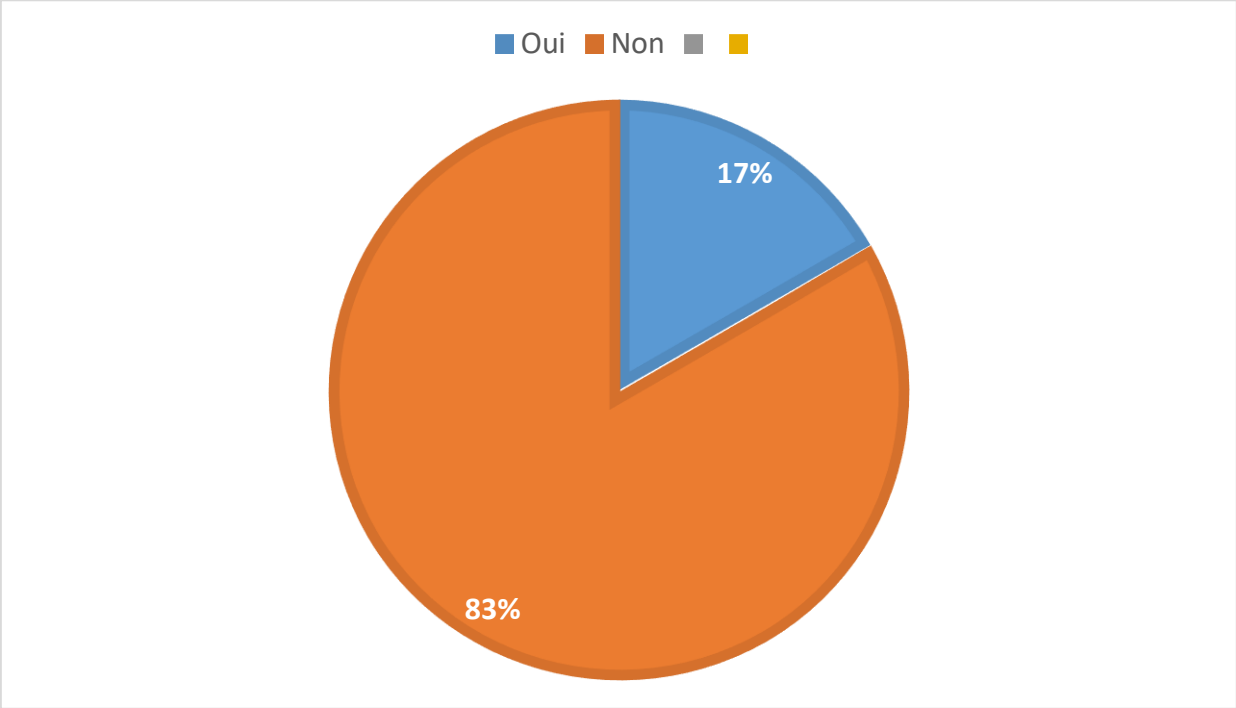


Figure 14 Partage du statut à un proche de la famille autre que le conjoint

3-2-2-1-3-Femmes ayant partagé l'information

Le tableau XIX résume la répartition des femmes qui avaient partagé leur statut au conjoint ou à une personne de l'entourage ainsi que celles qui ne l'avaient pas fait.

Tableau XIX : Répartition des femmes qui ont partagé l'information

	Partage du statut au conjoint		
Partage du statut à un proche	**Non**	**Oui**	**Total**
Non	21 (20,5%)	64 (62,7%)	85 (83,3%)
Oui	13 (12,7%)	4 (3,9%)	17 (16,7%)
Total	34 (33,3%)	68 (66,7%)	102 (100%)

Soixante-huit femmes (66,7%) avaient partagé leur statut, soit avec l'entourage soit avec le conjoint. Quatre d'entre elles (3,9%) avaient informé à la fois leur conjoint et l'entourage. Vingt et une (20,5%) n'avaient informé ni le conjoint ni l'entourage.

3-2-2-1-4-Crainte du partage du statut

Le tableau XX montre la répartition des femmes selon qu'elles craignaient de partager le statut ou non.

Tableau XX Répartition des femmes selon la crainte du partage du statut

	Fréquence	%	%Cum
Oui	85	83,3 %	83,3 %
Non	17	16,7 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

Quatre-vingt-cinq femmes (83%) femmes avaient affirmé avoir eu peur de révéler leur statut.

3-2-2-1-5-Raisons de la crainte du partage du statut

Le tableau suivant fait état des raisons citées par les femmes qui craignaient le partage du statut.

Tableau XXI Raisons évoquées par les femmes face à la crainte du partage du statut

	Fréquence	%	%Cum.
Séparation du conjoint	43	50,6 %	50,6 %
Divulgation à l'entourage	34	40 %	90,6 %
Rejet par la famille	8	9,4 %	100,00 %
TOTAL	**85**	**100,00 %**	**100,00 %**

Les femmes évitaient de partager leur statut parce qu'elles craignaient d'abord une séparation avec leur conjoint (50%), ensuite une divulgation du statut (40%). Enfin une partie redoutait d'être rejetée par la famille (9%).

3-2-2-2- REACTION ET STATUT SEROLOGIQUE DU CONJOINT

3-2-2-2-1-Réaction du conjoint

La figure 15 montre la répartition de la réaction des conjoints après avoir été informé du statut de la femme.

Plus de la moitié des conjoints (66%) avait eu une réaction positive tandis que 34% avait eu une réaction négative.

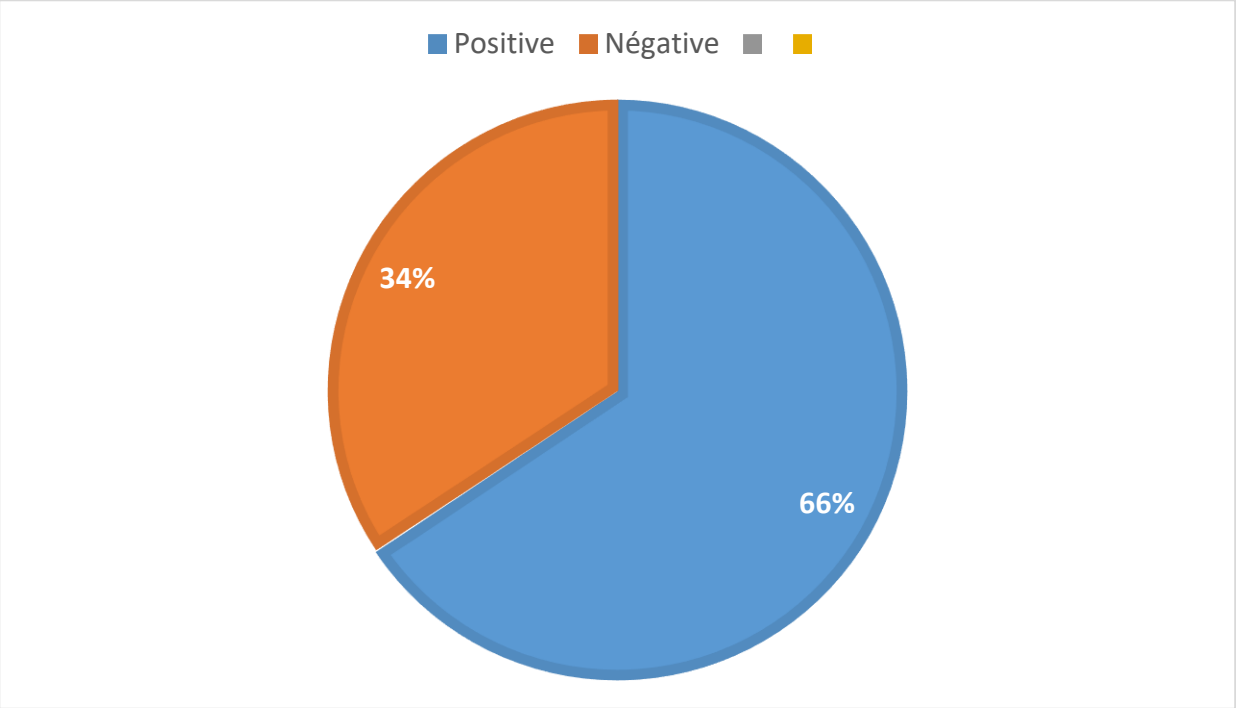


Figure 15 Réaction du conjoint après l'annonce du statut

3-2-2-2-2-Identité de la personne ayant informé le conjoint

Le tableau XXII fait état des personnes par qui les conjoints avaient été informés.

Tableau XXII Répartition des personnes qui ont informé le conjoint

	Fréquence	%	%Cum
La femme	59	86,8 %	86,8 %
Personnel soignant avec accord de la femme	9	13,4 %	100,00 %
TOTAL	**68**	**100,00 %**	**100,00 %**

Les conjoints avaient été informés en grande majorité (86,7%) par leurs femmes.

3-2-2-2-3-Statut sérologique du conjoint

Le tableau XXIII montre la répartition des statuts sérologiques des conjoints.

Tableau XXIII Répartition des statuts sérologiques des conjoints

	Fréquence	%	% Cum
Négatif	50	49,0 %	49,0 %
Inconnu	36	35,3 %	84,3 %
Positif	16	15,7 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

Cinquante conjoints (49,02%) étaient séronégatifs, seize (16%) étaient séropositifs, et 16 (15,69%) n'avait pas réalisé le test.

Nous avions ainsi près de la moitié (49%) des couples qui étaient sérodiscordants.

3-2-2-2-4-Réaction des conjoints en fonction de l'âge

Le tableau suivant montre la réaction des conjoints en fonction de leur âge.

Tableau XXIV Répartition de la réaction des conjoints en fonction de l'âge

	Age du conjoint			
Réaction du conjoint	**18 à 25 ans**	**25 à 40 ans**	**40 à 55 ans**	**p-value**
Négative	2	28	5	-
Positive	2	57	8	0,73

La tranche d'âge la plus représentée chez les conjoints avait enregistré à la fois le taux le plus élevé de réactions positives et de réactions négatives. Les conjoints plus âgés avaient eu une réaction plus positive que négative. Nous n'avions pas noté de corrélation significative entre les réactions des conjoints et leur âge (p>0,05).

3-2-2-2-5-Réaction des conjoints en fonction du niveau d'instruction

Le tableau XXV montre la répartition de la réaction des conjoints en fonction de leur niveau d'instruction

Tableau XXV Répartition de la réaction des conjoints selon le niveau d'instruction

	Niveau d'instruction du conjoint				
Réaction du conjoint	**Non scolarisé**	**Primaire**	**Secondaire**	**Supérieur**	**p-value**
Négative	5	7	18	5	-
Positive	10	9	33	15	**0,69**

Les conjoints qui avaient eu le plus de réactions positives ou le plus de réactions négatives avaient un niveau d'étude moyen (secondaire) ; Il n'existait pas de corrélation significative entre les réactions des conjoints et leur niveau d'instruction.

3-2-2-2-6-Réaction des conjoints en fonction du statut

Le tableau XXVI montre la répartition de la réaction des conjoints en fonction de leur statut.

