



Mémoire Présenté
par : DIALLO,
Ouleymatou

ECOLE NATIONALE DES
TRAVAILLEURS SOCIAUX
SPECIALISES
(ENTSS)

**Niveau d'information et attitudes des
femmes enceintes en zone péri-urbaine à
Dakar face au VIH/Sida : étude menée à
partir de trois structures sanitaires dans
le District de Rufisque**

DAKAR:2001

MELLE OULEYMATOU DIALLO

THEME :
NIVEAU D'INFORMATION ET ATTITUDES DES FEMMES
ENCEINTES EN ZONE PERI-URBAINE A DAKAR FACE AU
VIH/SIDA :
ETUDE MENE E A PARTIR DE TROIS (03) STRUCTURES
SANITAIRES DANS LE DISTRICT DE RUFISQUE.

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

PRESENTE ET SOUTENU AU DEPARTEMENT DE FORMATION
SUPERIEURE EN TRAVAIL SOCIAL (DSTS)

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME SUPERIEUR EN TRAVAIL SOCIAL.

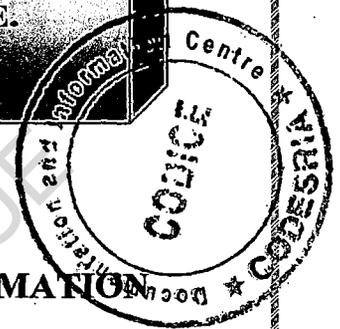
OPTION : GESTION ET CONTROLE DES SERVICES SOCIAUX ET DE
L'EDUCATION SURVEILLEE (GCSSSES).

ECOLE NATIONALE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX SPECIALISES
(ENTSS).



MINISTERE DE LA FEMME, DE LA FAMILLE, DU DEVELOPPEMENT
SOCIAL ET DE L'ENTREPRENARIAT FEMININ.

DAKAR 2007



150402
DIA
15019

10 FEB. 2011

15.04.02

DIA

15019



DEDICACES

CODESRIA - BIPROTEQUE

I DEDICACES

Par la Grâce d'ALLAH le Tout – Puissant, je dédie ce travail de longue haleine ;

- A la mémoire de :
- Mon très cher Papa Abdoulaye Samba DIALLO qui a guidé mes pas et éclairé ma voie par son sens des valeurs positives. Tu m'as inculquée une éducation que je ne regretterai jamais ;
- Mon grand-père Farba Oumar DIENG et ma grand-mère Khardiata AW que je n'ai point connue ;
- Mon frère aîné Amadou Seydi DIENG qui était en vie en 2002 lors de ma première soutenance. Que ton unique fils Bocar Amadou grandisse et vive dans le bonheur et la quiétude ;
- Mes oncles paternels Hameth Daly DIALLO et Oumar Samba DIALLO ;
- Ma tante Rougui Ly qui était encore en vie lors de ma première soutenance, repose en paix ma très chère tante;
- Ma cousine Marième NDIATH qui nous a quittés à la fleur de l'âge. Ton beau sourire restera encore gravé dans ma mémoire ;
- Monsieur Cheikh SENE, ancien professeur de Rédaction Administrative à l'ENTSS, pour les conseils pratiques et les connaissances utiles que tu nous as transmis ;

- Mes cousines Minielle DIA et Fatoumata NDONGO qui était encore en vie lors de ma première soutenance en 2002 ;
- Ma très chère amie Diariétou THIOM dite yandé qui nous a quittés très jeune ainsi que sa maman Amy KAÏRE.

Je n'oublierai jamais les moments ainsi que les secrets que nous avons partagés ensemble. Que ton unique fille Seynabou NDIAYE grandisse dans le bonheur et la quiétude.

- M. SIDIBE que nous appelions affectueusement PA SIDIBE, gardien du CEDEPS et CDVAA de Pikine- Guédiawaye ;
- Madame NIANG, Secrétaire à la Direction de l'ENTSS pour la saisie de qualité de ce Mémoire ; Que ton âme repose en paix ;

Que DIEU vous accueille Tous dans son paradis éternel et vous comble de ses bienfaits.

- A ma très chère Maman Coumba Oumar DIENG ; source intarissable de conseils que j'admire pour sa générosité et sa forte personnalité. Je ne cesserai jamais de te remercier de m'avoir guidée sur le droit chemin et d'avoir consenti tant d'efforts et de sacrifices à mon égard. Merci maman ;
- A mon grand-père Oumar Elhadj AW, « le Sage » pour toute l'attention qu'il m'accorde ainsi que ses prestigieux conseils. Que Dieu t'accorde une longue vie et une santé de fer ;

- A mes tantes Houlèye BOUSSO (pour ses conseils et son soutien sans limites), Aïssatou DIOP, Dieynaba DIA, Mariame BAAL. Que Dieu vous accorde une santé de fer ;
- A ma tante, confidente et conseillère Mme DIALLO Fatimata SALL, assistante sociale à l'Institut de Pédiatrie Sociale de Pikine pour les efforts consentis à mon égard ;
- A mes oncles maternels Samba et Mamadou BOUSSO, Baïdy NDIATH ;
- A mes frères Abdoul Boundaw, Mamadou, Baba, Mamoudou, Oumar, Djiby, Karamoko, Abdourahmane « thiat », Seydou, Abdouel, Tidiane;
- A mes sœurs Nafi, Mariata (heureux ménage), Fatim Seydi, Néné, Bineta, Assel, Minielle, Rokhaya, Hawa, Ndèye SARR, Daly, Dieynaba, Dieyni;
- A mes « belles sœurs » Hawa Coumody, Zeyna, Bineta NDIAYE ;
- A mes cousines Boundaw, Tacko Diallo, Hawoly NDIATH, Maïmouna, Khady Bousso, Oumy Khaïry, Fatim, Marième et Oumou Diallo;
- A mes neveux et nièces Oumou DIA en France, Bocar Amadou Dieng, Fayol, Papis Dia, Abdoul LY, Tidiane, Mamadou, Mamoudou, Boubacar, Mohamed, Aïcha, Bineta, yéro, Abass, Aïssata, Papa Abdoul, Diéliya et Rougui ;
- A Monsieur Moustapha MBODJ, Directeur de l'ENTSS ;

- A Monsieur Momar Mbaye GUEYE, Directeur des Etudes et des Stages pour ses prestigieux conseils ;
- A Monsieur Amadou Malick GAYE, Conservateur de la Bibliothèque de l'ENTSS ;
- A monsieur Abdoulaye DIAKHATE, responsable de la scolarité
- A l'ensemble des Professeurs et Chefs de travaux de l'ENTSS
- A Monsieur Ousmane SENE, Chef de la Division Développement Professionnel et Social à Dakar Dem Dikk, pour tous les efforts consentis à mon égard ainsi que son soutien sans faille ;
- A Docteur Ngagne MBAYE, Président de l'Association « Synergie pour l'Enfance », par ailleurs Directeur du CDVAA de Pikine/Guédiawaye pour tous les efforts consentis à l'endroit des jeunes et des enfants infectés et/ou affectés par le VIH/SIDA ;
- A mon amie et confidente Poulo DIAW pour tes prestigieux conseils et tes cadeaux ;
- A Monsieur Ousmane FALL, Appui technique à l'Association pour la promotion des Projets de Développement à la Base (ASPRODEB)
- A mes camarades de classe Mame Awa Diagne, Khady Ndoye, Racky Fall, Sokhna Dia, Etienne Mengo, Patrica Taye, Germaine Nguéma, Marie claire Aynoue, Gaudence Dusabe, Awa Baldé, Saër seck, Abdoulaye Dieng, Gansou Diabang, Abdoulaye Kaltoum Camara,

Suzanne Ndiaye, Nafissatou Ndiaye Diakité, Fadoum Sy, Abdoul Kane,
Dieynaba Dabo, Salif Kane, Kéména Mahan ;

- A toutes les personnes séropositives ;
- A tous les enfants infectés et/ou affectés par le VIH/SIDA ;
- A tous les Orphelins et Enfants Vulnérables ;
- A tous ceux qui sont à la quête du SAVOIR

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

II REMERCIEMENTS

Je tiens à mentionner ici la grande disponibilité de Monsieur Momar KANE (Chef de Département de la Formation Supérieure en Travail Social à l'ENTSS et Professeur de Recherche Qualitative) qui a dirigé ce Mémoire et m'a parfaitement aidée.

Par une lecture attentive de mes textes, ses critiques, remarques et conseils, il m'a initié au métier de chercheur.

Mes remerciements vont également à l'endroit de :

- Monsieur le Secrétaire Exécutif et à l'ensemble du personnel du Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA) en particulier Mesdames NIANG et SARR ainsi que Madame la Secrétaire pour **la Subvention** tant sur le plan matériel que financier de ce Mémoire

SIGLES ET ABBREVIATIONS

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

III SIGLES ET ABBREVIATIONS

AED : Académie pour le Développement de l'Education

ANDS : Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie

ARV : Antirétroviraux

CCA : Centre de Conseil pour Adolescents

CDVAA : Centre de Dépistage Volontaire Anonyme et d'Accompagnement

CEDEPS : Centre Départemental d'Education Populaire et Sportive

CNLS : Conseil National de Lutte contre le SIDA

CODESRIA : Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique

CRDI : Centre de Recherche pour le Développement International

DPS : Direction de la Prévision et de la Statistique

ENDSS : Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Social

ENEA : Ecole Nationale d'Economie Appliquée

ENTSS : Ecole Nationale des Travailleurs Sociaux Spécialisés

KIT : Institut Royal des Tropiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONUSIDA : Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

SAFAIDS : Southern Africa AIDS Information Dissemination Service

SARA : Soutien pour l'Analyse et la Recherche en Afrique

TME : Transmission Mère-Enfant

UNESCO : Organisation des Nations Unies pour la Science et la Culture

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

ZAC : Zone d'Aménagement Concertée

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

IV LISTE DES TABLEAUX

TABLEAUX	N° PAGES
<u>Tableau n° 1</u> : Répartition des femmes enceintes selon l'âge	75
<u>Tableau n° 2</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur situation matrimoniale	77
<u>Tableau n° 3</u> : Répartition des femmes enceintes selon l'ethnie	79
<u>Tableau n° 4</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur religion	80
<u>Tableau n°5</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur lieu de résidence	81
<u>Tableau n°6</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur niveau d'instruction	84
<u>Tableau n°7</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur occupation	86
<u>Tableau n°8</u> : Répartition des femmes enceintes selon leurs sources d'information sur le VIH/SIDA	88
<u>Tableau n°9</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA	90

<u>Tableau n°10</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des conséquences du VIH/SIDA	92
<u>Tableau n°11</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des symptômes du SIDA	94
<u>Tableau n°12</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA	96
<u>Tableau n°13</u> : Répartition des femmes enceintes selon la connaissance de leur statut sérologique	98
<u>Tableau n°14</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des différents résultats qui existent après la pratique du test de dépistage du VIH/SIDA	102
<u>Tableau n°15</u> : Répartition des femmes enceintes selon la connaissance de l'existence d'une prise en charge des personnes séropositives sur les plans médical et psychosocial	103
<u>Tableau n°16</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des lieux où l'on pratique le test de dépistage du VIH/SIDA	105

<u>Tableau n°17</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'être mises sous ARV en cas de séropositivité	107
<u>Tableau n°18</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'être mises en rapport avec un infectiologue et un pédiatre en cas de séropositivité	109
<u>Tableau n°19</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'avoir des rapports sexuels protégés en cas de séropositivité	110
<u>Tableau n°20</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de faire tester leur partenaire en cas de séropositivité	112
<u>Tableau n°21</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de faire tester leurs enfants en cas de séropositivité	113
<u>Tableau n°22</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de faire tester leur (s) coépouse (s) en cas de séropositivité	114
<u>Tableau n°23</u> : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'être suivies avec leur nouveau-né en cas de séropositivité	116

Tableau n°24 : Répartition des femmes enceintes selon le mode d'allaitement à choisir après l'accouchement en cas de séropositivité	117
Tableau n°25 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de faire la planification familiale en cas de séropositivité	119
Tableau n°26 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation des visites à domicile en cas de séropositivité	120
Tableau n°27 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de participer aux groupes de paroles en cas de séropositivité	122
Tableau n°28 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de partager l'information en cas de séropositivité	124

TABLE DES MATIERES

	Pages
Dédicaces-----	I
Remerciements-----	II
Liste des sigles et abréviations-----	III
Liste des tableaux-----	IV
 INTRODUCTION-----	 1

PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE ET CONSTRUCTION DE L'OBJET DE LA RECHERCHE

1-1- Position du problème-----	6
1-2- Justification du choix du sujet-----	21
1-3- Revue de la littérature-----	24
1-4- Cadre conceptuel-----	55
1-5- Objectifs	
1-5-1 Objectif général-----	59
1-5-2 Objectifs spécifiques-----	59

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

2-1 : Univers de la recherche	
2-1-1-Le cadre de l'étude-----	60
2-1-1-1-Aperçu sur le Sénégal-----	60
2-1-1-2-Aperçu sur la ville de Rufisque-----	62
2-1-1-3-Présentation des trois (03) structures sanitaires-----	64

2-1-1-3-1-Le centre de santé Youssouf Mbargane DIOP -----	64
2-1-1-3-2 Le poste de santé « Polyclinique Municipale »-----	65
2-1-1-3-3 Le poste de santé de Nimzatt-----	67
2-1-2-La population parent-----	68
2-2- La stratégie de la recherche-----	68
2-2-1- L'échantillonnage-----	68
2-2-2- La recherche documentaire-----	69
2-2-3- L'observation libre-----	71
2-2-4-Le choix des instruments-----	71
2-2-4-1- Le pré test-----	72
2-2-4-2- L'administration des instruments-----	72
2-2-5- Difficultés rencontrées et limites de la recherche -----	73

TROISIEME PARTIE ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

III-1 Profil sociodémographique des répondantes

3-1-1 L'âge-----	75
3-1-2 La situation matrimoniale-----	77
3-1-3 L'ethnie-----	79
3-1-4 La religion-----	80
3-1-5 Le lieu de résidence-----	81
3-1-6 Le niveau d'instruction-----	84
3-1-7 L'occupation des femmes enceintes-----	85

III-2 Niveau d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA

3-2-1 Sources d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA-	88
3-2-2 Connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA-----	90

3-2-3	Connaissance portant sur les conséquences du VIH/SIDA sur la personne infectée-----	92
3-2-4	Connaissance des symptômes du SIDA-----	94
3-2-5	Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA-----	96
3-2-6	Connaissance du statut sérologique-----	98
3-2-7	Connaissance des résultats du test-----	102
3-2-8	Connaissance de l'existence d'une prise en charge des personnes séropositives-----	103
3-2-9	Connaissance des lieux où l'on pratique le test de dépistage---	105

III-3 Attitudes des femmes enceintes face au VIH/SIDA

3-3-1	Acceptation du traitement ARV-----	107
3-3-2	Acceptation des soins de l'infectiologue et du pédiatre- ---	109
3-3-3	Acceptation des rapports sexuels protégés-----	110
3-3-4	Acceptation du test du partenaire-----	112
3-3-5	Acceptation du test des enfants-----	113
3-3-6	Acceptation du test de la ou des coépouses-----	114
3-3-7	Acceptation du suivi médical-----	116
3-3-8	Mode d'allaitement à choisir-----	117
3-3-9	Acceptation de la planification familiale-----	119
3-3-10	Acceptation des visites à domicile-----	120
3-3-11	Acceptation de participer aux groupes de paroles-----	122
3-3-12	Acceptation du partage de l'information-----	124

IV Suggestions et recommandations----- 127

V Actions du travailleur social----- 129

Conclusion----- 132

Bibliographie----- 135

Annexes----- 141

INTRODUCTION

CODESRIA RESEARCH THEQUE

INTRODUCTION

L'épidémie du SIDA est sans doute la catastrophe sanitaire la plus dramatique de l'histoire de l'humanité. La maladie continue à faire des ravages au sein des familles et des communautés à travers le monde.