Tableau XXVI Répartition de la réaction des conjoints en fonction du statut sérologique

	Statut du conjoint			
Réaction du conjoint	**Inconnu**	**Négatif**	**Positif**	**p-value**
Négative	35	0	0	-
Positive	1	50	16	**0,53**

Les conjoints dont le statut était négatif avait tous eu des réactions positives tandis que les conjoints qui étaient séro-ignorants avaient eu le plus de réactions négatives. Il n'existait pas de corrélation significative entre les réactions des conjoints et leur statut.

3-2-3- SOUTIEN DE LA FEMME AU COURS DE LA GROSSESSE

3-2-3-1-Soutien du conjoint

Le tableau XXVII montre la répartition des femmes qui avaient bénéficié de soutien de la part leurs conjoints pendant la grossesse.

Tableau XXVII Répartition des femmes qui ont bénéficié de soutien au cours de la grossesse.

	Fréquence	**%**	**%Cum**
Oui	62	60,8 %	60,8 %
Non	40	39,2 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

Soixante-deux femmes (61%) avaient déclaré avoir bénéficié de soutien de la part de leur conjoint pendant la grossesse, tandis que quarante (39%) avaient déclaré n'avoir pas été soutenues.

3-2-3-2-Soutien de la femme en fonction de la réaction du conjoint

Le tableau XXVIII fait la répartition du soutien des femmes en fonction de la réaction du conjoint après l'annonce du résultat.

Tableau XXVIII Répartition du soutien des femmes en fonction de la réaction du conjoint après l'annonce du statut

	Réaction du conjoint		
Soutien du conjoint	Négative	Positive	**p-value**
Non	24 (60,0 %)	16 (40,0 %)	-
Oui	11 (17,7 %)	51 (82,3 %)	**0,63**

Les femmes dont les conjoints avaient eu une réaction positive avaient bénéficié de plus de soutien (82% des cas), tandis que celles dont les conjoints avaient eu une réaction négative avaient bénéficié de moins de soutien (60%). Nous n'avions pas noté de corrélation significative entre le soutien du conjoint et sa réaction à l'annonce du statut.

3-2-3-3-Soutien de la femme en fonction du régime matrimonial

Le tableau XXIX montre la répartition du soutien des femmes selon le régime matrimonial

Tableau XXIX Répartition du soutien des femmes en fonction de leur régime matrimonial

	Situation matrimoniale					
Soutien du conjoint	**Célibataire**	**Mariée régime monogame**	**Mariée régime polygame**	**Union libre**	**Veuve**	**p-value**
Non	11	17	5	7	0	-
Oui	2	38	14	7	1	**0,58**

Les femmes mariées dans une famille monogame étaient plus soutenues (38). Les femmes de cette même catégorie avaient enregistré le moins de soutien également (17), suivies des femmes célibataires. Il n'existait pas de corrélation significative entre le soutien du conjoint et le régime matrimonial de la femme.

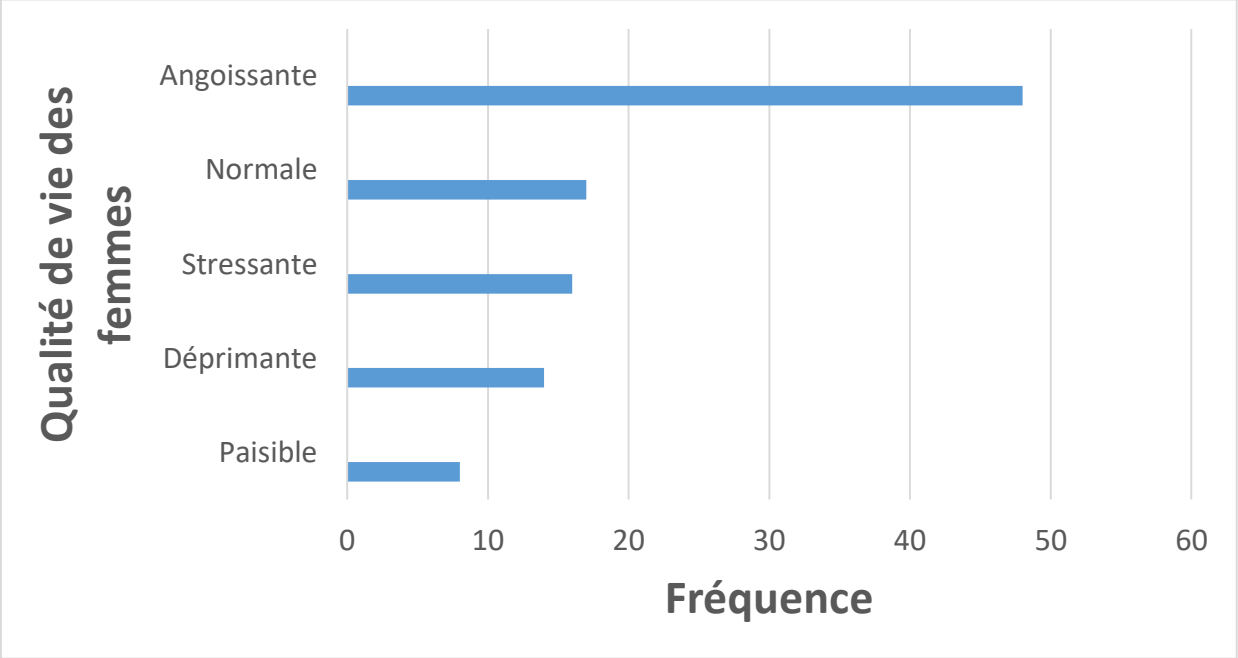
3-2-4-FACTEURS INFLUENCANT LE COMPORTEMENT DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE ET APRES L'ACCOUCHEMENT

Ce chapitre étudie les troubles de la santé mentale auxquels sont confrontées les femmes après avoir appris et accepté le résultat de leur sérologie VIH pendant la période de la gravido-puerpéralité, ainsi que les facteurs qui influencent leur comportement après l'accouchement.

3-2-4-1-Qualité de vie au cours de la gravido-puerpéralité

La figure 16 montre la qualité de vie des femmes pendant la grossesse ou après l'accouchement suite à la découverte du statut.

La majorité des femmes (48%) avait déclaré mener une vie angoissante. 13% avaient qualifié leur vie de dépressive tandis que 17% qualifiaient leur vie de stressante.



<u>Figure 16</u> Qualité de vie des femmes après annonce du résultat

3-2-4-2-Dépression au cours de la gravido-puerpéralité

Le tableau XXX montre la répartition des femmes qui avaient développé la dépression pendant ou après la grossesse.

<u>Tableau XXX</u> Répartition de la présence de dépression au cours de la gravido-puerpéralité

	Fréquence	%	%Cum
Non	59	57,8 %	57,8 %

Oui	43	42,2 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

43% femmes (42,16%) avaient développé une dépression au cours de la grossesse ou dans le post-partum.

3-2-4-3-Stress au cours de la gravido-puerpéralité

Le tableau XXXI montre la répartition des femmes qui avaient développé le stress au cours de la gravido-puerpéralité.

Tableau XXXI **Répartition de la présence de stress au cours de la gravido-puerpéralité**

	Fréquence	%	%Cum
Oui	92	90,2 %	90,2 %
Non	10	9,8 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

90% des femmes avaient développé le stress au cours de la gravido-puerpéralité.

3-2-4-3-Dépression et soutien du conjoint

Le tableau XXXII montre la répartition de la présence de dépression chez les femmes en fonction du soutien du conjoint

Tableau XXXII Présence de dépression chez les femmes en fonction du soutien du conjoint

	Soutien du conjoint		
Présence de dépression	**Non**	**Oui**	**p-value**
Oui	**32 (74,42%)**	**11 (25,58%)**	**-**
Non	8 (13,56%)	51 (86,44%)	**0,24**

Les femmes qui avaient bénéficié de soutien de la part de leur conjoint avaient développé le moins une dépression (11 femmes soit 25,5%), tandis que celles qui avaient bénéficié le moins de soutien étaient plus exposées à la dépression (74%). Il n'existait pas de corrélation significative entre le soutien du conjoint et la survenue de la dépression.

3-2-4-4-Dépression et partage du statut à un proche

Le tableau suivant fait état de la présence de dépression chez les femmes selon qu'elles avaient partagé le statut à un proche ou non.

Tableau XXXIII Présence de dépression chez les femmes selon le partage du statut à un proche

	Partage du statut à un proche		
Présence de dépression	**Non**	**Oui**	**p-value**

Non	51 (86,44%)	8 (13,56%)	-
Oui	**34 (79,07%)**	**9 (20,93%)**	**0,27**

Les femmes qui avaient partagé le statut à un proche avaient moins développé la dépression (20,93%), tandis que celles qui n'avaient pas partagé l'information avaient plus développé la dépression (79%).

3-2-4-5-Statut de l'enfant au moment de l'entretien

Le tableau XXXIV fait la répartition du statut des enfants au moment de l'entretien

Tableau XXXIV Statut sérologique des enfants

	Fréquence	%	%Cum
Négatif	50	61,7%	61,7 %
Indéterminé	22	27,2 %	88,9 %
Positif	9	11,1 %	100,00 %
TOTAL	**81**	**100,00 %**	**100,00 %**

50 enfants (61%) étaient séronégatifs, tandis que 9 (11%) étaient séropositifs. Le reste (27%) avait un statut indéterminé au moment de l'enquête.

3-2-4-6-Mode d'alimentation des enfants

Le tableau XXXV montre la répartition des enfants selon leur mode d'alimentation.

Tableau XXXV Mode de l'alimentation du nouveau-né après l'accouchement

	Fréquence	%	%Cum
Artificielle exclusive	72	89,0 %	89,0 %
Mixte	9	11,0 %	100,00 %
TOTAL	**81**	**100,00 %**	**100,00 %**

Soixante-douze mères (89%) avaient adopté une alimentation artificielle exclusive tandis que neuf (11%) avaient opté pour une alimentation mixte faite d'alimentation artificielle et d'allaitement maternel.

3-2-4-7-Contraintes liées à l'alimentation artificielle exclusive

Le tableau XXXVI relate les difficultés auxquelles les femmes étaient confrontées devant la pratique de l'alimentation exclusive à leurs enfants.

Tableau XXXVI Difficultés rencontrées par les femmes lors de l'alimentation artificielle exclusive

	Fréquence	%	%Cum
Pression de l'entourage	54	75 %	75 %
Coût du lait	18	25 %	100,00 %
TOTAL	**72**	**100,00 %**	**100,00 %**

Une importante partie des mères (75%) était confrontée à la pression de leur entourage en adoptant une alimentation artificielle exclusive à leurs enfants. Le reste des femmes (25%) avait déclaré avoir connu des difficultés relatives aux dépenses qu'exige ce mode d'alimentation.

3-2-4-8-Raisons évoquées devant le choix de l'alimentation artificielle

Le tableau XXXVII évoque les raisons mentionnées par les femmes qui ont adopté l'alimentation artificielle exclusive pour leurs enfants.

Tableau XXXVII Raisons évoquées par les femmes devant le choix de l'alimentation artificielle

	Fréquence	%	%Cum
Raison médicale	62	86,1 %	86,1 %
Montée laiteuse insuffisante	7	9,7 %	95,8 %
Occupation professionnelle	3	4,2 %	100,00 %
TOTAL	**72**	**100,00 %**	**100,00 %**

Les femmes avaient adopté une alimentation artificielle exclusive principalement sur recommandation médicale (86%). Sept femmes (9%) avait adopté ce mode d'alimentation en raison d'une insuffisance de montée laiteuse. Trois femmes (4%) donnaient du lait artificiel à leurs enfants en raison d'occupations professionnelles.

3-2-4-9-Désir d'autres enfants

Le tableau XXXVIII montre la répartition des femmes en fonction du désir d'une nouvelle grossesse ou non

Tableau XXXVIII Répartition des femmes selon le désir d'une nouvelle grossesse

	Fréquence	%	%Cum
Oui	57	55,9 %	55,9 %
Non	45	44,1 %	100,00 %
TOTAL	**102**	**100,00 %**	**100,00 %**

Plus de la moitié des femmes (57%) désiraient une nouvelle grossesse.

3-2-4-10-Désir d'une nouvelle grossesse corrélé à la taille de la fratrie

Le tableau XXXIX fait état du désir des femmes d'avoir une nouvelle grossesse ou non selon le nombre d'enfant qu'elles ont déjà eues dans le couple.

Tableau XXXIX Désir d'une nouvelle grossesse corrélé à la taille de la fratrie

	Nombre d'enfants de la fratrie				
Désir d'une nouvelle grossesse	**Aucun**	**Un seul**	**Deux**	**Plus de deux**	**p-value**
Non	0	3	11	31	-
Oui	4	17	15	21	**0,17**

Les femmes qui désiraient le plus avoir une nouvelle grossesse étaient celles qui avaient plus de deux enfants (21/57). Cependant, cette même catégorie de femme était celle qui désirait le moins avoir plus d'autres grossesses (31/102). Les femmes qui avaient juste un seul enfant désiraient presque toutes avoir plus d'enfants (17/20). Les femmes qui n'avaient aucun enfant désiraient toutes avoir une nouvelle grossesse (4).

3-2-4-11-Désir d'une nouvelle grossesse corrélé au statut sérologique de l'enfant

Le tableau XL montre la répartition du désir d'une nouvelle grossesse chez les femmes selon le statut de l'enfant qu'elles ont déjà eues.

Tableau XL Désir d'une nouvelle grossesse corrélé au statut de l'enfant

	Statut de l'enfant			
Désir d'une nouvelle grossesse	**Indéterminé**	**Négatif**	**Positif**	**p-value**
Non	12	24	4	-
Oui	10	26	5	**0,83**

Les femmes dont les enfants avaient un statut négatif sont celles qui avaient exprimé le plus de désir d'avoir une nouvelle grossesse (26/81). Il n'existait pas de corrélation significative entre le statut de l'enfant et le désir de nouvelles grossesses chez la mère.

3-2-4-12-Désir d'une nouvelle grossesse corrélé au soutien au conjoint

Le tableau XLI montre la répartition du désir d'une nouvelle grossesse chez les femmes selon qu'elles avaient bénéficié du soutien de leur conjoint ou non

Tableau XLI Désir d'une nouvelle grossesse corrélé au soutien au cours de la grossesse

	Soutien du conjoint		
Désir de grossesse	**Non**	**Oui**	**p-value**
Non	18	27	-
Oui	22	35	**0,13**

Les femmes qui étaient soutenues par leur conjoint désiraient plus avoir une nouvelle grossesse (35/102). Il n'existait pas de corrélation positive entre le soutien du conjoint et le désir de nouvelles grossesses chez la femme.

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION

L'adhésion des mères à notre étude a été très bonne avec un taux d'acceptation de 99%.

Trois hypothèses pourraient expliquer cette proportion élevée de participation : Tout d'abord, l'étude était effectuée sur une population qui était suivie dans des structures de référence de mères séropositives au VIH. Ensuite, le questionnaire étant anonyme, les femmes se sentaient plus à l'aise pour répondre aux questions et exposer leurs difficultés face à leur situation. Pour finir, notre sentiment général était que les femmes portaient en elles le poids du silence et le besoin de communiquer leur ressenti à une personne de confiance ; le médecin qui les interrogeait n'étant pas non plus directement impliqué dans leur suivi cela avait facilité l'échange. D'après K Adolphe Codjo et al. dans une étude réalisée au Bénin en 2011 sur *le soutien psychosocial et l'observance thérapeutique des femmes enceintes séropositives au traitement du VIH,* 90% des femmes trouvent dans les systèmes hospitaliers ou médicaux un support psychosocial qui leur permet d'être rassurée et affranchies de la stigmatisation [106].

4-1-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUE DES MERES

La moyenne d'âge des femmes se situait à 32,5 ans ; ceci est comparable à l'âge moyen retrouvé dans d'autres études menées également sur des femmes séropositives par Diokhané (29,5ans) [107] et Dainguy ME et al. (36ans) [108]; Au Kenya, Gaillard et al. avaient trouvé un âge moyen plus bas : 24ans [109].

La majorité des mères enquêtées vivaient en couple monogame ou polygame (73%) ; des pourcentages comparables étaient observés lors de l'évaluation de la phase pilote du programme de prévention de la TME à la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'égalité (81,7%) [107, 110]. Même si chez la majorité des mères enquêtées la voie de contamination demeure inconnue, différentes études ont

montré que la plupart des femmes d'Afrique subsaharienne infectées par le VIH l'avait été au sein de leur couple [111].

Selon l'OMS, la transmission hétérosexuelle du VIH en Afrique explique l'importance de l'infection chez les femmes en âge de procréer [112]. La grande vulnérabilité des femmes repose sur des facteurs aussi bien physiologiques que socioculturels, soutenus dans notre pays par un faible taux d'alphabétisation. Dans notre population d'étude majoritairement béninoise (90%), il a été noté un faible niveau d'instruction : 80,39 % des femmes étaient peu ou pas scolarisées ; de plus elles étaient de condition économique faible. Selon Kablan C. et al, dans *VIH/SIDA, genre et vulnérabilité*, le manque d'instruction et le faible niveau socioéconomique constituent des facteurs de vulnérabilité au VIH [67]; on retrouve ces deux facteurs dans les études de Gaillard et al. réalisées sur une population de femmes séropositives au Kenya en 2002 [109].

4-2-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES CONJOINTS

L'âge moyen des conjoints de notre étude se situe dans la même tranche que celui des mères enquêtées. L'écart d'âge observé se situe entre 3 à 10ans ; 3 à 7 ans pour les femmes d'âge situé entre 25 à 40 ans et 7 à 10 pour celles d'âge supérieur à 40 ans. Ces marges sont comparables à celles trouvées par Tijou T. dans son étude sur *Les partenaires et les pères face à la prévention du VIH* réalisée à Abidjan en 2009 [113].

Le niveau d'instruction des conjoints semble différent de celui de la population générale au Bénin : aucun niveau à 36%, niveau primaire à 21%, niveau secondaire à 34% et niveau supérieur à 9% [105].

4-3-CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE DES FEMMES

Dans la majorité des cas (73%), la grossesse constituait la circonstance de découverte de la séropositivité.

En Afrique, les circonstances de dépistage du VIH chez les femmes sont essentiellement les consultations prénatales, dans le cadre des activités des programmes de PTME [77].

Dans une étude réalisée par N.R. Diagne Gueye et al sur *le vécu des mères pour le VIH dans la période périnatale à Paris en 2006* auprès d'une population originaire d'Afrique noire, 59% des femmes enquêtées avaient découvert leur statut sérologique eu cours d'une grossesse [114]. Meddey A. et al, dans leur étude en Jamaïque sur les *obstacles et résultats de la divulgation du statut sérologique VIH chez les femmes dans les pays en développement*, avaient retrouvé des proportions de dépistage de l'infection à VIH au cours de grossesse variant entre 45 et 80% [115]. Ces résultats justifient l'importance du dépistage systématique du VIH au cours des consultations prénatales dans le cadre des programmes de PTME. La grossesse constituant une occasion pour les femmes de connaitre leur statut.

ANXIETE AU MOMENT DU DEPISTAGE

L'anxiété apparait présente chez presque toutes les femmes enquêtées (94,12%) au moment du dépistage. Cette proportion très élevée donne un aperçu de l'état psychologique des femmes au moment de réaliser la sérologie rétrovirale. Une étude de Rénovate I. réalisée en 2012 au Burundi sur la *contribution à l'étude de l'accompagnement psychosocial de la femme enceinte dans les services de PTME du VIH* suggère que la détection de l'anxiété soit systématique afin d'anticiper sur une prise en charge psychologique dès le début du processus de dépistage et ainsi aller au-devant des conduites d'évitement chez les mères [116].

Même si une forte proportion des femmes présentait de l'anxiété au moment de réaliser leur sérologie VIH, il est probable qu'elles soient sujettes à ce même état mental tout au long de la grossesse et encore dans le postpartum. Dans l'étude de Ifeanyichukwu A. O. réalisée en 2021 à Ibadan sur les *expériences et prédicteurs de la détresse psychologique chez les femmes enceintes vivant avec le VIH*, plusieurs femmes avaient déclaré qu'être enceinte et vivant avec le VIH a souvent déclenché de l'anxiété, des peurs et des inquiétudes excessives à propos de leur enfant à naître, de leur santé sexuelle et de leur prise de médicaments à vie [117].

4-4-STATUT SEROLOGIQUE DES CONJOINTS

50 conjoints (49,02%) étaient séronégatifs, soit environ 49% de couples séro-discordants retrouvés dans notre étude. Cette séro-différence du couple ne semble pas avoir constitué un frein aux rapports du conjoint avec son épouse. Certains conjoints informés ont préféré rester dans l'ignorance de leur statut : trente-six (35,29%) n'ont pas voulu se tester.

On retrouve ce refus de se tester dans les études de Diagne G [114], Olley et al [118], et celle de Sullivan [119].

4-5-PARTAGE DE L'INFORMATION

4-5-1-Partage de l'information avec le conjoint

La proportion des conjoints informés de la séropositivité est relativement considérable dans notre étude 67%. La prévalence du VIH au Bénin étant faible 1,2% [28], la crainte d'être stigmatisée est présente. Il convient alors de s'interroger sur cette proportion importante de femmes qui avaient révélé leur séropositivité à leur conjoint, d'autant plus que des études menées au Burkina Faso, en Tanzanie, en Côte d'Ivoire et au Kenya [109, 120–123], retrouvaient des proportions beaucoup plus faibles, variant entre 17 et 40%.

Trois hypothèses pourraient expliquer ces écarts :

- ✓ D'abord, la population d'étude est singulière par le fait du soutien et de l'accompagnement reçus dans le cadre du programme de PTME au VIH. Le suivi et l'accompagnement que propose le personnel hospitalier confère à ces femmes un peu plus de courage quant à la communication sur le sujet [106].
- ✓ Ensuite, les réponses apportées par les femmes à la question « votre conjoint est-il au courant ? » étaient peut-être erronées. Par peur d'être mal jugées par l'enquêteur, les femmes avaient peut-être modifié leurs réponses.