Selon le **Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)**, on estime en fin 2001 que 40 millions de personnes de par le monde sont actuellement atteintes du VIH. Dans plusieurs pays en voie de développement, la plupart des nouvelles infections se sont déclarées chez de jeunes adultes, et surtout chez les jeunes femmes (**BARBARA Christie-Dever, 2002**).

Hormis les 25 millions de personnes mortes du SIDA à la fin de l'année 2005, au moins 40 autres millions sont séropositives aujourd'hui. Quelques 54,9 millions de personnes ont contracté le virus du VIH en 2005 dont 95% vivant en Afrique subsaharienne, en Europe de l'Est ou en Asie (**population Bulletin, 2006**).

Dans les régions les plus affectées, les acquis sanitaires péniblement obtenus au cours des 50 dernières années ont été balayés par les décès et les invalidités causés par le SIDA. La maladie handicape les progrès aux niveaux à la fois personnel, familial, communautaire et national. Dans les pays gravement touchés, la croissance économique et la stabilité politique se trouvent également menacées.

L'Afrique subsaharienne reste la zone la plus touchée avec 25 millions de Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH), soit près des deux tiers du total des PVVIH dans le monde.

En outre, sur les 10 millions de jeunes âgés de 15 à 24 ans infectés par le VIH à travers le monde, 6 millions vivent en Afrique subsaharienne et les $\frac{3}{4}$ d'entre eux sont des jeunes femmes. (**Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale – CNLS, 2005**). Cette tendance à la féminisation de l'infection est une particularité du continent africain ; en effet, partout ailleurs, les hommes sont souvent plus infectés que les femmes. Près de 60% des PVVIH en Afrique sont de sexe féminin et la transmission du VIH chez les femmes en âge de procréer se fait principalement par voie hétérosexuelle.

Les facteurs socio-économiques, notamment le manque d'accès des femmes à l'éducation ou aux revenus personnels, et l'inégalité des droits de la propriété ne font que perpétuer la vulnérabilité accrue des femmes à la séropositivité.

Les relations avec des partenaires multiples, avalisées par des « cadeaux », constituent parfois une stratégie de survie essentielle pour de nombreuses femmes défavorisées. Poussées par la pauvreté et le désir d'une vie meilleure, de nombreuses femmes et filles se retrouvent à utiliser les rapports sexuels comme une marchandise pour échanger des biens, des services, de l'argent, un logement ou d'autres articles de première nécessité ; souvent avec des hommes plus âgés. Ces rapports sexuels « transactionnels » impliquent des relations sexuelles non matrimoniales, souvent avec des partenaires masculins multiples et plus âgés et ils sont le reflet de la situation économique supérieure et l'accès des hommes aux ressources, des difficultés des femmes à satisfaire leurs besoins fondamentaux et de la valeur culturelle que les hommes attribuent à la possession de partenaires sexuelles multiples.

Partout dans le monde, l'impact croissant de l'épidémie sur les femmes se produit dans un contexte de graves inégalités entre les sexes, entre les classes et autres.

Ce phénomène est aussi manifeste dans les pays industrialisés de l'Europe Occidentale et de l'Amérique du Nord, où un quart environ de P.V.V.I.H sont des femmes et où le VIH s'installe toujours davantage parmi les femmes qui appartiennent à des segments marginalisés de la population, notamment les minorités, les immigrants et les réfugiés.

Les femmes africaines, américaines et hispaniques, par exemple, constituent moins d'un quart de toutes les femmes des Etats-Unis d'Amérique, mais à la fin du siècle dernier, elles représentent 80% des cas de SIDA notifiés parmi les femmes (**ONUSIDA – OMS, 2004**)

L'infection pédiatrique apparaît de plus en plus comme un problème majeur de santé publique. Pour la seule année 2004, l'ONUSIDA a estimé à 640.000 le nombre d'enfants infectés par le VIH et le nombre de décès à 510.000 (**Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale – CNLS, 2005**).

Aussi, par le biais de l'infection pédiatrique à VIH, la mortalité infantile est-elle en augmentation constante depuis plusieurs années. Ainsi, au Sénégal, chaque année, environ 1.600 enfants nouvellement infectés sont attendus, en l'absence d'intervention préventive et en cas d'allaitement prolongé.

La transmission mère-enfant du VIH peut se produire pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, ou par le lait maternel.

Pendant la grossesse, le risque de contamination est de 5 à 8% par passage du virus à travers le placenta.

Pendant le travail et l'accouchement ce risque est de 10 à 20% (**Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2005**). Ce risque est considérablement réduit autour de 5 à 2% par une prise en charge préventive appropriée de la femme enceinte (**Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2006**).

En l'absence de traitement le risque global de transmission peut varier de 30 à 45% en cas d'allaitement jusqu'à 18 ou 24 mois et 25 à 35% si l'enfant est allaité jusqu'à six (6) mois.

La prévention et la prise en charge de la mère, de l'enfant et de la femme soulèvent des problèmes éthiques complexes qui trouvent un terreau dans les contextes de précarité extrême.

Le respect des Droits Humains fondamentaux doit être une préoccupation constante des interventions, fussent-elles à titre « **bénévole ou humanitaire** ».

La prévention de la transmission mère-enfant tire force et légitimité de sa double articulation avec la prévention de l'infection primaire dans la population générale, en particulier chez la femme en âge de procréer, et avec l'accès aux traitements et à l'accompagnement multidimensionnel des personnes et familles affectées par le VIH. C'est la porte d'entrée idéale pour investir les espaces communautaires et y poser la question de l'infection par le VIH en termes de **risques** mais aussi de **responsabilité** tant au niveau de l'individu que de la collectivité.

Il importe de souligner que la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA intègre des activités d'information et de sensibilisation des femmes enceintes sur la problématique du VIH/SIDA. C'est précisément sur le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes face au VIH/SIDA que portera notre réflexion.

La première partie de cette étude est consacrée à la problématique et à la construction de l'objet de la recherche. ; la deuxième partie à la démarche

méthodologique que nous avons adoptée ; alors que la troisième partie aborde l'analyse et l'interprétation des résultats.

Nous terminons ce travail en proposant des solutions aux différents problèmes soulevés au cours de l'étude, pour une amélioration du niveau d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA afin qu'elles adoptent des attitudes allant dans le sens de la réduction de la transmission mère-enfant.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**PROBLEMATIQUE ET CONSTRUCTION
DE L'OBJET DE LA RECHERCHE**

CODESRIA-BIBLIOTHEQUE

PREMIERE PARTIE : PROBLEMATIQUE ET CONSTRUCUTION DE L'OBJET DE LA RECHERCHE

1-1 Position du Problème

Le Syndrome de l'Immuno Déficience Acquisée (SIDA) a tué plus de 25 millions de personnes depuis qu'il a été identifié **en 1981** ; ce qui en fait l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'histoire.

Selon **Docteur NEBOUT Nicole (2003)**, en **1981**, des médecins américains ont décrit cinq (05) cas de malades présentant des symptômes inhabituels. Comme la déficience du système immunitaire a rapidement été mise en évidence, on a donné à cette **maladie nouvelle** le nom de Syndrome d'Immuno Déficience Acquisée. Les médecins avaient remarqué que le déficit immunitaire était lié à la diminution d'une population de globules blancs, les lymphocytes CD 4. **En Janvier 1983**, le responsable du SIDA est identifié par l'équipe du **Professeur Luc Montagnier** à l'Institut Pasteur de Paris ; c'est un nouveau virus, un **rétrovirus**, qui met en échec notre système immunitaire, d'où son nom de Virus de l'Immuno déficience Humaine, en abrégé **VIH** et en anglais **HIV**, Human Immuno Deficiency Virus. En 1986, la même équipe isolait, dans le sang de malades originaires d'Afrique de l'Ouest, un virus de la même famille, génétiquement différent, le **VIH2**. Le premier virus isolé est devenu **VIH1**. A cause de la diffusion mondiale de cette infection, en 1987, l'OMS a créé un programme mondial de lutte contre le SIDA.

D'après le Rapport sur la Prévention du VIH intitulé « **Le Point sur l'épidémie du SIDA** » de **Décembre 2005**, on note 3,1 millions de décès dus au

SIDA, dont plus d'un demi million (570.000) d'enfants, ceci malgré un accès récemment amélioré aux antirétroviraux et à la prise en charge dans de nombreuses régions du monde.

Le nombre total de personnes vivant avec le Virus de l'Immuno Déficience Humaine (VIH) a atteint son plus haut niveau. Selon le point fait par l'ONUSIDA sur l'épidémie en 2005, on estime que 40,3 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH, près de 5 millions de personnes ont contracté une infection par le virus en 2005. L'Afrique subsaharienne compte un peu plus de 10% de la population mondiale, mais elle abrite plus de 66% de toutes les personnes vivant avec le VIH (23,8 millions).

En 2005, on estime à 3,2 millions le nombre de personnes ayant contracté une infection, alors que 2,4 millions d'adultes et d'enfants sont morts du SIDA. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, on estime que 4,6 % des femmes et 1,7% des hommes vivent avec le VIH (**ONUSIDA – OMS, 2005**).

Une baisse de la prévalence du VIH chez l'adulte à l'échelle nationale semble se produire dans trois (03) pays d'Afrique subsaharienne : le Kenya, l'Ouganda et le Zimbabwe. A l'exception de ce dernier, les autres pays d'Afrique Australe ne montrent guère de signes de progrès dans la maîtrise de l'épidémie. Les niveaux de prévalence du VIH y restent exceptionnellement élevés, sauf pour l'Angola et pourraient même n'avoir pas encore atteint leur pic dans plusieurs pays comme c'est le cas pour le Mozambique et le Swaziland où l'épidémie est en expansion.

L'Afrique de l'Ouest et du Centre, où la prévalence nationale estimée du VIH est considérablement moins élevée que dans le Sud et l'Est de la région, ne montre pas non plus de signes de changement dans les niveaux d'infection à

VIH, sauf dans les zones urbaines du Burkina Faso où la prévalence semble en baisse.

Bien que l'épidémie y soit variable en ampleur et en intensité, la sous région d'Afrique de l'Ouest a toujours été moins gravement touchée que d'autres parties d'Afrique subsaharienne. La prévalence du VIH chez l'adulte n'a pas encore dépassé 10% dans aucun des pays Ouest Africains et on n'a relevé aucun signe clair de modification significative dans la prévalence chez les femmes enceintes ces dernières années **(ONUSIDA, OMS, 2005)**.

En 2005, il était clair que la prévalence du VIH s'était stabilisée dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, même si le nombre de nouvelles infections continuait d'augmenter parallèlement à la population.

Dans certaines zones surtout urbaines, et dans certains groupes de population, l'incidence diminuait. Cela ne signifie pas qu'il n'y a pas eu d'efforts considérables en termes de riposte au VIH et au SIDA, de renforcement des capacités du secteur de la santé ou de disponibilité des traitements. Il y en a eu certains ont été même héroïques. Le problème est qu'ils n'ont jamais suffi pour prendre de vitesse l'épidémie et répondre à la demande d'une population croissante.

La croissance de la population ne s'accompagne pas d'une croissance économique proportionnelle et de mécanismes suffisants de distribution des bénéfices de la croissance, aussi limitée soit cette distribution.

Dans la majorité des pays d'Afrique, les gens ne possèdent pas de ressources susceptibles d'être réinvesties pour générer davantage de revenus ou pour épargner et faire face à des temps difficiles.

De plus en plus de gens ont besoin de services, mais le nombre de ceux qui peuvent les financer n'a augmenté que très lentement.

Les avoirs existants s'épuisent tandis que l'inégalité et la pauvreté demeurent, souvent reflétées par un état de santé médiocre et notamment par la haute prévalence du SIDA, dans la majeure partie de l'Afrique subsaharienne.

Le résultat, si l'on considère les 30 années écoulées, voire au-delà, prend l'allure d'un cercle vicieux par accumulation qui affaiblit individus, familles, communautés, corporations et nations.

Quelques fois un événement heureux rompt le cercle et apporte quelques améliorations à l'exemple d'une série de bonnes récoltes, des activités commerciales florissantes, d'un nouveau travail, etc. Mais il s'agit là d'exceptions.

En Afrique Australe et de l'Est et dans certaines parties d'Afrique Centrale, l'épidémie du SIDA sévira très probablement pendant encore un certain temps.

Les baisses observées en Ouganda et plus récemment au Kenya et au Zimbabwe, selon l'**ONUSIDA et l'OMS (2005)**, confirment que les épidémies peuvent être modifiées par des interventions spécifiques sur le VIH. Cependant, dans les contextes à forte prévalence, il est aussi important de continuer à s'attaquer aux dynamiques socio économiques et socio culturelles sous-jacentes qui provoquent les vulnérabilités afin que les baisses puissent être maintenues là où elles existent déjà et obtenues là où elles ne le sont pas encore.

C'est en Afrique de l'Est que l'on continue de voir les signes les plus prometteurs d'une possible inversion du cours des graves épidémies de SIDA. La chute de la prévalence du VIH à l'échelle nationale parmi les femmes enceintes, observée en Ouganda depuis le milieu des années 1990, est observée

aujourd'hui dans les zones urbaines du Kenya où les niveaux d'infection sont en baisse, parfois même très fortement. Dans les deux (02) pays les changements de comportement ont probablement contribué à cette évolution.

L'Afrique du Sud continue à regrouper le nombre le plus élevé au monde de personnes vivant avec le VIH. On estimait à 5,3 millions le nombre de personnes qui y vivaient avec le VIH à la fin de l'année 2003 dont 2,9 millions de femmes (ONUSIDA, 2004).

L'épidémie ne montre malheureusement aucun signe de fléchissement. Selon la même source, la prévalence générale du VIH parmi les femmes enceintes était de 27,9% en 2003, contre 26,5% en 2002 et 25% en 2001.

L'Afrique a connu un progrès significatif en termes de soins de santé au cours des 20 années qui ont suivi la décolonisation. Après 1980, la majeure partie de ces réalisations a été engloutie par le service de la dette, les programmes d'ajustement structurel, l'exode des professionnels de la santé et la détérioration des échanges commerciaux.

Depuis 2004, très peu d'investissements systématiques et à long terme ont été effectués dans les infrastructures et les systèmes de santé publique essentiels, surtout en milieu rural.

Les efforts de rattrapage ont été trop tardifs ; les taux de notification de la tuberculose ont par exemple augmenté rapidement, à mesure que le VIH rendait les populations plus vulnérables à cette maladie.

Le virus s'est silencieusement propagé dans la population, inconnu et indécélable au début ; ensuite la maladie s'est manifestée et les gens en sont morts.

Au cours des 10 à 15 dernières années, la prévalence du VIH en Afrique s'est stabilisée ; certaines personnes ont vu là **un succès de piètre consolation**, si l'on considère en particulier que la prévalence de l'infection parmi la population adulte dépasse toujours 5% dans près de 20 pays (**ONUSIDA, 2005**).

La triste vérité est que la prévalence n'est stable que parce que chaque individu qui meurt du SIDA est « remplacé » par un autre individu, lui-même infecté par le VIH. **Un équilibre diabolique a été ainsi atteint**. A mesure que la population augmente, le nombre total de personnes vivant avec le SIDA progresse, tout comme le nombre de décès.

Avant que ne soient décelés les premiers cas du VIH et de SIDA, l'espérance de vie augmentait rapidement dans la plupart des pays africains. Mais si l'on considère la dizaine d'années écoulées, on constate qu'elle a chuté dans tous les pays où la prévalence était supérieure à 5% (**ONUSIDA, 2005**).