Diagne et al. [114], évoquent des réponses erronées dans leur enquête similaire à Paris, où la proportion de conjoints déclarée informée était de 77%.

- ➢ Enfin, la nature du lien conjugal semble déterminante dans la démarche du partage de l'information vis-à-vis du VIH : Dans leur étude sur le partage du statut sérologique par les femmes enceintes en Tanzanie, Antelman et al. montrait que le fait d'être mariée augmente largement la probabilité d'annonce au partenaire [120]. Dans la population étudiée, 73% des femmes étaient mariées.

De même, il semble que le moment du partage et la manière d'informer soient déterminants dans le partage de l'information :

- ➢ En effet, lorsque le statut est découvert au cours d'une grossesse la démarche de partage est plus facile ;
- ➢ Dans son étude menée à Abidjan sur *l'utilisation de contraceptifs, rapports sexuels protégés et incidence des grossesses chez les femmes africaines infectées par le VIH*, Desgrées-Du-Loû [121], montrait que les femmes utilisaient une méthode qui consistait à « tester » leur mari avant de l'informer ; après ce test, les conjoints informés avaient souvent bien réagi et soutenu leur femme. Cette méthode s'était révélée efficace car elle avait permis à la majorité des femmes d'informer leur conjoint.

LE NON PARTAGE DE L'INFORMATION

33% des femmes n'avait pas accepté informer leur conjoint par crainte (83,33%).

Les raisons principales citées par ces femmes étaient la crainte de la séparation du conjoint (50,59%) et la crainte d'une divulgation à l'entourage (40%).

En effet, les femmes dépistées pendant les consultations prénatales ne requièrent pas toujours l'avis de leur partenaire, et cette attitude peut constituer secondairement une entrave à l'information du conjoint ; La connaissance d'une séropositivité pour le VIH en cours de grossesse, période de vulnérabilité et souvent de renforcement de la dépendance financière vis-à-vis de son partenaire [124], renforce la peur d'être répudiée.

La réaction des conjoints était positive dans plus de la moitié des cas (66%) et ceci quel que soit leur statut et le moment du partage de l'information. Cette attitude positive s'explique plus facilement pour les conjoints séropositifs (15,69%) que pour les conjoints ignorants leur statut ou séronégatifs chez qui une mauvaise appréhension de la maladie liée au VIH ou l'acceptation d'une volonté divine peuvent expliquer cette réaction favorable. On observe que les conjoints qui ont eu une réaction positive étaient majoritairement séronégatifs (49%).

On peut toutefois s'interroger sur cette proportion importante de réactions positives, d'autant plus que cette réaction positive des conjoints n'est pas observée dans la population générale. En effet le degré de tolérance des hommes vis-à-vis des personnes infectées par le VIH est relativement faible en Afrique [125]. Certaines réponses étaient peut-être biaisées par le souci de préserver une certaine dignité devant l'enquêteur.

Dans plusieurs études réalisées en Afrique entre 1995 et 2000 [70, 120, 121, 123], les réactions très négatives des conjoints étaient assez rares, entre 3 et 17%. Ces réactions négatives prenaient la forme de violences verbales ou physiques ou de répudiation.

Dans l'étude de Kablan [67], les femmes qui avaient déjà des enfants avant leur infection n'étaient victime ni de répudiation ni d'abandon contrairement à celles qui n'en avaient pas.

4-5-2-Partage de l'information avec l'entourage

Seules 17% des femmes avaient informé leur entourage, les personnes informées étaient d'abord la mère, ensuite la sœur puis le père dans quelques cas. Les raisons principales de cette absence de partage de statut avec l'entourage sont la peur de la divulgation à l'entourage (34%) et la stigmatisation qui en résulte, doublée par la peur du rejet par la famille (8%).

La faible prévalence du VIH au Bénin et les représentations de cette pathologie peuvent expliquer en partie la crainte qui découle de l'idée d'un partage du statut. La peur d'être mal jugée, d'être abandonnée, la perception d'être porteuse d'une maladie honteuse et le risque de voir son secret divulgué, semblent être les raisons pour lesquelles les personnes séropositives répugnent à informer leur entourage. L'acceptation du statut par la famille semble être meilleure lorsque le mode de contamination est autre que sexuel [67], ce qui est rare dans notre contexte.

4-6-SOUTIEN AU COURS DE LA GROSSESSE

Le soutien en cours de grossesse était jugé globalement bon : 62% des mères s'étaient senties soutenues par le conjoint et par la famille informée de son statut. Nous retrouvons des chiffres bien plus élevés dans l'étude de Diagne et al. où 90% des suivies avaient été soutenues surtout par le personnel soignant [114].

4-7-DEPRESSION AU COURS DE LA GROSSESSE

Près de la moitié (42%) des femmes de notre étude avait présenté une dépression au cours de la grossesse ou dans le postpartum. Les sentiments le plus souvent exprimés

étaient : la tristesse : « Le SIDA, et être enceinte cela me rend très triste », la sensation d'être seule au monde : « Personne ne me regarde, j'ai l'impression d'être abandonnée » et le regret « Je n'aurais pas cette maladie aujourd'hui si mon conjoint était sérieux ».

Fukunishi, N. et al. dans leur étude sur *la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH/sida en Iran* avaient trouvé une prévalence de 0%[126], tandis que Dew et al. avaient trouvé une prévalence de 47,8% [127]. Même si la prévalence de la dépression chez les gestantes séropositives n'est pas établie, il ne reste pas moins évident que sa détection et son traitement restent nécessaires pour une prise en charge holistique de ces femmes.

La survenue de dépression chez la gestante séropositive peut dépendre de certaines différences individuelles : son état de santé au moment de l'entretien, son optimisme ou son fatalisme, ses attentes concernant des choses telles que le succès d'un régime de traitement, sa connaissance du VIH, la présence d'un soutien social adéquat, et la présence d'autres facteurs de stress [117]

4-8-CHOIX DE L'ALIMENTATION DE L'ENFANT

Le choix de l'alimentation artificielle n'a pas semblé difficile à faire pour les mères, sans doute à cause de la qualité du counseling.

Par contre, elles avaient rencontré des difficultés liées aux questions de l'entourage par rapport à ce choix. 80% d'entre elles avaient fait usage d'une alimentation artificielle exclusive ont dû le justifier par des « mensonges ». Dans l'étude de Diagne Gueye [114], les mères avaient dû trouver de fausses justifications.

Le souci de préserver le secret avait amené certaines mères (9/81) à pratiquer une alimentation mixte ; ce qui démontre l'influence forte de l'entourage sur la prise de décision.

On retrouve cette influence de l'entourage dans une revue de la littérature réalisée par l'OMS ; des femmes qui ont choisi d'allaiter leur enfant déclarant souffrir en silence à cause du risque qu'elles leur font courir juste pour ne pas être stigmatisées [128].

4-9-STATUT DE L'ENFANT

10 enfants sur 81 (11%) étaient dépistés séropositifs. Cette proportion quoique relativement basse justifie la hantise des femmes dans le postpartum, celle d'une éventuelle contamination de leur enfant. Dans l'étude de Antelman, 47% des femmes déclarait avoir peur de contaminer leur enfant en s'occupant de lui par le biais des blessures, des baisers, du partage du bain, des draps de lit, voire le partage de la cuillère et ce, malgré leurs connaissances des différents modes de contamination possibles [90].

Dans quelques cas, l'information reçue par les mères au sujet du statut des enfants qui était toujours indéterminé au moment de l'enquête, semblait être perçu comme déjà négatif par les mères.

4-10-DESIR D'AUTRES ENFANTS

Quel que soit le statut sérologique de l'enfant au moment de l'enquête, on retrouve un désir d'autres grossesses chez 55% des femmes enquêtées. Nous n'avons pas noté l'existence d'une corrélation positive entre le désir d'autres enfants, la taille de la fratrie et le statut sérologique. Cependant, il semble que plus la taille de la fratrie est petite plus les femmes désirent avoir d'autres enfants.

Ce constat s'apparente à celui d'autres études africaines, où seules les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfant sont celles qui estiment qu'elles en ont eue suffisamment [129–131]. Pour les autres, le désir d'enfant reste intact, souvent soutenu par le désir du conjoint ou d'autres membres de la famille. 27% des femmes connaissaient leur statut sérologique avant cette dernière grossesse, ce qui ne les a pas empêchés de

procréer. En effet, dans la société africaine, on accorde une grande importance à la fécondité dans la valorisation de l'image de la femme.

En matière de procréation donc, il ne suffit pas qu'un individu connaisse le risque de l'infection par le VIH pour qu'il adopte des comportements de prévention. Les obligations familiales, sociales et affectives paraissent plus importantes que la préservation de la santé d'un des membres du couple, voire même que le risque de donner naissance à un enfant infecté [77].

V-CONCLUSION

V-CONCLUSION

L'annonce des résultats du diagnostic d'une maladie grave est toujours un moment difficile à vivre pour le patient. Lorsqu'il s'agit du VIH/SIDA, la difficulté est d'autant plus importante que cette maladie véhicule honte et culpabilité avec risque de stigmatisation de la personne séropositive.

Chez la femme enceinte, le double poids de la grossesse et de l'infection à VIH est un fardeau suffisamment lourd, empreint de fragilité physique et mentale, auquel se greffent la hantise du sérotype de l'enfant à naitre et la gestion de la pression sociale dans son entourage. La problématique de l'infection à VIH chez la femme enceinte ne se résume donc plus seulement à la seule peur de la stigmatisation, mais elle englobe également le vécu de l'infection par rapport à l'entourage et à la nécessité de créer des liens avec l'enfant durant les premiers mois de vie.

Nous avons étudié le vécu de l'infection à VIH et les facteurs qui influencent les choix pendant et après la grossesse chez les femmes béninoises séropositives suivies dans 4 centres de référence du sud du Bénin : CUGO, HIA, SURU LERE et Clinique RACINES.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique réalisée sur une période de deux mois. Le questionnaire était anonyme et comportait les thèmes suivants :

-les caractéristiques sociodémographiques des femmes et de leurs conjoints

-les circonstances de découverte de la séropositivité

-le partage du statut avec le conjoint et l'entourage

-la réaction et le soutien du conjoint après l'annonce du statut

-les facteurs influençant le comportement des femmes face à la séropositivité

102 femmes ont été incluses dans l'étude.

- Le profil sociodémographique des mères était celui d'une femme

-d'âge moyen de 32,5 ans

-d'un niveau d'étude faible (80%)

-mariée dans 73% des cas

- Les circonstances de découverte de la séropositivité des mères

-73 % des femmes avaient découvert leur séropositivité au cours d'une grossesse, 27% avant l'actuelle ou la dernière grossesse.

-96 femmes (94%) avaient présenté de l'anxiété au moment du dépistage

- Les conjoints

-Seize (15%) étaient séropositifs, cinquante (49%) étaient séronégatifs ; dans 35% des cas (36) le statut du conjoint était inconnu.

- Le partage de l'information

-67% des femmes avaient informé leurs conjoints

-35 (34%) conjoints avaient eu une réaction négative

-33% n'avaient pas informé leurs conjoints, par peur de la séparation.

-Seules 17(17%) des femmes avaient partagé l'information avec leur entourage notamment la mère ou la sœur.

Les raisons principales du non partage de l'information était la peur d'être répudiée par le conjoint, et la peur de divulgation.

- Le soutien au cours de la grossesse

-62 femmes (60,78%) avaient affirmé avoir été soutenues par le conjoint.

-59 (57%) avaient développé la dépression pendant la grossesse.

-92 (90%) avaient développé un stress.

- Le statut et alimentation de des enfants

-50 enfants (61%) n'étaient pas infectés ; pour 22 (27%) le statut était indéterminé au moment de l'enquête.

-29 femmes (35%) avaient choisi une alimentation mixte pour éviter la pression de l'entourage.

-52 mères avaient rencontré des difficultés par rapport au choix d'une alimentation artificielle : notamment des questions de l'entourage sur ce choix, et le coût du lait.

- Le désir d'enfant

Il était retrouvé chez 57 (56%) mères et n'était corrélé positivement ni à la taille de la fratrie, ni au statut sérologique de l'enfant, ni au soutien du conjoint.

LIMITES ET PERSPECTIVES

Notre étude présente quelques limites : les conjoints, acteurs majeurs du vécu psychosocial des femmes enceintes séropositives au VIH n'ont pas été pris en compte lors des entretiens. Leurs apports et leurs expériences par rapport à la maladie de leurs conjointes auraient certainement apporté des informations susceptibles d'améliorer la qualité des résultats de notre étude. Aussi, nous n'avions pas pu explorer en profondeur les sentiments des femmes face à la maladie, leurs émotions, peurs, doutes et perspectives face à la maladie.

VI-SUGGESTIONS

VI-SUGGESTIONS

Cette étude montre que de nombreux problèmes, psychologiques et sociaux persistent dans le vécu de l'infection par les femmes enceintes séropositives.

Au regard de cette conclusion, nous formulons les suggestions suivantes :

- **A l'endroit du Ministère de la Santé**

-Impliquer la communauté béninoise dans l'accompagnement des femmes enceintes séropositives ;

-Renforcer les stratégies d'implication des conjoints dans le suivi des femmes enceintes dans les services de PTME du VIH;

-Instaurer un programme d'accompagnement psychologique en pré-test et post-test du VIH pour les femmes enceintes dans les services de PTME ;

-Mettre en place un organe multidisciplinaire (gynécologues, psychologues, sages-femmes) fonctionnel lors des CPN des femmes enceintes séropositives.

- **A l'endroit du personnel soignant**

-Améliorer l'information délivrée sur les risques de transmission postnatale notamment par l'allaitement.

-Mettre en place un système d'évaluation et d'appui psychologique systématique aux gestantes séropositives lors des CPN.

- **A l'endroit des femmes enceintes**

-Informer et prendre la décision conjointe avec le mari avant la réalisation de la sérologie rétrovirale.

-Encourager l'information précoce du conjoint.

- **A l'endroit des conjoints**

-Participer aux consultations prénatales avec leurs épouses

-S'informer auprès d'agents de santé qualifiés sur le VIH/SIDA devant une découverte de séropositivité de leurs épouses

-Faire un dépistage régulier du VIH

VII-REFERENCES

VII-REFERENCES

[1] Dernières statistiques mondiales sur l'état de l'épidémie de SIDA, 16 November 2021.

[2] Rapport de suivi de la déclaration de politique au Bénin, country report Mars 2017.

[3] CDC Morbidity and mortality, weekly report, August 30, 1996 / Vol. 45 / No. 34.

[4] Rapport de suivi de la déclaration de politique du Bénin, GAM, Mars 2017.

[5] Brondani MA, Alan R, Donnelly L. Stigma of addiction and mental illness in healthcare: The case of patients experiences in dental settings, 2017; 12.

[6] Beyrer C, Sullivan PS, Sanchez J, et al. A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. *Lancet* 2012; 380: 424–438.

[7] Accélérer la riposte, mettre fin à l'épidémie de SIDA d'ici à 2030, WAD report.pdf, 2014.

[8] Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin, country report, BEN 2019.

[9] Watt MH, Cichowitz C, Kisigo G, et al. Predictors of postpartum HIV care engagement for women enrolled in prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) programs in Tanzania. *AIDS Care* 2019; 31: 687–698.

[10] Sarko KA, Blevins M, Ahonkhai AA, et al. HIV status disclosure, facility-based delivery and postpartum retention of mothers in a prevention clinical trial in rural Nigeria. *Int Health* 2017; 9: 243–251.

[11] Kuonza LR, Tshuma CD, Shambira GN, et al. Non-adherence to the single dose nevirapine regimen for the prevention of mother-to-child transmission of HIV in Bindura town, Zimbabwe: a cross-sectional analytic study. *BMC Public Health* 2010; 10: 218.

[12] Sendo EG, Cherie A, Erku TA. Disclosure experience to partner and its effect on intention to utilize prevention of mother to child transmission service among HIV positive pregnant women attending antenatal care in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health* 2013; 13: 765.

[13] Onono MA, Cohen CR, Jerop M, et al. HIV serostatus and disclosure: implications for infant feeding practice in rural south Nyanza, Kenya. *BMC Public Health* 2014; 14: 390.

[14] Implementation of the HIV Prevention 2020 Road Map — Third Progress Report, October 2019. 100.

[15] Spangler SA, Abuogi LL, Akama E, et al. From 'half-dead' to being 'free': resistance to HIV stigma, self-disclosure and support for PMTCT/HIV care among couples living with HIV in Kenya. *Cult Health Sex* 2018; 20: 489–503.

[16] Cataldo F, Chiwaula L, Nkhata M, et al. Exploring the Experiences of Women and Health Care Workers in the Context of PMTCT Option B Plus in Malawi. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017; 74: 517–522.

[17] Nzaumvila DK, Mabuza LH. Why do women not return for CD4 count results at Embhuleni Hospital, Mpumalanga, South Africa? *Curationis* 2015; 38: 1266.

[18] Kaposi's Sarcoma and Pneumocystis Pneumonia Among Homosexual Men New York City and California. 2020; 5.

[19] Un nouveau trouble homosexuel inquiète les responsables de la santé - The New York Times.

[20] Lopez AD, Mathers CD, Murray CJL, et al. The Global epidemiology of infectious diseases.

[21] Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* 1983; 220: 868–871.

[22] Detection, isolation, and continuous production of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and pre-AIDS - PubMed, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6200935.

[23] Petersen PE. World Health Organization. Organisation Mondiale de la Santé. *Commun Dent Oral Epidemiol* 2003; 31: 471–471.

[24] Politique Nationale de Lutte contre le VIH et le SIDA au Togo, Séléagodji AHOUMEY-ZUNU. 32.

[25] Rapport national de suivi de la déclaration politique sur le VIH/SIDA Bénin Mars 2012.

[26] ONU/SIDA, Journée mondiale du sida 2021.

[28] Rapport de suivi de la déclaration de politique sur le VIH/SIDA au Bénin, country report, BEN 2020.

[29] REYNES J. *Prise en charge initiale et suivi de l'adulte infecté par le VIH*. Rueil Malmaison: Doin, 2011.

[30] DURIEZ M, NUGEYRE M-T, BARRE-SINOUSSI F. *Virologie fondamentale de l'infection VIH*. Rueil Malmaison: Doin, 2011.

[31] Dr Comba Touré-Kane, Atelier AAVP : Séquençage-caractérisation moléculaire. Dakar (Senegal): 2007.

[32] Coffin JM, Hughes SH, Varmus HE. *Retroviruses*. Cold Spring Harbor Laboratory Press, NCBI, 1997.

[33]Robert C.Gallo, Luc Montagnier, The discovery of HIV as cause of AIDS, N Eng J Med, 2003, 24.

[34] Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000; 133: 21–30.

[35] Turner BG, Summers MF: Structural biology of HIV, 1999, 1-32.

[36]McGrath KM, Hoffman NG, Resch W, et al. Using HIV-1 sequence variability to explore virus biology, 2001, 137-160.

[37] Prévention de la transmission mère-enfant du VIH de 2006 à 2007 dans le service de gynéco-obstétrique de l'hôpital Fousseni Daou de kayes, Mamadou DD, thèse 2011, 107.

[38] Lekkerkerker AN, van Kooyk Y, Geijtenbeek TBH. Viral piracy: HIV-1 targets dendritic cells for transmission. *Curr HIV Res* 2006; 4: 169–176.

[39] Genetic control of retrovirus susceptibility in mammalian cells - PubMed, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15568972.

[40] Levy JA. HIV and the pathogenesis of AIDS, 2017.

[41] Morten H. N., Finn S. P., Jørgen K. Molecular strategies to inhibit HIV-1 replication, Retrovirology.

[42] Pilly E. *Maladies infectieuses et tropicales: prépa ECN, tous les items d'infectiologie*. 6e éd. Paris: Alinéa plus, 2019.

[43] Lee B, Sharron M, Montaner LJ, et al. Quantification of CD4, CCR5, and CXCR4 levels on lymphocyte subsets, dendritic cells, and differentially conditioned monocyte-derived macrophages. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1999; 96: 5215–5220.

[44] Darcis G, Van Driessche B, Bouchat S et al. Molecular control of HIV and SIV Latency, 2018, 471:1-22.

[45] Décentralisation des activités de la prise en charge des PVVIH au Sénégal, thèse, Kalidou BA.

[46] Belec L, Mboup S. Monitoring biologique de l'infection à VIH dans les pays à ressources limitées : enjeux et évolution des recommandations. *SPECTRA BIOLOGIE* 2008; 46–55.

[47] Classification des manifestations cliniques et anomalies biologiques. CDC, 1993.

[48] Argumentaire dépistage de l'infection par le VIH en France. Modalités de réalisation des tests de dépistage 2009, 175.

[49] Pratiques meilleures et prometteuses en matière d'IST/VIH/SIDA en Afrique de l'ouest et du centre, AWARE-HIV/AIDS.

[50] Mboup S, Musonda R, Mhalu F, et al. *HIV/AIDS*. The International Bank for Reconstruction and Development

[51] Helen J. *Sida en Afrique : Continent en crise*. Harare: Safaids, 2004.

[52] Baggaley RF, White RG, Boily M-C. HIV transmission risk through anal intercourse: systematic review, meta-analysis and implications for HIV prevention. *Int J Epidemiol* 2010; 39: 1048–1063.

[53] Probabilité par contact de transmission du VIH chez les hommes homosexuels à Sydney à l'ère du HAART.

[54] Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, et al. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol* 1999; 150: 306–311.

[55] Mastro TD, de Vincenzi I. Probabilities of sexual HIV-1 transmission. *AIDS* 1996; 10 Suppl A: S75-82.

[56] Bissagnéné PE, de Treichville C, Dariosecq DJ-M. Pr Serge Paul Eholié (CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire) Pr Pierre-Marie Girard (Hôpital Saint-Antoine, IMEA, Paris, France). 167.