Le SIDA aggrave tous les problèmes de pauvreté, d'inégalité et de mauvaise santé. Au début de l'épidémie, le SIDA frappait tout le monde sans distinction ; les riches et les pauvres étaient infectés de la même manière. Mais au cours de la dernière décennie, les épidémiologistes ont vu émerger un nouveau profil. **Si vous êtes pauvre, si vous avez fréquenté l'école et que vous n'avez pas beaucoup d'atouts en votre possession ; surtout si vous avez perdu vos parents du fait du SIDA, le VIH n'est certainement pas loin. S'il ne vous touche pas personnellement, votre sœur, votre cousin, votre fils ou votre nièce contractera l'infection.**

Des cercles vicieux sont apparus qui aggravent encore la pauvreté, l'inégalité et la maladie. **Ni les mots, ni les statistiques ne peuvent traduire la tragédie humaine des enfants qui pleurent des parents morts ou mourants et qui, montrés du doigt par la société à cause de leur lien avec le**

VIH/SIDA, sont plongés dans la crise économique et l'insécurité à cause de la disparition de leurs parents. Ceux-là se débattent sans services, ni systèmes de soutien dans des communautés appauvries.

Les orphelins du SIDA sont plus nombreux en Afrique que partout ailleurs. Le système de parenté africain, profondément enraciné dans la tradition, avec sa famille élargie d'oncles et de tantes, de cousins et de grands-parents, est un système de protection des enfants venus du fond des âges qui a jusqu'ici résisté, même aux bouleversements sociaux majeurs. Ce système s'effondre à présent sous la pression du SIDA et de l'augmentation spectaculaire du nombre des orphelins dans les pays les plus affectés. Alors qu'avant le SIDA, environ 2% des enfants des pays en développement étaient orphelins, en 1997, les taux relevés dans certains pays ont atteint 7,9% et même 11% (UNICEF, 1999).

Dans de nombreuses sociétés où l'on valorise l'enfant, une femme qui donne naissance à des enfants en mauvaise santé ou dont les enfants meurent se voit frapper d'ostracisme au sein de sa famille et de la communauté. Or, le soutien des familles et les actions qui aident les femmes à mettre au monde et élever des enfants en bonne santé permettent précisément d'échapper à cette stigmatisation.

Dans de nombreux pays à forte prévalence du VIH, le fait de mettre au monde des enfants en bonne santé confère un certain statut au sein de la communauté et donne accès aux ressources de la famille, un accès refusé en revanche aux femmes dont les enfants infectés par le VIH tombent malades et meurent. Dans ce contexte, les actions visant à réduire la transmission mère enfant peuvent aider les femmes à renforcer leur statut dans la communauté, malgré leur séropositivité.

Les femmes ont beaucoup plus de risques que les hommes de contracter le VIH lors d'un seul acte sexuel non protégé avec un partenaire infecté par le VIH. Mais le fait que les femmes aient ou non des rapports sexuels et que ces derniers soient protégés ou non dépendent souvent des décisions et des comportements de leurs partenaires masculins. Malheureusement, aucune méthode de prévention contrôlée par les femmes n'est encore largement disponible. Le préservatif féminin offre une protection à un nombre croissant de femmes, mais il exige toujours une part de négociation et la coopération de l'homme. Il est également beaucoup plus coûteux que le préservatif masculin et, malgré certains signes montrant que son utilisation est en hausse, il n'est encore ni largement disponible, ni accepté sur le plan social.

Il est évident que l'impact du SIDA sur la femme n'est pas seulement une question d'infection. Les femmes sont touchées dans leurs multiples rôles, en tant que mères, épouses, tantes, grands-mères, dispensatrices de soins de santé, éducatrices et dépositaires des valeurs traditionnelles. En effet, au fur et à mesure que l'épidémie s'aggrave, la femme est de plus en plus confrontée à un dilemme provenant surtout de la manière de se protéger contre l'infection et aussi de la façon de négocier ou de gérer l'impact du VIH/SIDA sur sa vie.

En Afrique subsaharienne, la très grande majorité des enfants vivant avec le VIH contractent l'infection par leur mère au cours de la grossesse, de l'accouchement ou de l'allaitement.

Pour ce qui est de la transmission du VIH en période de grossesse, chez la plupart des femmes séropositives, le VIH ne passe pas au travers du placenta de la mère vers le fœtus. Il se peut même que le placenta protège effectivement celui-ci contre le VIH (**Anderson, 1997**). Et pourtant, la protection offerte par le placenta risque de se détériorer :

- si la mère a une infection placentaire virale, bactérienne ou parasitaire lors de la grossesse ;
- si la mère devient elle-même séropositive pendant la grossesse et, en conséquence de cela, il se crée à court terme un niveau élevé de VIH ;
- ou si la mère développe une immunodéficience grave associée à un stade avancé du SIDA. Ainsi on a qualifié certaines affections chez la mère y compris des infections placentaires non traitées (notamment le paludisme), des infections par VIH récentes et le VIH à un stade avancé, de facteurs de risque liés à la transmission mère à enfant (**OMS, 1999**).

Les bébés mis au monde par des mères séropositives sont à très haut risque de contracter l'infection par VIH au moment de l'accouchement. Si en effet, aucune mesure de prévention de la transmission n'est prise à ce seul moment là, 10 à 20% des nouveaux-nés en seront atteints (**S.A.R.A, A.E.D, USAID, 2002**).

Beaucoup de bébés devenus séropositifs le sont en suçant, en absorbant ou en aspirant du sang maternel ou des sécrétions cervicales qui contiennent du VIH ; tandis que d'autres peuvent être infectés lorsque le sang de la mère et celui du fœtus se mélangent lors de la séparation du placenta. Ont été associés aux risques accrus de Transmission Mère A Enfant (TMAE) au moment du travail et de l'accouchement, la durée de la rupture de la membrane (qu'on effectue souvent délibérément afin d'intensifier ou de provoquer le travail), la chorio-amnionite aiguë (qui résulte des maladies sexuellement transmissibles non traitées ou d'autres infections), ainsi que des techniques d'accouchement invasives tendant à accroître la mise en contact du bébé avec le sang maternel (**Anderson, 1997, OMS, 1999**).

Le VIH est présent dans le lait maternel mais avec des concentrations virales cependant beaucoup plus faibles que celles observées dans le sang. En moyenne, environ 15% des bébés nés de mères séropositives deviendront infectés par suite de l'allaitement prolongé de 24 mois ou plus (S.A.R.A, A.E.D, USAID, 2002).

Certaines études récentes donnent à dire que le risque de TMAE due à l'allaitement dépend de plusieurs facteurs à savoir :

- le mode d'allaitement « *il est possible que les bébés allaités exclusivement au sein courent un risque plus faible de s'infecter à ceux qui prennent aussi d'autres liquides, laits ou aliments solides pendant les premiers mois de vie* » (Coutsoudis et al ; 1999. Coutoudis et al. ; 2001. Smith et Kuhn, 2000).

- l'état de santé mammaire (la mastite, les mamelons crevassés et tachetés de sang ou autres signes de l'inflammation mammaire sont liés à des risques accrus de transmission ;
- la durée de l'allaitement ;
- la charge virale chez la mère (rendue plus forte par suite d'une infection récente ou de la progression avancée de la maladie chez celle-ci) ;
- l'état d'immunité maternel ;
- l'état nutritionnel maternel.

On estime que le risque de TMAE post-natale double jusqu'à environ 30% si la mère contracte le virus pendant qu'elle allaite son enfant (SARA-AED- USAID, 2002).

Selon le 4^{ème} Rapport sur l'épidémie mondiale du SIDA, environ 1,9 millions d'enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH à fin 2004, soit près

de 8% du total des personnes vivant avec le VIH dans la région. Le nombre de ces infections pourraient être évitées si les femmes ne contractaient pas l'infection ou si celles qui sont infectées avaient accès au test VIH et à une prophylaxie antirétrovirale offerte également à leur nouveau-né. Mais trop souvent, les services de conseil et de test volontaire permettant de connaître sa sérologie VIH, en dehors d'une grossesse, n'existent toujours pas.

Actuellement, d'après « Le Point sur l'Epidémie » de Décembre 2004, 1% à peine des femmes enceintes des pays fortement touchés bénéficient de services consacrés à la prévention de la transmission mère à enfant dans la plupart des pays d'Afrique Subsaharienne. Mais rares sont ceux qui fournissent également un traitement antirétroviral aux mères qui auraient besoin d'un traitement au long cours.

Sur le plan international, les hommes ont généralement un meilleur accès à la prise en charge et au traitement du SIDA, là où les traitements sont surtout dispensés par le secteur privé et dans le cadre des essais de médicaments. C'est une fois encore un indicateur des nombreux autres avantages dont bénéficient les hommes.

En Afrique Subsaharienne, l'accès global aux traitements pour les hommes comme pour les femmes reste cruellement insuffisant et touchait 150.000 personnes, en Juin 2004 (O.M.S. 2004).

Il est alarmant de constater le nombre d'enfants qui, en Afrique, ont déjà contracté le VIH/SIDA de leur mère, elle-même infectée du VIH, et à cause de la transmission mère à enfant (TMAE). Au total, un demi million de nourrissons et d'enfants au moins sont déjà morts du SIDA, ce qui compromet les gains acquis en matière de survie infantile dans les programmes complets de santé infantile des dernières années.

C'est de plusieurs façons que le VIH/SIDA frappe les nourrissons et enfants en Afrique. Mais il est probable que ceux qui les contractent au moyen de la TMAE en sont les plus directement touchés. Là où des traitements avancés et chers font quasi- complètement défaut et où, même l'accès à des médicaments de base pour guérir les infections opportunistes tend à être irrégulier, les enfants ont à faire face à la morbidité grave et au décès presque certain dans l'enfance.

Dans les pays industrialisés, les taux de TMAE ont baissé ces derniers temps parfois jusqu'à 02% des naissances parmi les mères séropositives, en raison de l'introduction de conseils et de tests ayant trait au VIH, de la prophylaxie à court terme par Zidovudine (ZDV ou AZT), de l'accouchement césarienne facultative, ainsi que de l'utilisation sûre de laits maternisés pour nourrissons remplaçant ainsi l'allaitement.

Dans les régions d'Afrique où généralement on ne peut bénéficier de ces interventions et où l'allaitement prolongé est la règle, environ 25 à 35% des mères séropositives transmettent le VIH à leurs enfants (**DABIS F., MSELLATI P., MEDA N. et al., 1999**).

L'accès au conseil et au dépistage volontaire pose toujours un important problème aux filles et aux femmes qui ne fréquentent pas les services de santé reproductive ainsi qu'aux hommes qui tendent à moins utiliser les centres de santé publique que les femmes.

Avec l'élargissement des programmes de traitement partout dans le monde, il est préoccupant de penser qu'un grand nombre de femmes n'auront pas la possibilité de connaître leur sérologie et de recevoir un traitement, car elles craignent que leurs partenaires apprennent leur séropositivité s'il s'avère qu'elles sont séropositives au VIH.

La décision d'une femme de se soumettre au test est souvent la cause d'une dispute avec le partenaire. Elle peut aussi être prise sans que celui-ci le sache. **Horizons Report, 2001** nous apprend : « *un grand nombre de femmes se sont retrouvées dans des situations de conflit lorsqu'elles se sont rendues au Centre de Santé sans permission* ».

La situation du VIH au Sénégal est caractérisée par une épidémie de type concentré, avec une séroprévalence de l'ordre de 1,5% dans la population générale et des taux allant de 10,9 à 30,3% chez les prostituées (**Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, Avril, 2005**).

Selon la même source, en 2003, on estimait à 83.440 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Sénégal, dont 40.590 femmes soit 48,6%.

Dans cette même année, les estimations renseignent que 1200 adultes et 1990 enfants de moins de 15 ans sont nouvellement infectés par le VIH.

Le nombre total de décès est estimé à 3740. La prévalence chez les femmes enceintes n'a pas connu une évolution significative du VIH dans le temps ; la tendance générale de l'infection reste stable.

Ainsi la prévalence moyenne aujourd'hui est de 1,5%. La prévalence du VIH n'a dépassé 3% dans aucun des centres de consultation prénatale au cours du plus récent cycle de surveillance du VIH en 2002- 2003 (**ONUSIDA, OMS, 2005**).

Selon une étude menée à la clinique Gynéco obstétrique de l'Hôpital Aristide le Dantec de 1991 à 1995, la TME spontanée a été de 30% (HIV1) et 3,8% (HIV2). Ainsi au Sénégal, chaque année environ 1600 enfants nouvellement infectés sont attendus en l'absence d'intervention préventive et en cas d'allaitement prolongé.

Longtemps considéré comme un succès dans la lutte contre le VIH, le Sénégal a vu les niveaux d'infection croître progressivement parmi les

professionnelles du sexe. Dans la capitale Dakar, cette prévalence était de 14% en 2002 et elle était passée à plus de 20%, la même année, parmi leurs homologues d'autres régions dont Kaolack et Ziguinchor (**ONUSIDA, OMS, 2004**) ; Ce qui souligne la nécessité d'intensifier les effets de prévention tant chez les professionnel (le) s du sexe qu'au sein de leur clientèle.

Au niveau de la région de Fatick le taux de prévalence est de 1,2% (12 sur 1000 personnes). Ces données doivent être relativisées puisqu'elles ont été collectées au niveau du département de Fatick (**Jeunesse et Développement, 2005**). La même source précise qu'en 2004, sur 12 personnes proposées à faire le test au niveau du Centre de Santé de Dioffior, 9 sont déclarées séropositives.

Les réalités de Fimela qui est une zone fortement touristique avec les campements tout au long des îles du Saloum et de Nangane sont beaucoup plus semblables à celles de Mbour avec un taux de prévalence qui tourne autour de 30% chez les professionnels du sexe.

Il y'a des chances pour que les réalités soient les mêmes du fait de la mobilité des professionnels du sexe. Pourtant, l'**Enquête Démographique et de Santé (2005)** a révélé une prévalence de 3,4% chez les femmes adultes, à Ziguinchor et 2,7% à Kolda, au Sud du pays, à la frontière avec la Guinée Bissau.

Parmi les professionnelles du Sexe, la prévalence est restée sensiblement aux mêmes niveaux élevés (2,1% à Dakar et 30% à Ziguinchor), depuis près d'une décennie.

Depuis longtemps, le don de sang a été le moyen le plus utilisé pour accéder au dépistage volontaire et gratuit ; mais ce dépistage sans conseil présente des insuffisances dont les conséquences peuvent être négatives sur les clients telles le risque de développer des réactions de déni, de culpabilité, de

manque d'engagement à la réduction du risque lié à l'absence de préparation au test (à savoir le counseling pré-test et post-test).

Pendant de nombreuses années, rares étaient les informations en matière de prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. Toutefois, ces derniers temps, l'information et la sensibilisation semblent de plus en plus s'imposer comme des éléments incontournables d'une stratégie plus efficace et plus performante de mise en œuvre des programmes nationaux de prévention et de soins. L'information et la sensibilisation visent le changement (ou l'adoption) de comportement par une population cible et, à plus long terme le changement social.

Grâce à des messages appropriés véhiculés vers les cibles concernées par des canaux adéquats, l'information favorise les changements nécessaires à la lutte contre le VIH/SIDA.

C'est pour en avoir une idée plus claire que nous menons la présente étude pour répondre à la question générale de recherche suivante : « **Quelle est la relation entre le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone péri urbaine à Dakar face au VIH/SIDA ?** »

I.2 JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Les décès dus au SIDA battent en brèche les avancées réalisées en termes de santé et de survie chez l'enfant. Les soins aux enfants infectés par le VIH imposent des coûts importants aux familles et aux systèmes de santé. D'aucuns s'inquiètent de ce que la mise en œuvre de la stratégie de prévention de la transmission mère à enfant pourrait rendre encore plus aiguë le problème des orphelins en accroissant le coût des soins pour les familles et la société.

On pense généralement que les enfants nés de mères séropositives ne survivent pas assez longtemps pour devenir orphelins. Or, il s'agit d'**une idée erronée**. En effet même en l'absence de toute action la grande majorité de ces enfants sont toujours en vie à l'âge de cinq (05) ans et au-delà et donc ont toutes les chances de survivre à leur mère (ONUSIDA, 2000).

Par conséquent, l'effet le plus probable de la mise en œuvre de cette stratégie sera plutôt de diminuer la proportion d'orphelins infectés par le VIH.

Cela dit, du point de vue de la planification des soins et de l'allocation des ressources, il est important de noter qu'avec la mise en œuvre de mesures visant à prévenir la transmission mère à enfant, il y aura beaucoup moins d'enfants orphelins infectés par le VIH et nécessitant un soutien et des soins médicaux, généralement de longue durée.

Soulignons également que l'amélioration des soins périnataux et du diagnostic de l'infection à VIH pour un accès précoce aux soins peut contribuer à prolonger la vie des mères. Dans ce contexte, les enfants bénéficieront des soins de leurs mères et échapperont longtemps à **l'état d'orphelin, synonyme de souffrance et de vulnérabilité**.

Les mesures les plus efficaces de réduction de la transmission de la mère à l'enfant supposent que les femmes connaissent leur état sérologique vis-à-vis du

VIH. Ce qui bien sûr suppose l'existence de services d'information, de conseil et de dépistage volontaire.

Dans de nombreux pays l'acceptation des services de conseil a été lente et difficile en particulier là où le VIH donne lieu à une stigmatisation importante et où les personnes infectées n'ont qu'un accès limité aux services et au soutien. De ce fait, **le dépistage du VIH n'a bien souvent été qu'un outil de diagnostic pour confirmer un SIDA symptomatique.**

Il apparaît que ces services contribuent, au niveau individuel, à une généralisation des comportements à moindre risque et, au niveau collectif, qu'ils peuvent aussi agir contre l'ignorance, la peur et la stigmatisation.

Le contexte social, culturel et économique conditionne le comportement mais il n'affecte pas de façon importante le lien entre comportement et infection, comme le ferait la mise en œuvre du programme. Toutefois, un changement de comportement à risque entraînera une modification des taux d'infection quelque soit le contexte du pays.

Notons par ailleurs qu'au moment où se multiplient les recherches sur le SIDA, sur le vécu psychosocial des personnes vivant avec le VIH/SIDA et sur la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, l'on peut se demander s'il est encore opportun de mener une étude sur le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

Pourtant, le nombre croissant d'enfants infectés ainsi que celui des orphelins du SIDA au Sénégal imposent une réponse affirmative ; tant les contextes socioculturels sont variés, les situations individuelles diverses et souvent dynamiques, les **« leçons apprises d'une utilité relative puisqu'on ne se baigne jamais dans le même fleuve »**.

En tant que travailleur social, nous voulons apporter notre contribution sur l'établissement de l'état des connaissances des femmes enceintes en zone péri-urbaine à Dakar sur la problématique du SIDA.

Aussi, une telle recherche pourrait-elle contribuer à améliorer les efforts nationaux, communautaires et familiaux à l'endroit des femmes enceintes dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant afin de réduire de nouvelles infections chez les nouveaux-nés.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

I.3 REVUE DE LA LITTERATURE

Le « **Manuel pour l'élaboration de stratégies et de politiques** » (2002) souligne que dans de nombreux cas, le dépistage périodique ne couvre pas l'entière population d'une zone donnée, à cause des incohérences et des insuffisances budgétaires des politiques nationales de prévention et de traitement du VIH/SIDA.

Des personnes contaminées peuvent ainsi ne pas être informées de leur état par rapport au VIH/SIDA et, du même coup, ne pas être traitées par les installations sanitaires auxquelles elles peuvent avoir accès. De plus, elles peuvent conserver le comportement qui a été à l'origine de leur contamination, contaminant ainsi d'autres personnes et aggravant leur propre contamination.

Selon cet ouvrage, il est de plus en plus admis que l'épidémie du VIH/SIDA est un problème qui ne concerne pas seulement le secteur médical, mais qui est bien plutôt un phénomène complexe, aux aspects multiples et nécessitant une stratégie multidimensionnelle. Si l'action se limite à des considérations médicales ou à des informations d'ordre purement théorique, comme l'information, l'éducation et la communication (I.E.C.) de type moderne qui préconise l'emploi du préservatif, elle n'obtiendra pas les résultats escomptés. L'épidémie est en effet un phénomène socio-économique, sociétal et culturel, qu'il faut considérer dans la perspective du développement humain durable. Une approche culturelle est en l'occurrence nécessaire à la prévention et au traitement de l'épidémie, afin d'aborder tous les aspects du problème.

Adopter une approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH/SIDA implique d'accorder une place centrale aux références et ressources culturelles d'une population donnée (modes de vie, systèmes de valeurs,

traditions et croyances, droits humains fondamentaux). Ces références seront pleinement prises en considération dans l'élaboration d'un cadre pour la planification de stratégies et de projets.

Elles serviront aussi de ressources et de fondements pour élaborer une réponse adéquate et une action durable en matière de prévention, de traitement et de réduction de l'impact du VIH/SIDA ; c'est là une condition indispensable pour obtenir des changements profonds et durables dans le comportement à risque et pour rendre tout à fait cohérents les stratégies et les projets médicaux et sanitaires.

L'intérêt de cet ouvrage pour notre étude réside dans le fait qu'il note l'importance de la prévention de la transmission du VIH/SIDA. En outre, il préconise l'intégration et la prise en compte des aspects sociaux et culturels propres aux populations dans la prévention de la transmission du VIH/SIDA

Toutefois cet ouvrage n'a pas proposé des solutions allant dans le sens de l'amélioration du niveau d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA.

Selon **Knowledge Rajohane MATSHEDISHO, Claude ABE, Mildred Kiconco BARYA et al; (2005)**, parmi les problèmes qui ont plongé l'Afrique dans une crise plus profonde qu'auparavant, il y'a l'épidémie du SIDA et la prévalence de plus en plus grande de l'infection à VIH chez la population jeune et adulte. L'Afrique subsaharienne à elle seule compte plus de 50% d'adultes et d'enfants vivant avec le VIH/SIDA. Elle a le pourcentage le plus élevé de femmes vivant avec le VIH, et pourtant, c'est la seule région où les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission du virus.

Evidemment, pour ces auteurs, les statistiques sont alarmantes mais les solutions ne sont pas aussi faciles que le simple usage du préservatif, le

counselling et le dépistage volontaire, et l'accès au traitement par antirétroviraux. La technologie médicale cherche à développer des médicaments pour guérir ou des vaccins pour prévenir le VIH/SIDA. Les progrès en matière de médicaments antirétroviraux tels que la Zidovudine (AZT), la Névirapine, et l'Évafirenz, ainsi que de prévention de la transmission mère-enfant, sont significatifs. Cependant, la psychologie sociale et les aspects socioculturels du SIDA restent des tâches importantes de recherche pour les sciences sociales en Afrique et ailleurs.

D'après ces auteurs, le VIH/SIDA a des dimensions sociales, politiques, économiques et culturelles que seules les disciplines des sciences sociales peuvent comprendre. Ce faisant, elles peuvent guider les interventions visant à freiner la propagation du virus du VIH. La première dimension que revêt le VIH/SIDA est une dimension historique et philosophique. Les gens demandent souvent : « d'où vient cette maladie, et pourquoi vient-elle maintenant » ? Si la question a un intérêt scientifique valide, elle revêt également des dimensions sociales, en ce sens que les individus s'efforcent de comprendre la maladie. Les gens philosophent souvent sur le fait qu'elle est chronique, et pourtant transmise par les rapports sexuels qui sont censés être une activité naturelle. « *Pourquoi le SIDA est-il incurable ?* » ; « *Comment sommes-nous censés procréer si nous utilisons des préservatifs ?* » ; « *Le SIDA est-il le signe de l'imminence du Jugement dernier ou la Némésis ?* ». Toutes ces questions représentent, pour ces auteurs, *la réunion du fait et de la valeur*. Et c'est à travers les compétences de disciplines telles que les études religieuses, la sociologie et l'histoire que les interventions peuvent être conçues pour essayer d'informer la population en générale et partant, aider à enrayer la progression du virus.

Pour ces auteurs, le VIH/SIDA revêt également la dimension individuelle des personnes vivant avec le VIH/SIDA, et aussi, de ceux qui prennent soin d'elles.

« **Le Point sur l'épidémie de SIDA** » (2004) note que fréquemment, les efforts de prévention du VIH ne tiennent pas compte des inégalités liées au genre et autres qui façonnent les comportements des individus et limitent leurs choix. Un grand nombre des stratégies relatives au VIH présupposent un monde idéal dans lequel chacun est égal et libre de faire des choix éclairés et de décider de ne pas avoir de rapports sexuels, de demeurer fidèle à son partenaire ou d'utiliser systématiquement le préservatif. En réalité les femmes et les filles sont confrontées à toute une série de facteurs de risque associés au VIH et à une vulnérabilité qui ne concernent ni les hommes ni les garçons et qui sont souvent enracinés dans les rapports sociaux et les réalités économiques de leurs sociétés.

D'après cet ouvrage, il n'est pas facile d'éliminer ou de modifier ces facteurs, mais s'ils ne le sont pas, les efforts déployés pour contenir et inverser l'épidémie de SIDA ont peu de chances de réussir de manière durable. L'information et la sensibilisation ne suffisent pas.

Il ajoute que pour que les efforts de prévention soient à long terme couronnés de succès, ils doivent s'attaquer aux interactions entre les inégalités sexospécifiques et socio-économiques et la vulnérabilité au VIH. Les activités de prévention doivent tenir compte des conditions injustes dans lesquelles la plupart des femmes doivent mener leur vie.

Les stratégies doivent aborder le fait que, pour des millions de personnes, les rapports sexuels peuvent être l'une des rares formes valorisées de capital dont elle disposent. Une bonne partie des risques pris par les filles et les jeunes femmes est marquée par l'inégalité des rapports entre les sexes et de l'accès aux ressources, aux avantages, aux possibilités d'obtenir des revenus et au pouvoir social.

Il faut faire bien davantage pour assurer des moyens d'existence durables aux femmes et aux filles, en particulier celles qui vivent dans des ménages gérés par des femmes, afin qu'elles soient en mesure de se protéger de l'infection à VIH et de faire face à ses effets.

L'apport de cet ouvrage pour notre étude est important en ce qu'il plaide pour l'intégration, dans les stratégies potentiellement fructueuses et viables de lutte contre le SIDA, l'amélioration des chances économiques et le pouvoir social des femmes.

Toutefois, il n'a pas mentionné, pour l'amélioration des conditions de santé des femmes, surtout pour celles qui sont enceintes, l'intégration dans les stratégies d'intervention, de l'accès au dépistage du VIH en vue de la prévention de la transmission mère-enfant.

Le « Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique » (2004) précise que la transmission du VIH/SIDA de la mère à son bébé a lieu, soit pendant la grossesse si le virus traverse le placenta, soit lors de l'accouchement. Une mère infectée a entre 25 et 30 % de risques de transmettre le virus pendant la grossesse. Les nouveau-nés de mères séropositives doivent être testés à la naissance et à intervalles réguliers, pour vérifier s'ils sont effectivement porteurs du virus ou si les premières séropositivités détectées ne reflétaient que le passage vers eux des anticorps sécrétés par leur mère. Si, par contre, ils sont effectivement porteurs du virus, ils peuvent développer rapidement la maladie avec une mauvaise croissance, et le pronostic sera très dur, c'est-à-dire qu'ils risquent de mourir.

Selon cet ouvrage, les mères infectées risquent également de transmettre le virus à leur bébé à travers l'allaitement. Cela est réel surtout pour le cas de mères qui ont une forte concentration de virus dans le sang, celles qui ont été

récemment infectées ou qui sont très malades. C'est pourquoi, si la mère n'a pas les moyens d'acheter du lait pour son enfant, devant le danger de malnutrition, de diarrhées ou de maladies graves auquel un nouveau-né peut être confronté, surtout dans les familles pauvres, l'OMS recommande qu'une mère séropositive allaite son enfant.

Cependant, l'ouvrage ajoute qu'en Afrique où certaines traditions de solidarité continuent d'exister, une mère porteuse du virus pourrait demander à une parente ou à une amie d'offrir du lait à son enfant.

L'intérêt de cet ouvrage pour notre étude réside dans le fait qu'il expose les différents modes de transmission du virus du SIDA de la mère à l'enfant. Toutefois il n'a pas souligné les stratégies à mettre en œuvre afin que le lait artificiel puisse être accessible aux familles pauvres, en particulier, aux mères porteuses pour qu'elles évitent de solliciter le lait de leur parente ou amie qui peut comporter des risques de contamination pour leur nouveau-né.

D'après **SOW Fatou (CODESRIA, 2004)**, les mutilations génitales féminines, marquages culturels évidents, entraînent des complications médicales, mais surtout elles altèrent le désir et le plaisir sexuels des femmes. Le droit au plaisir sexuel n'est pas seulement à l'amante ni à la prostituée, mais aussi à la mère, à la femme.

Selon l'auteur, les femmes enfantent déjà dans la douleur ; ne peuvent-elles pas concevoir dans le plaisir ? Les femmes devraient avoir le droit de jouir de leur sexualité et d'être fécondée par qui elle voulait, quand elle voulait et dans le cadre qu'elle choisissait. Elle énonce également le droit pour la femme de choisir le mari et le père de ses enfants que le code de la famille autorise en imposant le consentement des conjoints au mariage, de ne pas entamer de grossesses à un âge très précoce ou trop avancé qui menacent leur santé, etc.

En outre l'auteur revendique l'abolition effective du mariage précoce et forcé, dénonce la sexualité forcée dans et hors mariage, celle exercée sur les fillettes sous prétexte de protection contre le SIDA, la corruption sexuelle par les professeurs, les supérieurs hiérarchiques, les *Sugar Daddies* (Pa et demi-Pa dirait-on en Afrique francophone), les viols collectifs de lycéennes et étudiantes par leurs camarades du même âge, les viols dans les conflits civils pour humilier d'autres hommes, etc.

L'auteur a le mérite de proposer le droit pour les femmes d'être maîtresses de leur corps afin de jouir pleinement de leur sexualité.

Toutefois elle n'a pas évoqué le droit pour les femmes de faire le test de dépistage du VIH quand elles le désirent sans le consentement de leurs maris ou partenaires et d'exiger à ces derniers de faire le test surtout pré-nuptial afin de prévenir le SIDA.

THIOUNE Ramata Molo (2003) souligne que les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) devraient permettre d'accéder à des informations permettant d'améliorer la santé préventive et reproductive. Cette attente est exprimée par les responsables de services de santé notamment des zones de Tambacounda au Sénégal, qui sont enclavées et qui sont souvent confrontées à des épidémies récurrentes de grippe, de paludisme, de maladies diarrhéiques, etc.

Selon l'auteur, grâce à un système d'alerte informatique alimentée par une collecte de données systématique, la mortalité maternelle et infantile pourrait être sensiblement réduite.

D'après elle, les femmes paraissent moins aptes à exprimer les effets attendus des TIC sachant que la plupart estiment que « *ces outils ne sont pas faits pour elles* ». Cette situation est problématique notamment dans le cadre du **programme Acacia** où les femmes constituent l'une des principales cibles à côté des jeunes. Certaines femmes interrogées au Sénégal ont exprimé des

besoins en information sur la santé, les mécanismes d'accès à la terre, les sources et mécanismes d'accès facile au crédit.