[57] Rapport de situation sur la riposte nationale à l'épidémie de VIH/SIDA Sénégal : 2010-2011 Narrative Report.pdf.

[58] Bulletin-sero-épidemiologique-N°10 de surveillance du VIH 2003, 1.pdf.

[59] RAPPORT-DE-SYNTHESE-ENSC, 2015,1.

[60] Hammer SM, Saag MS, Schechter M, et al. Treatment for adult HIV infection: 2006 recommendations of the International AIDS Society-USA panel. *JAMA* 2006; 296: 827–843.

[61] Rapport UNGASS, Guinée, Mars 2010.

[62] RAPPORT-DE-SYNTHESE-ENSC, 2010.

[63] Becquet R, Leroy V. [The challenges of preventing mother-to-child transmission of HIV in Africa]. *Presse Med* 2007; 36: 1947–1957.

[64] TRAZIE BG, DAGUI MB. *Suivi de la dispensation des antiretroviraux au service des maladies infectieuses et tropicales d'octobre 1998 à décembre 2000*. Abidjan: Université De Cocody, 2001.

[65] Etude de la dispensation des antirétroviraux dans le service de pharmacie au centre hospitalier universitaire du point G, Emmanuel Zabe Berthé, thèse 2011.

[66] Prise en charge du VIH - Recommandations du groupe d'experts - Conseil national du sida et des hépatites virales.

[67] VIH/SIDA, genre et vulnérabilité.

[68] Desclaux A, Msellati P, Sow K. Introduction: l'expérience des femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. 21.

[69] Collignon R, ed., Gruénais M-E, et al. L'annonce de la séropositivité au VIH en Afrique. 155.

[70] Weinhardt LS, Carey MP, Johnson BT, et al. Effects of HIV counseling and testing on sexual risk behavior: a meta-analytic review of published research, 1985-1997. *Am J Public Health* 1999; 89: 1397–1405.

[71] Dépistage de routine du VIH dans les établissements de santé : les facteurs dissuasifs pour une mise en œuvre maximale en Afrique subsaharienne - Emmanuel Monjok, Andrea Smesny, Osaro Mgbere, E. James Essien, 2010.

[72] Risques et avantages perçus du dépistage du VIH et prédicteurs de l'acceptation du conseil et du dépistage du VIH chez les femmes enceintes au Zimbabwe. *Int J STD AIDS* 2006; 17: 835–841.

[73] Kêdoté NM, Brousselle A, Champagne F, et al. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida au Bénin: le consentement des femmes au dépistage est-il libre et éclairé ? *Ethique Sante* 2011; 8: 173–179.

[74] World Health Organization, UNAIDS, United Nations Children's Fund (UNICEF). Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé : 2010, rapport de situation. *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: progress report 2010*.

[75] Rethinking Informed Consent in Bioethics - Neil C. Manson, Onora O'Neill.

[76] Anderson BJ. HIV Stigma and Discrimination Persist, Even in Health Care. *Virtual Mentor* 2009; 11: 998–1001.

[77] Le couple face au VIH/sida en Afrique sub-saharienne | Cairn.info, https://www.cairn.info/revue-population-2005-3-page-221.htm?ref=doi

[78] Desclaux A, Loû AD du. Les femmes africaines face à l'épidémie de sida. *Population Societes* 2006; 428: 1–4.

[79] Gruskin S, Firestone R, Maccaerthy S, Ferguson L et al. HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs ? Public health 2008, 1746-50.

[80] Kass NE, Policy, ethics, and representative choice: pregnancy and childbearing among HIV-infected women, 1994 95-8.

[81] Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest -. *Société Française d'Ethnopharmacologie*, http://www.ethnopharmacologia.org/bibliotheque-ethnopharmacologie/allaitement-et-vih-en-afrique-de-l-ouest/ (accessed 27 February 2022).

[82] Msellati P, Meda N, Ramon R, et al. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH : expérience d'un essai clinique. 6.

[83] Farnarier C. Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. *Amades*, https://amades.hypotheses.org/162

[84] Dictionnaire de la Psychiatrie, https://www.editions-larousse.fr/livre/dictionnaire-de-la-psychiatrie-9782035861016

[85] Aimelet A. *Emotions: quand c'est plus fort que moi : Peur, colère, tristesse : comment faire face*. Paris: Leduc.s éditions, 2017.

[86] Dialogues Clin Neuroscience, A hystory of anxiety: from Hippocrates to DSM, 2015, 319-25.

[87] Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 725–730.

[88] Patel P, Rose CE, Collins PY, et al. Noncommunicable diseases among HIV-infected persons in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS* 2018; 32 Suppl 1: S5–S20.

[89] Troubles mentaux et conséquences du VIH/sida dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue systématique - PubMed, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23303434/

[90] Antelman G, Kaaya S, Wei R, et al. Depressive symptoms increase risk of HIV disease progression and mortality among women in Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 44: 470–477.

[91] Depression at antiretroviral therapy initiation and clinical outcomes among a cohort of Tanzanian women living with HIV - PubMed, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27835614.

[92] Effects of Antiretroviral Therapy and Depressive Symptoms on All-Cause Mortality Among HIV-Infected Women - PubMed, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28430844.

[93] UNAIDS_PCB43_BN_thematic-segment-mental-health-and-HIV_FR.pdf.

[94] Chibanda D, Benjamin L, Weiss HA, et al. Mental, neurological, and substance use disorders in people living with HIV/AIDS in low- and middle-income countries. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2014; 67 Suppl 1: S54-67.

[95] What is the relevance of mental health to HIV/AIDS care and treatment programs in developing countries? A systematic review - PubMed, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16868437.

[96] Prevalence and risk factors of major depressive disorder in HIV/AIDS as seen in semi-urban Entebbe district, Uganda - PubMed, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22208452.

[97] État de stress aigu - Troubles mentaux. *Manuels MSD pour le grand public*, https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-mentaux/anxi%C3%A9t%C3%A9-et-troubles-li%C3%A9s-au-stress/%C3%A9tat-de-stress-aigu-esa.

[98] Lamping DL, Joseph L, Ryan B, et al. Détresse psychologique chez les personnes atteintes du VIH à Montréal. *smq* 2008; 17: 73–95.

[99] CNLS PTME, https://www.cnls-senegal.org/le-sida-au-senegal/etme.

[100] FR-HIV-in-Africa_pdf.

[101] , http://bibnum.ucad.sn/viewer.php?c=thm&d=thm%5f47466 (Accessed 27 February 2022).

[102] INStaD - Statistiques Démographiques, https://instad.bj/statistiques/statistiques-demographiques (accessed 27 February 2022).

[103] La structuration et le mode de fonction du système de santé du Bénin. *Health Economics*, http://meschac.unblog.fr/la-structuration-et-le-mode-de-fonction-du-systeme-de-sante-du-benin/ (accessed 27 February 2022).

[104] Benin-Plan-National-de-Développement-Sanitaire-2018-2022.pdf, https://www.prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Benin-Plan-National-de-D%C3%A9veloppement-Sanitaire-2018-2022.pdf (accessed 27 February 2022).

[105] FR350.pdf, https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR350/FR350.pdf (accessed 1 March 2022).

[106] Codjo KA, Mistourath SS. P2-S7.08 Psychosocial support and therapeutic adherence of HIV positive pregnant women at HIV Treatment Hospital of Suru LÉrÉ in Cotonou (Benin). *Sex Transm Infect* 2011; 87: A256–A256.

[107] , http://196.1.97.20/viewer.php?c=thm&d=THM-44859 (Accessed 1 March 2022).

[108] FICHIR_ARTICLE_141.pdf, http://revues-ufhb-ci.org/fichiers/FICHIR_ARTICLE_141.pdf (accessed 1 March 2022).

[109] Gaillard P, Melis R, Mwanyumba F, et al. Vulnerability of women in an African setting: lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes. *AIDS* 2002; 16: 937–939.

[110] Cissé C a. T, Inzale MA, Wade NF, et al. Dépistage et prise en charge de l'infection à VIH chez la femme enceinte à Dakar. *Médecine et Santé Tropicales* 2018; 28: 186–192.

[111] La transmission sexuelle du sida - Laurent Bélec - Que sais-je ? - Format Physique et Numérique | PUF, https://www.puf.com/content/La_transmission_sexuelle_du_sida (accessed 1 March 2022).

[112] Programme commun coparrain?? des Nations Unies sur le HIV et le SIDA, Organisation mondiale de la sant?? *Le point sur l'??pid??mie de SIDA d??cembre 2009*. Gen??ve: ONUSIDA : OMS, 2009.

[113] Tijou-Traoré A. Partners and fathers facing HIV prevention (Abidjan, Côte d’Ivoire)Abstract. *Autrepart* 2009; 52: 95–112.

[114] Diagne Gueye N-R, Dollfus C, Tabone M-D, et al. Vécu des mères séropositives pour le VIH dans la période périnatale. *Archives de Pédiatrie* 2007; 14: 461–466.

[115] Medley A, Garcia-Moreno C, McGill S, et al. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 299–307.

[116] Contribution à l'étude de l'accompagnement psychosocial de la femme enceinte dans les services de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH au Burundi Rénovate IRAMBONA - Recherche Google,

[117] Experiences and predictors of psychological distress in pregnant women living with HIV - Ogueji - 2021 - British Journal of Health Psychology - Wiley Online Library, https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bjhp.12510 (accessed 1 March 2022).

[118] Olley BO, Seedat S, Stein DJ. Self-disclosure of HIV serostatus in recently diagnosed patients with HIV in South Africa. *Afr J Reprod Health* 2004; 8: 71–76.

[119] Sullivan KM. Male self-disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners: a review of the literature. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2005; 16: 33–47.

[120] Antelman G, Smith Fawzi MC, Kaaya S, et al. Predictors of HIV-1 serostatus disclosure: a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS* 2001; 15: 1865–1874.

[121] Desgrées-Du-Loû A, Msellati P, Viho I, et al. Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995-2000. *Int J STD AIDS* 2002; 13: 462–468.

[122] Obermeyer CM, Osborn M. The Utilization of Testing and Counseling for HIV: A Review of the Social and Behavioral Evidence. *Am J Public Health* 2007; 97: 1762–1774.

[123] Nebié Y, Meda N, Leroy V, et al. Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001; 28: 367–372.

[124] Chipasula-Banda M, Gomile-Chidyaonga F, Hendriks S, et al. Violence sexuelle et vulnérabilité des femmes à la transmission du vih au Malawi. Les droits des femmes. *Revue internationale des sciences sociales* 2005; 186: 715–727.

[125] Analyse situationnelle de la discrimination et stigmatisation envers les Personnes Vivant avec le VIH/SIDA en Afrique de l'Ouest et du Centre Considérations éthiques et juridiques. 42.

[126] Quality of Life among Persons with HIV/AIDS in Iran: Internal Reliability and Validity of an International Instrument and Associated Factors, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3265053/ (accessed 2 March 2022).