L'intérêt de cette étude pour notre recherche réside dans le fait qu'elle souligne le rôle que devrait jouer les TIC dans le cadre de l'amélioration de la santé préventive et reproductive des femmes et des jeunes.

Toutefois l'auteur n'a pas proposé des stratégies pouvant permettre l'accès des femmes à toutes les informations relatives à la santé reproductive et à la prévention du VIH/SIDA à travers les TIC.

Selon **PONS Jean-Claude et PERROUSSE-MENTHONNEX Karen (2005)**, compte tenu des risques exposés, la prise d'alcool doit être arrêtée au cours de la grossesse. IL est donc essentiel de dépister les patientes concernées dès la première consultation prénatale. Malheureusement, pour ces auteurs, l'alcoolisme de la femme et de la femme enceinte en particulier est un sujet tabou que les obstétriciens répugnent à aborder.

Pour Subtil : *« l'absence totale de formation concernant l'alcoolisme et l'alcool en général durant les études médicales est un handicap lourd ».*

En pratique, l'interrogatoire permet de repérer les femmes enceintes alcooliques. Les tests biologiques (gamma GT, VGM) peuvent rendre des services. Les questions directes (*« Buvez-vous de l'alcool ? »*) ont peu de chance de permettre le diagnostic. Celui-ci passe par une enquête alimentaire et des questions indirectes.

D'après ces auteurs, la patiente doit être accompagnée et soutenue. Ce soutien doit être non seulement médical mais également médicamenteux (vitamines), psychologique, social et pédiatrique. Le médecin généraliste, s'il joue un rôle essentiel dans le dépistage, doit pouvoir s'intégrer dans une équipe plus large qui aura pour rôle d'accompagner la patiente. IL devrait, par sa connaissance de la famille et de la patiente, trouver une place centrale dans le

dépistage de l'alcoolisme au cours de la grossesse. La prise en charge ensuite est l'affaire d'une équipe dans laquelle l'omnipraticien devrait être parti prenand. Toutefois, le rôle de l'omnipraticien ne se limite pas au simple suivi. Les femmes enceintes sont autant de patientes pour lesquelles le médecin généraliste est souvent le premier, voire le seul interlocuteur : il doit savoir répondre à une demande concernant une affection inhérente à la grossesse, mais également adapter à la femme enceinte la prise en charge usuelle des affections propres à la médecine générale.

L'intérêt de cet ouvrage pour notre étude réside dans le fait qu'il s'inscrit dans une réflexion globale sur les rôles particuliers du médecin généraliste auprès des femmes enceintes ainsi que les informations qui lui sont nécessaires pour prendre en charge les femmes enceintes, que ce soit en termes de suivi ou dans la prise en charge des pathologies courantes.

Cependant, il n'a pas abordé les rôles et responsabilités du médecin généraliste dans la prévention du VIH/SIDA auprès des femmes enceintes surtout en ce qui concerne la PTME.

« **La coalition mondiale sur les femmes et le SIDA** » (2004) pour sa part considère que la santé sexuelle et reproductive comporte généralement quatre (04) éléments de planification familiale ou régulation de la fécondité à moindre risque, la santé et nutrition maternelles, la protection contre les infections sexuellement transmissibles, et les droits liés à la reproduction.

Elle ajoute que l'amélioration des services de santé sexuelle et reproductive pourrait sauver des millions de vies. Ces services fournissent également des opportunités idéales pour améliorer l'information et les services relatifs au VIH offerts aux femmes et aux filles. Toutefois, pour le moment leur inexistence ou leur qualité médiocre sont responsables d'environ un tiers du fardeau mondial représenté par les maladies et les décès prématurés chez les femmes en âge de procréer.

Les adolescents qui reçoivent une éducation sexuelle de qualité sont plus enclins à différer le début de leur activité sexuelle et à pratiquer une sexualité à moindre risque et ils tendent à restreindre le nombre de leurs partenaires sexuels.

Tous ces facteurs réduisent les risques d'infection par le VIH. Mais les normes sociales et les tabous culturels empêchent de nombreux jeunes en particulier de jeunes femmes de recevoir ou d'utiliser les informations, les services et les outils (tels que les préservatifs) qui peuvent les aider à protéger leur santé et leur vie.

Une des voies les plus efficaces pour réduire la transmission du VIH et éviter les infections de l'appareil génital consiste à prévenir et à traiter les Infections Sexuellement Transmissibles (IST). La plupart des I.S.T peut être évitée en utilisant des préservatifs, et un grand nombre des infections bactériennes sont faciles et peu coûteuses à traiter grâce aux antibiotiques. Malheureusement les connaissances et les services qui permettraient de se protéger contre ces infections sont insuffisants dans de nombreux pays, ce qui accroît de façon significative la propagation du VIH.

L'intérêt de cet ouvrage pour notre étude réside dans le fait qu'il souligne l'importance des services de santé sexuelle et reproductive dans l'amélioration du niveau d'information et des conditions de santé des femmes notamment pour ce qui concerne la prévention des IST et du VIH/SIDA.

D'après l'**ONUSIDA (2000)**, sachant qu'un enfant ne peut pas être infecté par une mère séronégative, la façon la plus efficace d'éviter la transmission mère-enfant consiste à prévenir les nouvelles infections au VIH parmi les mères potentielles.

Par conséquent, les services de conseil et d'information avant le test doivent systématiquement débiter par une information élémentaire sur la

transmission et la prévention du VIH. Les jeunes femmes et les jeunes hommes qui se présentent dans un service de santé reproductive doivent tous recevoir une information sur la transmission sexuelle du VIH, les méthodes de prévention et la transmission du virus de la mère à l'enfant. En outre, le fait d'aider les couples séropositifs à éviter les grossesses non désirées contribue aussi à limiter le nombre des nouvelles infections.

L'ONUSIDA (2000) ajoute qu'il est impératif que les clients soient informés du revers potentiel du dépistage du VIH. En effet, dans les régions où aucune action ne peut être proposée, ou lorsqu'une femme ou un couple estime que ces actions sont financièrement prohibitives, les avantages du dépistage peuvent paraître limités. Ainsi, dans les situations où l'allaitement maternel est la norme, l'intimité limitée et les substituts du lait maternel onéreux, une femme séropositive sera quasiment dans l'impossibilité d'opter pour une solution de substitution à l'allaitement sans dévoiler sa séropositivité à sa famille ou à la communauté.

Les conseillers doivent donc évoquer avec les femmes les risques de stigmatisation, de divorce ou de discrimination qu'elles encourent dans l'éventualité où leur séropositivité viendrait à être connue. Parfois, les risques liés à la révélation à la communauté de la séropositivité de la mère et de l'enfant l'emportent largement sur les avantages potentiels du dépistage.

Pour l'ONUSIDA (2000) les conseillers doivent discuter de ces questions individuellement avec chaque personne. Quel que soit son point de vue sur la situation, un conseiller doit systématiquement proposer le dépistage et toujours soutenir une femme dans son choix.

Etant donné que la décision de procéder à un dépistage n'est jamais facile à prendre, il est désormais important de connaître l'état sérologique d'une femme pendant la grossesse.

C'est pour cette raison que les services de conseil et de dépistage du VIH donnés dans le cadre des dispensaires de santé reproductive peuvent sans doute jouer un rôle déterminant pour aider les femmes et leurs partenaires à faire ce choix.

L'intérêt de cet ouvrage pour notre étude est lié au fait qu'il montre l'importance du conseil pré-test dans le cadre de l'information des jeunes femmes et des jeunes hommes sur les modes de transmission du virus et sa prévention.

Il propose le dépistage systématique de la femme enceinte et surtout l'encadrement des femmes porteuses dans les stratégies de prévention de nouvelles infections.

L'OMS, le PNUD, l'UNICEF et l'ONUSIDA (2006) précisent que dans le monde industrialisé, presque tous les risques de transmission de la mère à son enfant sont prévenus par le dépistage systématique de toutes les femmes enceintes et la fourniture, à toutes celles qui sont séropositives, de médicaments antirétroviraux (ARV) combinés à des conseils concernant l'allaitement.

En Afrique subsaharienne, toutefois, le dépistage du VIH ne se fait pas systématiquement, surtout parce que les gens ont peur de la stigmatisation et la discrimination associées à cette pratique. Les ARV ne sont pas toujours disponibles en quantités requises ; les systèmes de santé n'ont pas la capacité nécessaire pour assurer les accouchements en toute sécurité. Pour beaucoup de

femmes, les moyens alternatifs de nourrir les bébés ne sont pas une option possible ou sûre. De plus, beaucoup de pays manquent de conseillers compétents dans le domaine de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH/SIDA.

L'OMS et ses « partenaires » ajoutent que beaucoup de jeunes filles et de femmes enceintes ignorent qu'elles peuvent transmettre le virus à leurs enfants et que les moyens de prévenir cela existent. La plupart des femmes qui accouchent à domicile ne peuvent pas obtenir des informations relatives à la prévention de l'infection de la mère à l'enfant de la part des accoucheuses traditionnelles qui les assistent.

Même les femmes qui fréquentent les maternités ne sont pas toujours sûres d'obtenir des informations sur la prévention de l'infection de la mère à son enfant.

En outre, beaucoup de femmes enceintes ne veulent pas subir le test VIH. Le manque de confidentialité, les longues attentes, la qualité médiocre des services d'assistance sociale ainsi que les règlements selon lesquels les femmes doivent revenir à une date ultérieure pour bénéficier d'un appui psychosocial sont parmi les facteurs qui découragent la participation des femmes aux programmes de PTME. La peur d'abus par leurs partenaires est une autre raison pouvant expliquer le refus de dépistage.

L'analyse faite par l'OMS et ses « partenaires » est intéressante pour notre travail en ce qu'elle souligne le manque notoire d'informations des femmes enceintes sur la problématique du VIH/SIDA.

En outre, elle opère une nette comparaison entre le dépistage des femmes enceintes et le suivi médical des mères séropositives tels que pratiqués dans les pays industrialisés et le dépistage des femmes enceintes en Afrique subsaharienne. Cette comparaison révèle un grand retard de la part des pays africains dans le cadre de la PTME du VIH/SIDA. Ce retard est dû en grande partie aux défaillances du système sanitaire et aussi à l'enclage de certains facteurs socioculturels qui défavorisent la prévention du VIH/SIDA.

Selon l'ONUSIDA (2001), il est possible de réduire de moitié le risque de transmission du virus d'une mère infectée à son enfant en administrant de la zidovudine en traitement court à partir de 36 semaines de grossesse et pendant le travail, et en évitant l'allaitement au sein. D'après les résultats préliminaires des essais d'administration au nourrisson d'une dose unique de névirapine pendant et après l'accouchement, on parvient à réduire considérablement la Transmission Mère-Enfant (TME). Afin de prendre en connaissance de cause des décisions concernant l'alimentation du nourrisson et l'accès à la thérapie antirétrovirale, lorsque celle-ci est disponible, la femme enceinte doit connaître et comprendre sa sérologie VIH.

D'après l'ONUSIDA, les femmes enceintes vont avoir besoin des mêmes informations que les autres personnes dans le cadre du conseil avant et après le test ; mais il va falloir s'intéresser à des domaines supplémentaires. Un domaine va nécessiter beaucoup de tact : la transmission des résultats au père de l'enfant/au partenaire et aux membres de la famille proche. En effet, les interventions visant à réduire le risque de TME supposent que des décisions devront être prises concernant l'alimentation du nourrisson et la prise d'ARV ; et il sera donc difficile dans ces conditions de dissimuler une séropositivité VIH. En outre, pour la femme enceinte, il peut être très bénéfique que ses proches

soient au courant de sa séropositivité, car ils peuvent lui apporter un soutien affectif.

L'ONUSIDA ajoute que même dans les régions à prévalence élevée du VIH, la majorité des femmes enceintes qui se feront tester seront séronégatives ; et il est important de profiter de l'occasion pour inculquer les messages sur la sexualité à moindre risque.

Pour l'ONUSIDA, les femmes qui ont contracté l'infection à VIH pendant la grossesse ou pendant la période d'allaitement risquent davantage de transmettre le virus à leur bébé, en raison de la charge virale élevée associée à l'infection aiguë.

En outre, les femmes se faisant tester lors d'une consultation prénatale ont tout intérêt à le faire en même temps que leur partenaire. La femme qui se fait tester seule, ou dont le partenaire refuse de participer au processus de Conseil et Test Volontaires (CTV), ou qui se sent incapable de révéler sa séropositivité à son partenaire sexuel, aura du mal à profiter pleinement des bienfaits du CTV. Elle aura du mal à prendre des décisions concernant le recours aux pratiques sexuelles à moindre risque, à planifier son avenir et celui de sa famille, à accéder aux soins et à l'appui, et à faire des choix concernant l'alimentation du nourrisson.

L'ONUSIDA constate que malgré tout, dans les projets pilotes sur la prévention de la TME, il est fréquent que les femmes soient les seules à se faire tester ; et le partenaire n'est informé que dans une minorité de cas. C'est pourquoi elle suggère de toujours proposer aux couples de faire un test prénatal ; car ne tester que la femme doit rester une exception (demandée par la femme) et non devenir la règle.

L'ONUSIDA a le mérite de nous montrer les bienfaits du respect du protocole médical et de l'association du partenaire au CTV dans la prévention de la TME du VIH/SIDA.

En outre elle souligne les avantages du partage de l'information sur la séropositivité de la femme enceinte avec son partenaire et ses proches.

L'ONUSIDA (1997) souligne que, par rapport aux hommes, les femmes ont une surface plus importante de muqueuse exposée aux sécrétions sexuelles de leur partenaire. Et la concentration du virus dans du sperme infecté par le VIH est plus élevée que dans les sécrétions sexuelles de la femme. C'est ainsi que l'éventualité de la transmission **homme-femme** est plus forte que l'inverse.

Pour l'ONUSIDA, dire d'une personne qu'elle est biologiquement vulnérable ne veut pas dire qu'il est impossible de la protéger. L'expérience de la décennie passée prouve que l'on peut aider à la fois les hommes et les femmes à éviter le VIH.

En outre de par le monde, les taux d'infection ont pu être abaissés grâce au contrôle du sang destiné aux transfusions, grâce à une information franche sur les modes de transmission du VIH, grâce encore aux messages clairs de prévention invitant à l'abstinence, à la fidélité ou à la pratique de la sexualité à moindre risque. A cela, s'ajoutent la promotion de l'usage du préservatif, les programmes visant à éviter l'échange des seringues entre toxicomanes, les moyens mis à la disposition des gens souffrant des MST, les incitant ainsi à se faire soigner rapidement.

Cela étant, les femmes sont des millions dans le monde entier à ne pas pouvoir disposer de bon nombre de ces services, et les messages sont, pour la

plupart, inadaptés au cas de ces femmes qui ne sont pas à même de les appliquer, ni de s'en prévaloir. Leur statut socio-économique en fait des « *interdites d'autonomie* ». Sans ressources matérielles bien à elles, et craignant d'être abandonnées ou brutalisées par leur partenaire, elles n'ont guère, voire absolument pas, le pouvoir de choisir les conditions ni le moment du rapport sexuel ; de ce fait, elles ne peuvent pas contrôler le risque qu'elles encourent de contracter l'infection à VIH.

L'importance de cette étude pour notre recherche réside dans le fait qu'elle nous montre le rôle de l'information sur les voies de transmission ainsi que les modes de prévention du VIH/SIDA dans la réduction des taux d'infection et cela, malgré la vulnérabilité biologique et économique des femmes.

Selon l'**OMS (1997)**, certains pays ont créé des systèmes de dépistage obligatoire pour les femmes. Celles dont le test est positif ou qui sont suspectées d'être séropositives font l'objet d'une discrimination accrue, de violences ponctuelles ou institutionnelles, d'arrestations, d'incarcérations et de déportations.

Souvent ces tests sont effectués sans le consentement éclairé de la femme et sans services de conseil préalables ou postérieurs.

L'OMS ajoute que la transmission périnatale peut se produire pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou en raison de l'allaitement.

Environ 30% des enfants nés de femmes séropositives développent l'infection à VIH. En conséquence, des pressions sont souvent exercées sur ces femmes pour qu'elles ne deviennent pas enceintes, qu'elles se fassent stériliser ou, si elles sont déjà enceintes, pour qu'elles interrompent leur grossesse.

Les femmes séropositives, ou qui désirent éviter la conception ou obtenir une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG), peuvent n'avoir que peu de

possibilité de se procurer des moyens de contraception ou de bénéficier d'un avortement sans danger, ce qui accroît la probabilité de les voir soit donner le jour à un enfant non désiré, soit risquer leur vie en se soumettant à des avortements clandestins et dangereux.

L'OMS a le mérite de nous révéler les maux dont sont victimes les femmes séropositives ou qui sont suspectées de l'être après un dépistage systématique, obligatoire dans certains pays.

Cependant l'OMS n'a pas proposé des solutions visant à prévenir d'abord la transmission mère-enfant du VIH/SIDA et à prendre en charge sur le plan médical et psychosocial les femmes enceintes séropositives et celles qui sont suspectées de l'être.

Le **Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2006)** précise que la promotion du dépistage volontaire, notamment pré-nuptial et prénatal et l'accessibilité du test sont des préalables à la mise en œuvre du protocole préventif.

Le consentement éclairé n'est pas seulement une exigence éthique dans le cadre de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME). C'est aussi la pierre angulaire du dispositif préventif qui requiert la collaboration active de la femme enceinte avec l'équipe soignante à chacune des étapes de sa mise en œuvre.

Il ajoute que la PTME est une activité au quotidien qui doit s'intégrer dans le dispositif socio sanitaire préexistant, en particulier avec les programmes de santé de la Mère et de l'Enfant. Les coûts humains et matériels investis dans l'exécution du protocole préventif sont négligeables, comparés à ceux que

nécessite la prise en charge d'un enfant infecté par le VIH ; s'y ajoutent les autres bénéfices générés par la connaissance du statut VIH de la mère.

L'efficacité du traitement préventif ne doit pas faire perdre de vue l'expérience traumatique massive et durable que représente la séropositivité chez la femme enceinte ; donc, le soutien psychologique et l'aide à l'observance au traitement doivent être une partie essentielle de l'accompagnement.

Selon le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, la découverte de la séropositivité a des implications individuelles et familiales parfois considérables et face auxquelles la femme, son conjoint et la cellule familiale dans son ensemble doivent être soutenus. Les associations de soutien aux personnes et familles affectées par le VIH trouvent ici un rôle primordial.

En outre l'implication et la participation des hommes sont des facteurs importants de succès à toutes les étapes du dispositif préventif ; de l'acceptation du dépistage par la femme au choix du mode d'alimentation de l'enfant, l'ombre de l'homme, et à travers lui les forces sociales que représente la belle famille, est omniprésente ; son information est loin d'être toujours facile, mais il faut constamment œuvrer pour y parvenir.

Cet ouvrage est intéressant pour notre étude en ce qu'il montre l'importance du consentement éclairé dans le dispositif préventif du VIH/SIDA, faisant ainsi allusion à la bonne information à l'endroit des femmes enceintes pour un accompagnement médical et psychosocial efficaces ultérieurs.

NDAO Marie Seynabou (2001) souligne que les femmes de Guédiawaye n'utilisent et ne fréquentent pas toujours les services de santé maternelle parce qu'elles méconnaissent d'une part ces services ; d'autre part, elles ignorent les dangers liés à la non utilisation de ces services.

Bon nombre de femmes à Guédiawaye ignorent l'existence de certains services de santé maternelle et leur utilité. Par conséquent, non seulement elles ne les utilisent pas souvent, mais se limitent dans la plupart du temps aux pratiques traditionnelles. De ce fait, elles négligent certains soins nécessaires entourant la grossesse telles que les consultations prénatales et postnatales.

Selon elle, le taux d'analphabétisme élevé et le manque d'information auxquels ces femmes sont assujetties, font qu'elles sont loin d'être conscientes des dangers qui menacent quotidiennement leur vie reproductive.

A cela s'ajoute aussi leur faible pouvoir d'achat, combiné à la cherté des coûts de prestations qui les contraignent à ne pas fréquenter, voire utiliser les services de santé maternelle. Tous ces facteurs ne militent pas en faveur d'une meilleure santé maternelle.

D'après elle, les problèmes de santé rencontrés au niveau du District sanitaire de Guédiawaye sont la mortalité maternelle (surtout due à la faiblesse de la couverture en consultations prénatales), la malnutrition, la rougeole, la diarrhée, le choléra et l'absence de prise en charge des problèmes sociaux.

En conséquence, pour avoir un regain de santé reproductive, les programmes doivent davantage s'orienter vers une mobilisation de ces femmes et leur implication.

Malheureusement se désole-t-elle, les programmes élaborés jusqu'ici se sont toujours concentrés sur les aspects technique et médical du problème.

Ce qui fait que les destinataires de ces programmes en l'occurrence les femmes ne peuvent pas se l'approprier correctement car n'ayant été ni associées, ni informées dans la mise en œuvre de tels programmes.

NDAO Marie Seynabou a le mérite de nous révéler les raisons qui soutendent la non fréquentation et l'inutilisation des services de santé maternelle par les femmes de Guédiawaye. Parmi ces raisons, figure en bonne place le manque notoire d'informations relatives à l'utilité des services existants.

Toutefois, elle n'a pas proposé une stratégie d'information des femmes surtout celles qui sont enceintes sur le VIH/SIDA.

Mme NDECKY Georgette DIOMPY (2004) constate, pour sa part, que malgré l'importance numérique de l'atteinte des enfants, le SIDA pédiatrique est jusque là peu pris en compte, en témoigne le nombre très faible des travaux de recherches et des programmes spécifiques qui lui ont été consacrés. Ce retard tient en première analyse à la complexité du problème posé par la prise en charge du SIDA pédiatrique dont les difficultés sont liées au diagnostic, à la définition du protocole de prise en charge lorsque les moyens thérapeutiques sont limités.

L'auteur précise que les problèmes éthiques et économiques que rencontre la maladie chez les adultes existent aussi chez les enfants. Les représentations sociales propres au SIDA se sont progressivement élaborées dans les secteurs professionnels et profanes, l'inscrivant ainsi dans un rapport étroit avec la sexualité et la mort, ce qui est spécifique à l'adulte. Or, cette spécificité est moins évidente en ce qui concerne les enfants. Chez l'enfant, en effet, l'atteinte par le VIH se manifeste par des symptômes, d'autres pathologies banales. Le diagnostic n'est souvent évoqué que dans un second temps lorsqu'un traitement courant ne suffit pas pour guérir l'enfant. Pour être prise en charge, l'enfant doit faire l'objet d'un test sérologique.

Selon elle, l'accessibilité du test sérologique chez l'enfant pose cependant des problèmes plus complexes que chez les adultes ; puisque tester l'enfant peut introduire une présomption concernant le statut sérologique de la mère, révélant ainsi au père une information confidentielle à son sujet, ce qui peut la soumettre à des réactions d'accusation ou de rejet.

L'étude de Madame NDECKY est intéressante pour notre recherche en ce qu'elle montre l'effet « *dénonciateur* » que pourrait avoir la pratique du test sérologique chez l'enfant. En effet à travers l'enfant on peut découvrir le statut sérologique de la mère et, par ricochet, du père.

Toutefois elle n'a pas proposé des solutions qui permettent de contourner les problèmes sociaux qui pourraient résulter de la connaissance du statut sérologique de la mère (en cas de séropositivité) à travers le dépistage de l'enfant.

Guèye Bineta (1995) constate pour sa part que la contrainte majeure dans la stratégie de prévention réside pour l'essentiel dans la mauvaise information des populations. Ce constat conduit à identifier l'information comme le pivot central autour duquel doit s'articuler toute politique de prévention.

Selon elle, le contenu de l'information sur le SIDA doit tenir compte d'exigences fondamentales telles que :

- la connaissance des modes de transmission du virus ;
- la maîtrise des méthodes préventives appropriées et acceptables ;
- la nécessaire diversification du contenu du message en fonction des cibles.

L'explication portant sur les modalités de transmission du virus devra faire ressortir ce fait particulier que **le SIDA est de toutes les MST la seule à avoir un caractère obligatoirement mortel.**

En ce qui concerne les méthodes préventives, leur choix suppose tout d'abord la compréhension qu'il n'y a ni traitement curatif, ni vaccin efficace à ce jour contre le SIDA. Une telle prise de conscience peut inciter les sujets à accepter et à assumer les mesures préventives. La première de ces mesures concerne la limitation des partenaires sexuels. Il s'agira de s'efforcer à faire comprendre que toute démultiplication du nombre des partenaires conduit nécessairement à un accroissement considérable des risques de contagion.

A tous ces niveaux d'information, l'auteur pense que **le travailleur social** (entre autres intervenants) pourrait être d'un apport très important puisqu'il est plus armé pour s'adresser directement aux populations.

L'intérêt de cette étude pour notre recherche réside dans le fait que l'auteur insiste sur l'importance de la bonne information et du contenu des messages dans les stratégies de prévention du VIH/SIDA.

Cependant l'auteur a occulté la nécessité de sensibiliser les femmes enceintes surtout celles qui sont soumises au **sororat** sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Allant dans le même sens que Guèye Bineta, **Thiam Mame Yacine (1994)**, à travers son étude considère que la sensibilisation par les masses média doit se poursuivre pour toucher toutes les couches de la population de Kolda et faire connaître les modes de transmission du VIH/SIDA que sont la transmission sexuelle, la transmission sanguine et celle de la mère à l'enfant.

L'évaluation par l'auteur du niveau de connaissance des populations sur les modes de transmission du VIH/SIDA a donné les résultats suivants :

- 28,70% de la population globale à l'étude ne savent pas que le SIDA peut se transmettre par le sang ;
- 23,68% de la population ignorent la transmission par voie sexuelle ;
- 25,54% de la population méconnaissent la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

Selon l'auteur, le niveau d'instruction a une incidence sur la connaissance par les populations des modes de transmission du VIH/SIDA. En outre l'accent doit être mis sur l'Information, l'Education et la Communication (IEC) sur les MST/SIDA. La sensibilisation permet de changer les idées selon lesquelles le SIDA serait « *un mauvais vent qui frappe ceux qui marchent la nuit* » ; ou « *un mauvais sort jeté par quelqu'un* » ; ou encore « *on pourrait avoir le SIDA par la piqûre du moustique* ».

L'apport de cette étude pour notre sujet réside dans le fait qu'elle montre l'importance de l'information et de la sensibilisation dans la connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA.

Toutefois l'auteur n'a pas évoqué les modes de prévention du VIH/SIDA pour lutter contre la propagation de la maladie.

Desclaux Alice et Raynaut Claude (1997) considèrent que la mise en œuvre d'une politique visant à organiser l'accès à un dépistage VIH volontaire assorti d'un conseil personnalisé constitue un constituant essentiel d'une stratégie globale de lutte contre le SIDA en Afrique.

Pour ces auteurs, des actions d'information et d'éducation de masse bien menées suscitent tout naturellement chez un certain nombre de ceux qui en sont destinataires, le souhait de connaître leur statut sérologique afin de pouvoir prendre des décisions concernant des aspects importants de leur existence.

Selon eux, être en mesure de satisfaire cette demande est un facteur de crédibilité et d'efficacité des messages diffusés. Vis-à-vis de la prévention des MST et du SIDA, la conduite de campagnes d'IEC d'une part, et l'amélioration de l'accessibilité du dépistage et du conseil personnalisé de l'autre, sont deux démarches complémentaires et non pas concurrentes.

Par ailleurs, le conseil personnalisé qu'il soit reçu à l'occasion d'un dépistage ou indépendamment de celui-ci peut conduire, en lui-même, au franchissement d'un « seuil » psychologique débouchant sur des changements majeurs d'attitudes et de comportements vis-à-vis du risque de contamination par le VIH.

D'après ces auteurs, en permettant une prise en charge plus précoce des personnes atteintes, le conseil-dépistage peut améliorer sensiblement l'efficacité du traitement médical des maladies opportunistes ou associées du SIDA.

Elle peut aussi rendre plus efficace des actions de conseil et de soutien menées dans les domaines psychologique, social, juridique et économique.

Ils ajoutent que reconnaître cette importance du dépistage dans une stratégie d'ensemble implique que celui-ci n'est pas une fin en soi. Le développement du dépistage volontaire n'a de pertinence que s'il s'inscrit dans une politique de santé plus large et cohérente :

- qui s'attache à améliorer la prévention par l'information notamment en modifiant la nature des messages, dont la surdramatisation actuelle joue plutôt comme un frein à la

démarche individuelle conduisant au souhait de connaître son statut sérologique ;

- qui renforce notablement les conditions de la prise en charge médicale par une offre de soins adaptée ; par une formation adéquate du personnel de santé souvent peu préparé à suivre les personnes atteintes ; par une politique du médicament qui rende accessibles, à un coût acceptable, les substances nécessaires au traitement des personnes atteintes ;
- qui offre les conditions d'une réelle prise en charge psychologique et sociale par la mise en place de structures et de personnels répondant aux besoins dans le domaine de la protection sociale.

Par ailleurs, ces auteurs constatent que tout ceci est ambitieux et réclame des moyens financiers importants et qu'on ne peut certes pas attendre que tout soit en place à l'échelle d'un pays pour promouvoir l'accessibilité du dépistage.

En revanche, cette promotion doit être conduite de façon raisonnée et progressive, sans faire du dépistage volontaire un thème isolé, une nouvelle « *recette miracle* ».

Il convient, au contraire, d'adopter une démarche soucieuse d'intégrer toute opération en faveur du dépistage dans le contexte local qui en détermine la pertinence.

L'intérêt de cet ouvrage par rapport à notre sujet est que les auteurs ont su appréhender le rôle et l'importance de l'IEC et du conseil personnalisé dans la promotion du dépistage volontaire et aussi dans la prise en charge médico-sociale et psychologique des personnes atteintes par le VIH/SIDA. Cependant ces auteurs n'ont pas pris en compte dans leur plaidoirie la promotion de l'IEC auprès des femmes enceintes en vue de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Elom. O. Jean Claude Adolphe (1992) considère que le soin des nourrissons susceptibles d'être porteurs d'anticorps anti-VIH mais chez qui l'infection peut ne pas se révéler avant longtemps, est une source de stress pour les familles.

Selon l'auteur, la capacité des parents à faire face et à donner à leurs enfants les soins et la stimulation dont ils ont besoin s'en trouve parfois compromise. Et les enfants eux-mêmes, lorsqu'ils arrivent à l'âge de comprendre la signification de la maladie et de la mort, doivent à leur tour, supporter leur part de ce stress.

En outre, les enfants de familles où l'un des parents ou un autre enfant a contracté l'infection et pour qui la maladie et la mort sont une contrainte constante, ou même une pénible réalité, sont soumis à un stress égal, même s'il est moins reconnu. Ces enfants risquent de se trouver **orphelins, d'être mal soignés et mal nourris et de manquer de stimulations psychosociales.**

D'après l'auteur, il s'est parfois avéré difficile de placer les enfants venant de familles connues pour avoir été touchées par le VIH/SIDA.

L'autre solution consiste à hospitaliser ces enfants, ce qui les condamne aussi, dans une certaine mesure à l'abandon, tout en coûtant fort cher au système de santé.