[127] Prévalence et prédicteurs des troubles dépressifs, anxieux et liés à l'usage de substances chez les hommes infectés et non infectés par le VIH : une évaluation longitudinale | Médecine Psychologique | Cambridge Core

[128] WHO | Publications. *WHO*, http://www.who.int/reproductivehealth/publications/en/ (accessed 2 March 2022).

[129] Allen S, Meinzen-Derr J, Kautzman M, et al. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS* 2003; 17: 733–740.

[130] Procréation et allaitement : quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ?- fdi:010024745- Horizon, https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010024745 (accessed 2 March 2022).

[131] Keogh P, Allen S, Almedal C, et al. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: A prospective study. *Social Science & Medicine* 1994; 38: 1047–1053.

ANNEXE

ENQUETE SUR LE VECU PSYCHOSOCIAL DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES AU VIH DANS QUATRE CENTRES DE REFERENCE DE COTONOU

NOTE D'INFORMATION

Justification de l'étude

Le VIH/SIDA représente toujours un problème majeur de santé publique dans le monde et particulièrement en Afrique. Au Bénin, l'une des populations les plus vulnérables face à la maladie sont les femmes enceintes. Ces femmes doivent gérer les difficultés découlant de leur statut dans leurs familles et entourage, ce qui peut constituer un frein aux soins de PTME. Dans ce contexte il importe d'explorer les difficultés rencontrées par les femmes enceintes séropositives au VIH dans leur communauté afin d'y entrevoir des solutions.

Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont d'identifier les circonstances de découverte de la séropositivité, identifier les contraintes vis à vis du partage du statut à l'entourage, apprécier l'attitude du conjoint à l'annonce de la séropositivité , évaluer le soutien au cours de la grossesse et identifier les facteurs influençant le comportement des femmes séropositives dans la période de la gravido-puerpéralité

Critères d'inclusion

Cette étude ne concerne que les sujets les mères depuis moins de 2 ans séropositives au VIH et les les gestantes séropositives au VIH

Conduite de l'étude

Si vous acceptez participer à l'étude un questionnaire semi-directif vous sera administré, cela ne prendra que dix minutes de votre temps. Votre participation est totalement volontaire et vous êtes libre de changer d'avis à tout moment. Vous n'avez pas besoin de vous justifier et personne ne fera pression sur vous. Si vous décidez de ne pas participer, vous ne ferez l'objet d'aucune discrimination.

Confidentialité

Toutes les informations recueillies resteront confidentielles. Votre nom, ainsi que toute autre information confidentielle, ne seront pas utilisés dans un rapport écrit.

Questions

Si vous avez une question au sujet de l'étude, vous pouvez la poser. Si vous n'êtes pas satisfaite par la réponse, vous pouvez contacter centre de suivi.

Le responsable de l'étude : Jean Pierre DJOSSA Téléphone: 00229 96 76 53 81

ENQUETE SUR LE VECU PSYCHOSOCIAL DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES AU VIH DANS QUATRE CENTRES DE REFERENCE DE COTONOU

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

-J'ai pris connaissance de l'information ci-dessus, que l'on m'a précisée.

-J'ai eu l'occasion de poser des questions.

-Une réponse satisfaisante a été apportée à toutes mes questions.

-Je comprends l'intérêt de l'étude et accepte d'y participer.

-Ma participation à l'étude est entièrement volontaire et je peux l'arrêter à tout moment.

-Je comprends que si j'ai des questions au sujet de cette étude, je peux contacter mon médecin ou le principal responsable de l'étude.

-J'ai bien reçu une copie de la fiche d'information et du formulaire de consentement

Date :…./……/20……

VECU PSYCHOSOCIAL DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES AU VIH

Date de l'enquête /__/__/_____/

Numéro de fiche /_____/

Nom de l'enquêteur : …….

I-DONNEES LIEES AUX CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

QUESTIONS	MODALITES DE REPONSES	CODE DE REPONSES
Q1-Quelle est votre nationalité ?	1-Béninoise 2- Autre (préciser)…….	
Q2-Quel est votre âge ?	1- < 18ans 2- 18ans-25 ans 3- 25ans-40 ans 4- 40 ans-55ans	
Q3-Quelle est votre situation matrimoniale ?	1- Célibataire 2- Union libre 3- Mariée monogame 4- Mariée polygame 5- Divorcée 6- Veuve	
Q4-Quelle est votre ethnie ?	1-Fon 2-Adja 3-Minan 4-Autres	

Q5- Quelle est votre résidence ?	1-Cotonou 2-Ab-calavi 3-Autre (préciser)…….	
Q6- Quel est votre niveau d'instruction ?	1- Primaire 2- Secondaire 3- Supérieur 4- Non scolarisée	
Q7-Quel est votre profession ou occupation	1- Ménagère 2- Fonctionnaire 3- Etudiante 4- Elève 5- Commerçante 6- Autre	
Q8-Combien d'enfants avez-vous ?	1- Un enfant 2- Deux enfants 3- Plus de deux enfants 4- Aucun	
Q9- Combien de personne y-a-il dans votre foyer ?	1- Deux 2- Entre deux et cinq 3- Supérieur à cinq	
Q10- Quel est votre site de prise en charge ?	1- CNHU 2- CHUZSL 3- ONG 4- Autres	
Q11-Quel est l'âge de votre conjoint	1- < 18ans 2- 18ans-25 ans	

	3- 25ans-40 ans 4- 40 ans-55ans	
Q12-Quel est le niveau d'instruction de votre conjoint ?	1- Primaire 2- Secondaire 3- Supérieur 4- Non scolarisée	

II-DONNEES LIEES AUX CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

Q13-Quelle est la période de découverte de la séropositivité ?	1- Avant la grossesse 2- Pendant la grossesse	
Q14-Quel personnel médical vous a annoncé le résultat du test ?	1- Sage-femme 2- Infirmier 3- Médecin	
Q15-Quelle était votre réaction à l'annonce du résultat ?	1- Choc émotionnel 2- Peur 3- Déni	
Q16-Quel est votre statut sérologique ?	1- HIV 1 2- HIV 2 3- HIV 1+2 4- Ne sait pas	
Q17-Connaissez-vous votre mode de contamination par le HIV ?	1- Oui 2- Non	

Q18-Si réponse Q25= 1, préciser quelle voie de contamination ?	1- Voie sexuelle 2- Voie sanguine 3- Voie materno-fœtale	
Q19-Combien de CPN avez-vous réalisé à ce jour ?	1- 1 CPN 2- 2 CPN 3- Plus de 2 CPN	
Q20- Souffrez-vous d'autres pathologies médicales ?	1- Hypertension artérielle 2- Diabète 3- Asthme 4- Cancer 5- Autres (préciser)	
Q21- Souffrez-vous d'une maladie psychiatrique ?	1- Oui (préciser) 2- Non	

III-DONNEES LIEES AU PARTAGE DE L'INFORMATION

Q22-Votre conjoint est-il au courant de votre statut sérologique ?	1- Oui 2- Non	
Q23-Si oui, par qui l'a-t-il appris ?	1- La femme 2- Le personnel médical	
Q24-Quelle était sa réaction à l'annonce du statut ?	1- Positive 2- Négative	

Q25- Craigniez-vous une divulgation de votre statut sérologique à votre conjoint ?	1- Oui 2- Non	
Q26-Si réponse Q30=1, préciser la raison	1- Séparation du conjoint 2- Rejet par la famille 3- Divulgation à l'entourage	
Q27- Connaissez-vous le statut sérologique de votre conjoint ?	1- Oui 2- Non	
Q28- Si réponse à Q29=1, préciser le statut sérologique	1- Positif 2- Négatif	
Q29- Connaissez-vous le statut sérologique de votre enfant ?	1- Oui 2- Non	
Q30-Si oui préciser lequel	1- Positif 2- Négatif 3- Indéterminé	
Q31-En dehors de votre conjoint, avez-vous partagé le résultat avec une personne de votre entourage ?	1- Oui 2- Non	
Q32-Comment qualifierez-vous votre vie de séropositive au HIV ?	1- Agréable 2- Paisible 3- Normale 4- Difficile 5- Stressante	

	6- Angoissante 7- Déprimante	
Q33-Pensez-vous bénéficier du soutien de votre conjoint ?	1- Oui **2-** Non	

IV-FACTEURS INFLUENCANT LE COMPORTEMENT DES FEMMES PENDANT LA GROSSESSE ET APRES L'ACCOUCHEMENT

Q34-Comment qualifierez-vous votre vie de séropositive au HIV ?	8- Agréable 9- Paisible 10- Normale 11- Difficile 12- Stressante 13- Angoissante 14- Déprimante	
Q35-Quel le mode d'alimentation de l'enfant	1- Alimentation artificielle exclusive 2- Alimentation mixte	
Q36-Rencontrez-vous des difficultés à adopter ce mode d'alimentation ?	1- Oui 2- Non	
Q37-Si oui quelles difficultés ?	1- Pression de l'entourage 2- Coût du lait	

Q38-Pour quelle raison adoptez-vous l'alimentation artificielle ?	1- Raison médicale 2- Occupation professionnelle 3- Montée laiteuse insuffisante	
Q39-Désirez-vous avoir d'autres enfants ?	1- Oui 2- Non	

EVALUATION DE L'ANXIETE ET LA DEPRESSION ***basée sur l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale). Toutes les questions doivent être relatées au statut sérologique de la gestante.***

Questions	Modalités de réponses	Réponses
Q40- : Vous vous sentez tendue	1- La plupart du temps 2- Souvent 3- De temps en temps 4- Jamais	
Q41- Vous prenez plaisir aux mêmes choses qu'avant :	1- Oui, tout autant 2- Pas autant 3- Un peu seulement 4- Presque plus	
Q42- Vous avez une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait vous arriver	1- Oui très nettement 2- Oui, mais ce n'est pas trop grave 3- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas	
Q43- Vous riez facilement et vous voyez le bon côté des choses	1- Autant que par le passé 2- Plus autant qu'avant 3- Vraiment moins qu'avant 4- Plus du tout	
Q44-Vous vous faites du souci	1- Très souvent 2- Assez souvent	

	3- Occasionnellement 4- Très occasionnellement	
Q45-Vous êtes de bonne humeur	1- Jamais 2- Rarement 3- Assez souvent 4- La plupart du temps	
Q46-Vous pouvez rester tranquillement assis et vous sentir décontractée	1- Oui quoi qu'il arrive 2- Oui en général 3- Rarement 4- Jamais	
Q47-Vous avez l'impression de fonctionner au ralenti	1- Presque toujours 2- Très souvent 3- Parfois 4- Jamais	
Q48- Vous éprouvez des sensations de peur et vous avez l'estomac noué	1- Jamais 2- Parfois 3- Assez souvent 4- Très souvent	
Q49-Vous ne vous intéressez plus à votre apparence	1- Plus du tout 2- Vous n'y accordez pas autant d'importance que vous devrez 3- Il se peut que vous n'y fassiez plus autant attention 4- Vous y prêtez autant d'attention que par le passé	
Q50-Vous avez la bougeotte et vous n'arrivez pas à tenir en place	1- Oui c'est tout à fait le cas 2- Un peu 3- Pas tellement 4- Presque jamais	
Q51-Vous vous réjouissez d'avance à l'idée de faire certaines choses	1- Autant qu'avant 2- Un peu moins qu'avant	