Selon lui, les estimations provisoires d'une étude dans quatre (04) districts de l'Ouganda indiquent que le nombre total des orphelins, c'est-à-dire un enfant qui a perdu un ou deux parents, se range entre 600.000 et 1. 200.000.

L'évaluation des besoins effectués avec les tuteurs et les administrateurs locaux montre que les réseaux de famille élargie prennent en charge ces enfants conformément aux règles traditionnelles.

Mais malgré cela, constate l'auteur, ces enfants pourront se trouver touchés par une mortalité accrue due aux problèmes économiques et sanitaires qui pèsent sur leurs tuteurs, beaucoup d'entre eux étant des personnes âgées.

Le travail de Elom nous permet d'avoir une meilleure perception du stress permanent et de la vulnérabilité sociale et économique dont sont victimes les enfants et les familles infectés et/ou affectés par le VIH/SIDA.

Toutefois Elom n'a pas proposé des solutions allant dans le sens de la prévention du VIH/SIDA notamment par l'information et la sensibilisation des familles mais également des femmes enceintes.

ADANDOGOU Heloise A.M (1999) considère que les adolescentes rencontrent divers problèmes suite à leur grossesse dont les principaux sont :

- la rupture des relations entre elles et leur famille ;
- l'incapacité à honorer les frais générés par la grossesse ;
- les tentatives d'avortements clandestins ;
- l'absence de consultations prénatales.

Les adolescentes enceintes sont également confrontées à de nombreuses complications médico-obstétricales telles que :

- les anémies sévères ;
- la toxémie gravidique ;
- les infections ;
- les disproportions foeto-pelviennes ;
- la souffrance fœtale ;

- les psychoses puerpérales et les fistules.

Selon l'auteur, la prise en charge socio sanitaire de ces complications est souvent difficile ; c'est pourquoi le personnel médical fait appel aux services sociaux et aux parents qui interviennent sur les plans matériel et financier.

Sur le plan sanitaire, le personnel médical a recours à des manœuvres obstétricales ou à la césarienne.

Face à ces problèmes et malgré les difficultés rencontrées dans la prise en charge des grossesses chez les adolescentes, l'auteur soutient que les conséquences des grossesses précoces peuvent être minimisées par :

- la dotation des formations sanitaires en matériel pour régler les urgences obstétricales ;
- l'incitation des parents à mieux s'impliquer dans la prise en charge des adolescentes enceintes ;
- la sensibilisation des parents sur l'importance de la planification familiale chez les adolescentes pour éviter les grossesses précoces ;
- la réinsertion socio-économique des filles-mères.

L'importance de ce travail pour notre recherche est que l'auteur nous éclaire sur les principales difficultés d'ordre médical et social auxquelles sont confrontées les adolescentes enceintes dont l'absence de consultations prénatales.

Toutefois, force est de constater que l'auteur n'a pas proposé des solutions visant à promouvoir les consultations prénatales des adolescentes enceintes plus précisément la pratique du dépistage prénatal pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Sow Ndèye Khoudia (1997) dans sa thèse en médecine considère que la situation sanitaire des femmes au Sénégal est difficile et que les politiques visant à l'améliorer se sont heurtées à des obstacles que sont l'analphabétisme, l'ignorance, le bas statut socio-économique, les mariages précoces et les pratiques traditionnelles ayant effet sur la santé des femmes telles que l'excision, l'infibulation, etc.

Les femmes, du fait de leur plus grande vulnérabilité physique et sociale sont très exposées à l'infection.

Ces pratiques sexuelles concernent, selon l'auteur, 20% des femmes et varient en fonction des ethnies et sont de véritables mutilations physiques et morales se compliquant d'hémorragie, d'infection, de traumatisme génitaux qui feront plus tard le lit des MST, du VIH et pourront être à l'origine de frigidité, de dyspareunie de vie sexuelle perturbée.

Pour l'auteur, toutes les indications vécues par les femmes sénégalaises sont importantes car elles décrivent bien les rapports d'inégalité entre les sexes qui sous-tendent leurs statuts et rôles.

L'infection à VIH reflète particulièrement ces rapports car elle est liée à la sexualité. Les aspects psychosociaux et comportementaux révèlent que le fait pour les femmes de ne pas contrôler leurs corps, leur sexualité est un cadre favorable à la propension du SIDA et rend difficile la protection du VIH. Ainsi son étude a donné les résultats suivants :

- 25% des femmes infectées ont entre 20 et 30 ans et 72% d'entre elles, 30 et 40 ans ;
- 50% d'entre elles sont analphabètes et 25% ont le niveau d'instruction du primaire ;
- 80% sont issues de zones urbaines et péri-urbaines ;
- les wolofs prédominent (42%) suivies des hal pulaaren (33%) ;

- 62% sont assistées financièrement par leurs familles.

D'après l'auteur, les résultats de l'étude s'opposent aux idées dominantes dans l'imaginaire populaire au Sénégal sur l'infection à VIH/SIDA qui l'assimile à la maladie des femmes ayant un comportement sexuel à risque. En effet, la majorité des femmes ont été infectées dans les liens du mariage et n'auraient eu de seul partenaire sexuel que leur mari. Les circonstances de dépistage de l'infection sont la maladie, dans 38% des cas. Elles font suite à la séropositivité du partenaire sexuel dans 11% des cas ou lors de la grossesse dans 5% des cas.

Le dépistage systématique du VIH concerne surtout les travailleuses sexuelles, soumises par la loi à cette obligation lors de leur inscription au **fichier national de la prostitution**.

L'auteur conclut en recommandant la promotion de l'IEC auprès des femmes pour une meilleure maîtrise de leur sexualité ; leur sensibilisation sur les MST et l'infection VIH ; l'amélioration de la prise en charge des femmes infectées par le VIH dans un cadre pluridisciplinaire ; le développement des moyens de protection propres à la femme et qui sont sous sa discrétion tels que le préservatif féminin et le spermicide.

L'apport de cette thèse par rapport à notre sujet est que l'auteur bien qu'étant Médecin a su insister sur l'importance de l'IEC dans la prévention du VIH/SIDA.

I.4 CADRE CONCEPTUEL

Les données statistiques, depuis le début de la pandémie du VIH/SIDA, et pratiquement toutes les estimations en la matière indiquent que le Sénégal est un pays où le niveau d'infection par le VIH/SIDA est à la fois faible et stable (ONUSIDA, 2001).

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cet état de fait. Des facteurs biologiques ont été évoqués à certains moments pour suggérer que l'infection préliminaire par le VIH2, qui a été longtemps prédominante au Sénégal, pourrait conférer une protection approximative contre une infection par le VIH1 (ONUSIDA, 2001). Mais l'importance du VIH2 dans des pays d'Afrique où l'épidémie du SIDA est en nette progression ne semble pas expliquer totalement la situation épidémiologique du Sénégal.

Dans le même ordre d'idées, la présence de facteurs socioculturels spécifiques a été envisagée pour expliquer les taux de prévalence du VIH/SIDA. (ONUSIDA, 2001). Ainsi, l'universalisation de la circoncision masculine et le poids démographique de la religion musulmane (près de 94% de la population) et divers mécanismes de contrôle social de la sexualité ont été analysés comme facteurs explicatifs des données épidémiologiques. Mais à ce niveau également, compte tenu de la présence de ces mêmes facteurs dans des pays où l'épidémie du SIDA connaît une nette progression, on peut estimer que les hypothèses socioculturelles n'expliquent pas totalement à elles seules la faiblesse et la stabilité des chiffres du VIH/SIDA au Sénégal.

Au bout du compte, dans la mesure où ni les hypothèses biologiques, ni les hypothèses socioculturelles n'expliquent pas totalement la situation épidémiologique du Sénégal, il devient opportun d'étudier les réponses que le

Sénégal a mises en œuvre pour faire face a la pandémie du SIDA . C'est dans ce sens qu'une première étude de l'ONUSIDA, en 2000, avait mis en relief les efforts du Sénégal en matière de lutte contre le VIH/SIDA, notamment ceux fournis dans la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, la promotion du préservatif et l'engagement des politiques et religieux.

Dès la découverte des premiers cas de SIDA, en 1986, les pouvoirs publics, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et les Organisations Communautaires de Base (OCB) ainsi que les partenaires au développement se sont tous mobilisés pour lutter contre la propagation du VIH.

La rapidité de la reconnaissance de la menace du VIH/SIDA par le gouvernement sénégalais résulte, d'une part, des efforts de plaidoyer effectués par les chercheurs universitaires et responsables des programmes de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, d'autre part, de la disponibilité de ces autorités politiques à être à l'écoute des milieux scientifiques.

La reconnaissance rapide de la présence du VIH a enclenché un processus de construction d'une réponse institutionnelle qui, à son retour, a rapidement abouti à la création, dès le **29 Octobre 1986, du Comité National Pluridisciplinaire de Prévention du VIH/SIDA (CNPS).**

Ce comité semble avoir pris en compte assez tôt la nature complexe de l'épidémie du VIH/SIDA qui nécessite le recours combiné à plusieurs domaines de recherche ou d'intervention. Ainsi, la position officielle a été de ne pas faire du VIH/SIDA une question relevant exclusivement du ressort des autorités médicales ; c'est pourquoi le CNPS a, dès le départ, eu une composition pluridisciplinaire en regroupant des responsables de programmes, des chercheurs et des acteurs provenant de divers domaines (médecins, biologistes, sociologues, travailleurs sociaux, membres des ONG et de la société civile, etc.).

Dans le domaine de la sécurité transfusionnelle, très tôt, un des objectifs majeurs du Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) a été la réalisation de la « *sécurisation* » du sang à 100%. Le PNLS s'était appuyé sur le fait que le Sénégal avait déjà accumulé une longue expérience de banque de sang (la première banque de sang avait été créée en 1943) et que des mesures de sécurisation avaient été renforcées au début des années 78. Avec l'apparition du VIH/SIDA, le PNLS a engagé les autorités médicales à s'assurer que les méthodes transfusionnelles pratiquées sont en accord avec les standards internationaux, le Code d'Éthique de la Société Internationale de Transfusion (SIT) et les recommandations et règlements de l'OMS.

Dès 1987, le PNLS avait mis en œuvre un programme de renforcement de la surveillance transfusionnelle. Le PNLS a également mis sur pied, en 1989, un système de surveillance sentinelle. A partir de 1997, le Sénégal a effectué une expérience pilote pour la mise en œuvre d'un système de surveillance socio comportementale. En 2000, il a renforcé son système de surveillance par une **méthode dite de seconde génération** qui combine **la surveillance biologique à la surveillance socio comportementale**. Par ailleurs, le Sénégal avait engagé des ressources budgétaires et entrepris, dès 1998, des négociations avec les compagnies pharmaceutiques pour réduire le prix des antirétroviraux pour les rendre plus accessibles. Bien que le nombre de malades du VIH/SIDA ait été relativement faible, comparé à celui de plusieurs pays africains, le Sénégal avait pris cette option de la disponibilité du médicament qui, selon le PNLS, pouvait avoir des incidences bénéfiques sur les actions de prévention et celles d'encouragement au counseling-testing. En outre, le Sénégal a reconnu rapidement l'indispensable synergie entre la prévention et les soins afin de mieux prendre en charge les personnes infectées. C'est dans cet esprit d'association de la prévention et du counseling, avec la prise en charge, que la mise en place de l'Initiative Sénégalaise d'Accès aux Antirétroviraux

(ISAARV) a dernièrement permis de renforcer la prise en charge thérapeutique et psychosociale des patients. De même, le démarrage des programmes de prévention des Accidents d'Exposition au Sang (AES) et de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA constituent les tous derniers compléments de la gamme des activités de lutte contre la propagation de la maladie dans le pays. Ce programme de la prévention de la TMAE combine la prise en charge systématique de l'enfant de mère séropositive et la mise en place du dispositif d'accès au traitement pour la mère et son partenaire. Les principales activités du programme de prévention et de prise en charge de la TMAE se situent dans les domaines suivants :

- des activités de conseils et de dépistage de femmes enceintes ;
- des activités d'information et de sensibilisation par l'intermédiaire des médias, de focus groups, de counseling de masse ;
- des activités pour assurer, aux femmes enceintes séropositives, la disponibilité en médicaments, de même qu'aux enfants nés de mère séropositive ;
- le suivi clinique et biologique des malades sous traitement ;
- l'accompagnement psychosocial (conseils, soins aux enfants et lait pour l'allaitement artificiel)
- et, enfin, la sensibilisation a grande échelle.

Il importe de noter que les activités d'information et de sensibilisation ont permis de relever le niveau de connaissance des femmes enceintes sur le VIH/SIDA notamment en ce qui concerne les modes de transmission et de prévention de la maladie, les symptômes, les conséquences, la pratique du test, etc.

C'est pour cela que nous présumons que l'adoption par les femmes enceintes d'attitudes qu'exige la lutte contre le VIH/SIDA est tributaire de leur niveau d'information sur la maladie.

I.5 OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

La présente étude vise un objectif général et trois objectifs spécifiques.

I.5.1 Objectif général

Vérifier l'existence de relation entre le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone péri-urbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

I.5.2 Objectifs spécifiques :

- Identifier les caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes enceintes en zone péri – urbaine à Dakar
- Apprécier le niveau d'information des femmes enceintes en zone péri-urbaine à Dakar sur le VIH/SIDA
- Analyser les attitudes des femmes enceintes en zone péri-urbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

METHODOLOGIE

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE

Notre méthodologie de recherche comporte le cadre de l'étude, la population-parent, la méthode d'échantillonnage, l'instrument, le mode de collecte et la méthode d'analyse des données.

2-1 : Univers de la recherche

Ici, nous avons, tour à tour, présenté le cadre de l'étude et la population-parent.

2-1-1 : Le cadre de l'étude

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi d'effectuer notre étude dans la ville de Rufisque. Mais auparavant, nous donnons un aperçu sur le Sénégal.

2-1-1-1 : Aperçu sur le Sénégal

Le Sénégal, avec une superficie de 196.712 km², se trouve à l'extrême ouest du continent africain dans l'hémisphère nord. Il est compris entre les 12^{ème} 30 et les 17^{ème} degrés de longitude ouest. Il forme au nord-est une frontière naturelle avec la Mauritanie, de même pour la rivière Falémé au sud-est avec le Mali. Au sud, le Sénégal est délimité par les frontières de la Guinée et de la Guinée Bissau. Au plan physique, la majeure partie du pays est constituée par une cuvette dont les bords se relèvent faiblement à l'ouest et d'avantage à l'est et d'une végétation composée au sud d'éléments de grande forêt qui cèdent successivement le pas à une savane arborescente dans la région centrale et une steppe à épineux au nord.

Le réseau hydrographique comprend quatre (4) fleuves : le Sénégal, le Saloum, la Gambie et la Casamance. A ces cours d'eau permanents s'ajoutent des cours d'eau temporaires qui tarissent en saison sèche mais qui sont vite alimentés pendant la saison des pluies (Direction de la Prévision et de la

Statistique, 1993). Le climat, caractérisé par deux (2) saisons bien tranchées à savoir une pluvieuse qui dure de trois (3) à quatre (4) mois et une autre sèche dont la durée est de huit (8) à neuf (9) mois, est soumis à des facteurs géographiques et à des influences atmosphériques : d'une part, la présence d'une façade maritime de plus de 500 km et la situation à l'extrême ouest du continent africain entraînant des différences climatiques entre la zone côtière et les régions de l'intérieur ; d'autre part, la circulation atmosphérique, facilitée par l'absence d'obstacle montagneux, place le territoire sous les effets de l'alizé maritime, de l'harmattan et de la mousson. La température moyenne est de 23,8°C variant par exemple de Janvier à Juillet entre 21,1°C et 27,3° c (DIALLO Ouleymatou, 2002).