	3- Bien moins qu'avant 4- Presque jamais	
Q52-Vous éprouvez des sensations soudaines de panique	1- Vraiment très souvent 2- Assez souvent 3- Pas très souvent 4- Jamais	
Q53-Vous pouvez prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	1- Souvent 2- Parfois 3- Rarement 4- Très rarement	

EVALUATION DU STRESS ***basée sur l'échelle de mesure du stress Perceived Stress Scale de Cohen et Williamson. Toutes les questions doivent être relatées au statut sérologique de la gestante.***

Q54-Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été bouleversée à cause d'un événement inattendu ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q55-Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu l'impression de ne pas pouvoir contrôler les choses importantes de votre vie ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q56- Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti nerveuse et stressée ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q57-Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti confiant quant	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois	

à votre capacité à gérer vos problèmes personnels ?	3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q58-Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que les choses allaient comme vous le vouliez ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q59-Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous constaté que vous ne pouviez pas faire face à toutes les choses que vous deviez faire ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q60-Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous pu contrôler vos énervements ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q61-Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti que vous étiez au contrôle des choses ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
Q62-Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous été irritée à cause d'évènements qui échappaient à votre contrôle ?	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	
	0- jamais 1- presque jamais 2– parfois 3 - assez souvent 4 - très souvent	

EVALUATION DE LA STIGMATISATION ET A LA DISCRIMINATION ***basée sur l'échelle de stigmatisation et de discrimination de la Public Health Agency of Canada. Toutes les questions doivent être relatées au statut sérologique de la gestante.***

Q64- Votre famille vous a-t-elle une fois déclaré avoir honte de vous ?	1-Oui 2-Non	
Q65- Une personne ieure à votre famille vous a-t-léclaré avoir honte de vous ?	1-Oui 2-Non	
Q66-Vous a-t-on une fois dit que vous êtes maudite ?	1-Oui 2-Non	
Q67- Vous a-t-on une fois dit que vous êtes dégoutante ?	1-Oui 2-Non	
Q68- Vous a-t-on une fois dit que vous méritez d'être punie ?	1-Oui 2-Non	
Q69- Avez-vous déjà été congédiée par votre employeur?	1-Oui 2-Non	
Q70-Sentez-vous être mise à l'écart des autres personnes dans un rassemblement ?	1-Oui 2-Non	
Q71- Avez-vous déjà été privée d'une liberté dont tout le monde semble bénéficier ?	1-Oui 2-Non	
Q72- Pensez-vous être rejetée par vos pairs dans votre communauté ?	1-Oui 2-Non	
Q73-Avez-vous déjà subie des agressions verbales ou des moqueries dans votre communauté ?	1-Oui 2-Non	
Q74-Pensez-vous que votre famille vous néglige ?	1-Oui 2-Non	

Q75-Pensez-vous avoir perdu le respect de votre ?	1-Oui 2-Non	
Q76-Avez-vous une fois été victime de violences physiques ?	1-Oui 2-Non	
Q77-Pensez-vous avoir eue un déclin professionnel ?	1-Oui 2-Non	
Q78-Pensez-vous bénéficier de la même attention à l'hôpital que les autres malades ?	1-Oui 2-Non	
Q79-Pensez-vous bénéficier des mêmes soins à l'hôpital que les autres malades ?	1-Oui 2-Non	

TABLE DES MATIERES

DEDICACES II

REMERCIEMENTS VII

HOMMAGES XI

LISTE DES SIGLES ABREVIATIONS, SYMBOLES ET ACRONYMES XIV

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES XVIII

LISTE DES TABLEAUX XVIII

LISTE DES FIGURES XXII

SOMMAIRE XXV

INTRODUCTION ..... A

OBJECTIFS ..... D

Objectif général ..... E

Objectifs specifiques ..... E

I-GENERALITES ..... F

1-1-Historique du VIH/SIDA ..... G

1-2-Epidémiologie de l'infection au VIH ..... H

1-3-Classification ..... J

1-4-Structure du VIH ..... J

1-5-Organisation génétique du VIH L

1-6-Variabilité génétique du VIH ..... M

1-7-Histoire naturelle de l'infection au VIH ..... N

1-8-Modes de transmission du VIH ..... S

1-9-Traitement antiretroviral V

1-10-Aspects psychosociaux du VIH/SIDA chez les mères seropositives en Afrique ..... AA

1-10-1- Impacts sanitaire et social du VIH/SIDA ..... AA

1-10-2- Le choc psychologique de l'annonce du statut ..... AA

1-10-4-Les difficultés du partage de l'information..... CC
1-10-5-Le désir d'autres enfants CC
1-10-6-Le choix de l'alimentation du nourrisson .....EE
1-10-7-Dépression, anxiété et stress chez les femmes enceintes séropositives ..... FF
1-11-Prévention de la transmission mère-enfant du VIH .....GG
II-METHODOLOGIE ..... JJ
2-1-CADRE D'ETUDE .....KK
2-1-1-Présentation de la République du Bénin et de son système sanitaire .....KK
2-1-2-La clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du CNHU-HKM .....NN
2-1-3-Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHUZ/SL..... PP
2-1-3-Le service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-HIA.....QQ
2-1-4-La clinique médicale de l'ONG RACINES ..... RR
2-METHODE D'ETUDE..... SS
2-1- Type d'étude et période de l'enquête ..... SS
2-2-Population d'étude ..... SS
2-2-1-Critères d'inclusion .....TT
2-2-2-Critères de non inclusion .....TT
2-3-Echantillonnage.....TT
2-3-1-Variables .....TT
2-3-2-Technique de collecte de données VV
2-3-3-Organisation de la collecte de données XX
2-3-4-Analyse des données XX
2-3-5-Considérations éthiques XX
III-RESULTATS .....ZZ
3-1-Résultats descriptifs.....AAA
3-1-1-Caractéristiques sociodémographiques des mères.....AAA
3-1-2-Caractéristiques sociodémographiques des conjoints .....FFF
3-2-Résultats analytiques .....GGG
3-2-1-Circonstances de découverte de la séropositivité.....GGG
3-2-2- Partage de l'information..... LLL
3-2-3- Soutien de la femme au cours de la grossesse ..... TTT
3-2-4-Facteurs influencant le comportement des femmes pendant la grossesse et après l'accouchement VVV

IV-COMMENTAIRES ET DISCUSSION .....FFFF

4-1-Caractéristiques sociodémographique des mères.....GGGG

4-2-Caractéristiques sociodémographiques des conjoints .....HHHH

4-3-Circonstances de découverte de la séropositivité des femmes IIII

4-4-Statut sérologique des conjoints ..... JJJJ

4-5-Partage de l'information ..... JJJJ

4-6-Soutien au cours de la grossesse ..... MMMM

4-7-Dépression au cours de la grossesse ..... MMMM

4-8-Choix de l'alimentation de l'enfant.....NNNN

4-9-Statut de l'enfant .....OOOO

4-10-Désir d'autres enfants.....OOOO

V-CONCLUSION .....QQQQ

VI-SUGGESTIONS .....UUUU

VII-REFERENCES……96

ANNEXE .....A

TABLE DES MATIERES..... a

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

En présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine,

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail,

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

VU LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction: Le VIH/SIDA représente un problème majeur de santé publique dans le monde et particulièrement en Afrique. Pour de nombreuses raisons, les femmes enceintes représentent une population particulièrement importante des personnes vivant avec le VIH. En plus de la brutalité de la découverte de leur statut, elles doivent faire face au double poids de la grossesse et de la gestion des difficultés associés à leur statut dans leur communauté. Il existe peu d'études sur la manière dont la découverte de la séropositivité au VIH affecte l'état psychologique des femmes enceintes et influence leur choix de vie pendant et après la grossesse.

Objectif général: Etudier le vécu psychologique et social des gestantes séropositives au VIH.

Cadre et méthode: Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique conduite au sein de quatre centres de référence de Cotonou (CUGO, HIA-CHU, CHUZ/SL, ONG RACINES).

Résultats: Au total, 102 femmes avaient participé à l'étude. L'âge moyen était de 32,5 ans. 72,5% des femmes étaient mariées. La majorité avait déjà accouché (79,4%). La circonstance de découverte de la séropositivité la plus retrouvée était la grossesse (73%). 67% des femmes avaient informé leur conjoint de leur séropositivité et 83% avaient informé un parent proche. La majorité (85%) craignait un partage du statut et évoquaient comme raisons principales la peur de la séparation du conjoint et la divulgation à l'entourage. 66 % des conjoints informés avaient eus une réaction positive. Plus de la moitié des femmes (62%) était soutenue pendant la grossesse. Après la découverte du statut les femmes étaient confrontées à de l'anxiété à 96%, au stress à 92% et à la dépression à 59%. 72% avaient rencontré des difficultés dans le choix de l'alimentation du nourrisson. La taille de la fratrie, le statut sérologique de l'enfant, et le soutien du conjoint pendant la grossesse avaient influencé le désir des femmes d'avoir une nouvelle grossesse.

Conclusion: Chez les femmes enceintes, la découverte d'une séropositivité au VIH et les difficultés de gestion de ce statut dans son milieu de vie rendent indispensable un accompagnement psychosocial.

Mots clés: VIH, Femme enceinte, Vécu, Psychosocial.

ABSTRACT

Introduction: HIV/AIDS represents a major public health problem worldwide and particularly in Africa. For many reasons, pregnant women represent a particularly large population of people living with HIV. In addition to the brutality of discovering their status, they must deal with the double burden of pregnancy and managing the difficulties associated with their status in their community. There are few studies on how the discovery of HIV status affects the psychological state of pregnant women and influences their life choices during and after pregnancy.

General objective: To study the psychological and social experiences of HIV-positive pregnant women.

Setting and method: This was a descriptive and analytical cross-sectional study conducted in four reference centers in Cotonou (CUGO, HIA-CHU, CHUZ/SL, NGO RACINES).

Results: A total of 102 women had participated in the study. The average age was 32.5 years. 72.5% of the women were married. The majority had given birth less than 2 years previously (79.4%). The most common reason for the discovery of HIV status was pregnancy (73%). 67% of the women had informed their spouse of their seropositivity and 83% had informed a close relative. The majority (85%) feared sharing their status and mentioned as the main reasons the fear of separation from their spouse and disclosure to their entourage. 66% of informed spouses had a positive reaction. More than half of the women (62%) were supported during pregnancy. After the discovery of the status, 96% of the women had experienced anxiety, 92% had experienced stress and 59% had experienced depression. 72% had encountered difficulties in choosing the infant's diet. The size of the siblings, the child's HIV status, and the support of the spouse during the pregnancy influenced the women's desire to have a new pregnancy

Conclusion: In pregnant women, the discovery of HIV-positive status and the difficulties of managinrn , tg this status in her living environment make psychosocial support essential.

Key words: HIV, Pregnant woman, Living, Psychosocial