Au plan humain, la population du Sénégal est estimée à 10.817.844 habitants en 2005 (A.N.S.D, 2005). Le taux d'accroissement annuel intercensitaire a été de 2,7 % entre 1976 et 1988. Il est de 2,4 % entre 1988 et 2002 (A.N.D.S, 2005). Une extrême jeunesse, une croissance rapide et une répartition inégale sont les caractéristiques essentielles. La population du Sénégal est très inégalement répartie entre les onze (11) régions administratives du pays. Ainsi la région de Dakar est la région la plus densément peuplée avec 4484 habitants au km². Tambacounda est la région où la densité est la plus faible avec 11 habitants au km².

Avec Dakar, les régions de Diourbel, Thiès, Fatick, Ziguinchor et Kaolack ont des densités supérieures à la moyenne nationale qui est de 55 habitants au km². La population urbaine s'accroît très rapidement. Elle est passée de 23% de la population totale en 1960 à 41% en 2003 en passant par 30% en 1970, 39% en 1988 et 43% en 1999 (A.N.D.S, 2005).

Le brassage des populations a sensiblement atténué les distinctions traditionnelles entre les différents groupes ethniques dont les principaux sont les wolofs, les sérères, les toucouleurs, les peuls, les mandingues et les diolas. S'agissant de l'économie, elle repose pour une large part sur l'agriculture

(23% du PIB en 1988) dont s'occupent 70% de la population. Cependant les données suivantes montrent une situation économique favorable. En effet, le PIB a progressé de 5,7% en termes réels en 1996 contre 4,8% en 1995 et le taux de croissance se situe à 7,5% dans le secteur primaire, 7,4% dans le secondaire et 5,3% dans le tertiaire contre 0,8% ; 9,8% et 5,5% en 1996 (DIALLO Ouleymatou, 2002). Les principales cultures sont l'arachide, le mil, le riz, le coton, le manioc, la canne à sucre. L'arachide, culture dominante malgré la volonté de diversification des productions, constitue la matière première pour la principale industrie, **l'huilerie**. L'élevage présente un meilleur profil grâce à l'amélioration des conditions pluviométriques qui en sont des facteurs limitants. Il contribue fortement à la réduction du déficit alimentaire, à la baisse de la malnutrition et à l'amélioration croissante des revenus des éleveurs.

La pêche est un secteur en expansion malgré l'existence de difficultés ; elle est en passe de devenir la première richesse du pays.

Le secteur industriel (principalement les huileries et les phosphates) joue un rôle important dans l'économie nationale. L'industrie touristique se porte assez bien en 1998 et sa contribution au rééquilibrage des comptes extérieurs est importante dans l'économie nationale.

2-1-1-2 Aperçu sur la ville de Rufisque

L'ancêtre de Rufisque est un petit village de pêcheurs créé au début du 16^{ème} siècle qui portait le nom de « Teung- Guedj ». C'est par la suite que le nom « Rufisque » lui fut donné, provenant d'une déformation du terme portugais « **Rio Fresco** » qui signifie rivière fraîche en français.

Rufisque, qui fait partie des quatre (04) communes créées par le colonisateur français par la loi du 05 Avril 1884 (avec Dakar, saint louis et Gorée), fut un des comptoirs commerciaux les plus florissants de la côte occidentale d'Afrique, en témoignent son wharf, ses huileries, ses grands

magasins aujourd'hui tombés en ruines. Son développement économique provient d'une extension progressive résultant des déplacements d'anciens villages situés sur le littoral. Son dynamisme a toujours été à la mesure des fonctions économiques, politiques, administratives et culturelles qu'elle a assuré non seulement au niveau du Sénégal mais aussi à travers les anciennes colonies d'Afrique occidentale. Il constitue l'unique voie d'entrée / sortie terrestre de Dakar dont il est distant de 25 km. Rufisque fut érigé en commune de plein exercice le 12 Juin 1880, bien avant Dakar qui ne l'a été qu'en 1887.

La fonction de « ville arachidière » de Rufisque s'affirma dès 1860 ; le leadership ne lui fut ravi qu'entre 1939 et 1942 avec la crise arachidière qui a consacré l'irréversible ascension de Dakar. Plus tard avec l'avènement de la Fédération du Mali en 1957, Dakar capitale maintient des efforts de hiérarchie administrative. C'est ce qui explique en partie la suppression de la commune de Rufisque dont les natifs étaient des citoyens en 1962 qui fut intégrée à la commune de Grand Dakar créée en 1964 et administrée par le gouverneur.

Sur le plan géographique, la ville de Rufisque est située à 25 km de Dakar, au nord-est sur le littoral atlantique et s'étend sur une superficie de 371,7 km². Elle est limitée au nord par la communauté rurale de sangalkam, au sud par l'océan atlantique, à l'est par la commune de Bargny, à l'ouest par la commune d'arrondissement de Grand-Mbao.

Le climat est de type sahélien avec deux (02) saisons : une saison sèche de 9 mois et une saison des pluies de trois mois avec des quantités moyennes de 400 à 600 mm par an. Les vents dominants sont les alizés soufflant presque toute l'année, nord-est direction sud-ouest.

Sur le plan humain Rufisque compte 306 642 habitants (**Données du District sanitaire de Rufisque**) avec une densité de 765 habitants/ km². Avec

la croissance démographique très rapide, la ville connaît un problème d'espace ressenti surtout dans les zones d'extension ou l'occupation est quelques fois anarchique.

La population est en majorité musulmane. Toutefois on trouve des chrétiens et des protestants. On y note une très grande diversité ethnique avec une prédominance des wolofs estimés à 60% de la population, suivis des Halpulaar, des sérères, des mandingues, des soninkés, des diolas, des mankagnes, des manjaks et des balantes.

Sur le plan sanitaire, douze (12) postes de santé ont été recensés. Deux (02) d'entre eux, qui sont déficients, sont situés dans les quartiers Arafat et Diokoul ; ce qui se traduit au niveau des scores qualificatifs par une appréciation médiocre.

A l'exception de keury kao, keury souf, qui concentre 3 postes de santé et colobane, thiawléne et guendel, qui en sont totalement dépourvus, les autres quartiers (gouye mouride, dangou, diorga, fass, ndar gou ndaw), etc. en possèdent chacun une unité.

On peut ainsi conclure que les quartiers colobane, thiawléne et Guendel sont d'un niveau de desserte médiocre. Malgré le fait qu'ils disposent de postes de santé, les quartiers gouye Mouride, Dangou, HLM/ Santa yalla, Médine, etc. sont sous équipés car ils ne remplissent pas la norme de l'OMS (1 poste de santé pour 10.000hbts).

2.1.1.3 - Présentation des trois (03) structures sanitaires

IL s'agit du Centre de Santé Youssouf Mbargane DIOP, du poste de santé « Polyclinique Municipale » et du poste de santé de Nimzatt.

2.1.1.3.1 - Le centre de santé Youssouf Mbargane DIOP

Après la cérémonie de la « pause de la première pierre » en 1980 ouvrant officiellement les travaux de construction du Centre de Santé Youssouf Mbargane DIOP, ce dernier n'est devenu fonctionnel qu'en septembre 1997. En effet les travaux de construction qui étaient entièrement financés par la Loterie Nationale Sénégalaise (LONASE) n'étaient pas bien menés. Cette situation a conduit les autorités à ordonner la démolition de tous les bâtiments qui menaçaient de s'effondrer et leur reconstruction par un autre entrepreneur.

Le centre de santé Youssouf Mbargane DIOP chef lieu du District sanitaire de Rufisque est limité à l'Est par Arafat IV, à l'ouest par Diorga chérif, au nord par Diorga Montagne et au sud par Arafat 3.

Il regroupe trente (30) postes de santé et maternités dont ceux de diorga, arafat, keur Ndiaye LO, bambilor, niague, sangalkam, polyclinique municipale, tivaoune, nimzatt , HLM, fass, keri souf, bargny, kip, ndiolmane, maternité de bargny et bargny « Guedj ».

Les différents services offerts au niveau du centre de santé sont les consultations générales, les vaccinations, les césariennes, les consultations pédiatriques, l'ophtalmologie, la radiographie, la kinésithérapie, la planification familiale, etc. En outre, le centre dispose d'un laboratoire d'analyses médicales et d'un service social. Pour ce qui est de la prévention du VIH / SIDA, des causeries sont animées en faveur des femmes enceintes pour la prévention de la transmission Mère – Enfant (PTME).

Toutefois, il faut noter que les activités concernant la PTME ont commencé tardivement dans le centre de santé. La population totale desservie par le District est égale à 306 642 habitants. Les grossesses attendues par an s'élèvent à 14.719.

2.1.1.3.2 Le poste de santé « Polyclinique Municipale »

Créée vers 1880 par les colons la « polyclinique municipale » est sans nul doute la structure sanitaire la plus ancienne de toute la ville de Rufisque.

Limitée à l'Est par Mérina , à l'Ouest par Keuri Kao, au nord par Colobane et au sud par l'Océan Atlantique, la « Polyclinique municipale » polarise neuf (09) quartiers dont Keuri Kao, Keuri Kao Gare, Colobane 1, Colobane 1 bis, Mérina, Thiawléne Digg, Thiawléne Pouyéne, Thiawléne Bouth et Colobane 2 Sud.

Les différents services qui y sont offerts concernent les consultations prénatales, les consultations gynécologiques, les soins infirmiers, la planification familiale et le suivi des travailleuses du sexe.

Du fait de sa coexistence avec la mairie d'arrondissement de Rufisque la « Polyclinique municipale » demeure très animée surtout quand il y a des manifestations politiques. Cette situation pourrait déranger les femmes qui sont hospitalisées au niveau de la maternité pour raison d'accouchement. Il importe de noter que le laboratoire qui est implanté au sein du poste est la propriété de l'Institut Pasteur de Dakar (Privé).

Pour les besoins du test de dépistage du VIH/SIDA, les femmes enceintes sont référées au niveau du centre de santé Youssouf Mbargane Diop ou au CEDEPS de Rufisque.

Il convient de souligner que le poste de santé « Polyclinique Municipale » est confronté à des problèmes d'insécurité liés au manque d'électricité aux alentours. Cette situation occasionne des actes d'agression et de vols à l'endroit des personnes qui fréquentent le poste la nuit pour se faire consulter ou accoucher (les femmes enceintes).

2-1-1-3-3 : Le poste de santé de Nimzatt

Le poste de santé de Nimzatt a été créé sur financement de la Banque Mondiale pour faciliter l'accès aux infrastructures sanitaires aux populations.

Il est limité au nord par le quartier Sant yalla ; à l'Est par les quartiers Nimzatt 1 et 2 et Guendel 4 ; à l'Ouest par la Cité Millionnaire et au Sud par la Caserne des Sapeurs Pompiers. Il polarise cinq (05) quartiers : Ndar Goundaw, Nimzatt 1, Nimzatt 2, cité Millionnaire et Guendel 4.

Le poste de santé de Nimzatt est dirigé par une Infirmière Chef de Poste (ICP) assistée dans ses tâches par trois (03) femmes Agents de Santé Communautaire (A.E.C). L'une d'elle s'occupe de la vente des tickets de consultation ; l'autre, de la prise des constantes des patients (poids, taille, tension artérielle, température, etc.) et la troisième, la vente des médicaments.

Les différents services qui y sont offerts sont les consultations générales, les consultations prénatales, la planification familiale, les consultations pédiatriques et les soins infirmiers. Le poste ne dispose pas de laboratoire et est dépourvu d'eau courante. Les factures d'électricité sont payées avec les recettes issues de la vente des tickets de consultations. De même, la rémunération des trois (03) A.E.C et du gardien proviennent de ces mêmes recettes.

Pour ce qui est de la prévention du VIH/SIDA, des séances de sensibilisation sont menées par la sage-femme et la Médiatrice Communautaire et portent sur la Prévention de la Transmission Mère Enfant du VIH/SIDA.

Le poste de santé couvre une population totale de 8985 habitants. Le nombre de grossesses qui y sont attendues chaque année est égal à 323.

2-1-2 La population parent

Notre étude concerne les femmes enceintes résidant dans la ville de Rufisque.

Nous avons choisi de faire notre étude avec les femmes enceintes qui fréquentent les trois (03) structures sanitaires de la ville de Rufisque que sont le Centre de Santé Youssouf Mbargane DIOP, le poste de santé « Polyclinique Municipale » et le poste de santé de Nimzatt en ce sens que ces trois (03) structures font partie du pôle PTME de la région de Dakar et abritent souvent des causeries sur le VIH/SIDA.

2-2 La stratégie de la recherche

Elle se réfère à l'ensemble des méthodes, techniques et procédés auxquels nous avons eu recours lors de notre travail de collecte de données. Pour mener à bien notre étude, nous avons adopté la démarche suivante :

2-2-1 L'échantillonnage

Selon Fortin (1996) « *l'échantillonnage est le procédé par lequel un groupe de personnes ou un sous-ensemble d'une population est choisie en vue d'obtenir des informations à l'égard d'un phénomène et de telle sorte que la population entière qui nous intéresse soit représentée* ».

Compte tenu de l'indisponibilité d'une base de sondage, nous avons choisi de travailler sur un nombre assez représentatif de cent (100) femmes enceintes fréquentant les trois structures sanitaires de la ville de Rufisque que sont : le Centre de Santé Youssouf Mbargane DIOP, la « Polyclinique Municipale » et le poste de santé de Nimzatt.

Nous avons orienté notre choix sur la **méthode d'échantillonnage non probabiliste** qui, comme son nom l'indique, n'est pas basée sur la théorie des probabilités, donc ne relève pas **du hasard**. Elle correspond à ce que **Chauchat** appelle la méthode empirique. Selon cette méthode, *« le choix des unités n'est pas fait selon un tirage aléatoire et il n'est pas nécessaire d'avoir une base de sondage »*.

Comme technique nous avons fait recours à **l'échantillon typique**. Ainsi notre échantillon est constitué uniquement par les femmes enceintes en « **CPN2** » c'est-à-dire celles qui en sont à leur deuxième consultation prénatale et les femmes enceintes en « **CPN3** », celles qui en sont à leur troisième consultation prénatale. Nous considérons que ces deux (02) groupes de femmes enceintes peuvent avoir des informations sur le VIH/SIDA ne serait-ce qu'à travers les causeries éducatives sur la P.T.M.E qui se tiennent au niveau des trois structures sanitaires que nous avons mentionnées plus haut.

IL convient de noter qu'au niveau de chaque structure, nous avons attendu que les femmes enceintes soient d'abord consultées par la sage-femme, pour vérifier ensuite dans leurs carnets de consultations le nombre de visites prénatales qui y est mentionné avant de leur administrer le questionnaire.

2-2-2 La recherche documentaire

Dans le souci d'éclairer le sujet choisi, nous avons consulté plusieurs documents. Cette démarche nous a conduit à des lieux différents où nous avons pu obtenir une documentation pertinente. C'est ainsi que nous nous sommes rendue :

-à la bibliothèque de l'université cheikh Anta Diop de Dakar où certaines Thèses nous ont édifié sur la vulnérabilité sociale et économique des femmes, des enfants et des familles au VIH/SIDA ;

- à la bibliothèque de l'E.N.T.S.S, où nous avons pu recueillir des informations ayant trait au Processus de la Recherche ;
- au Centre de Documentation de l'ONUSIDA où nous avons consulté plusieurs écrits sur la situation des femmes par rapport au VIH/SIDA dans le monde et en Afrique ;
- à la bibliothèque de l'E.N.D.S.S où nous avons pu lire quelques mémoires portant sur les activités d'information et de sensibilisation auprès des populations pour la prévention du VIH/SIDA et les grossesses des adolescentes;
- à la bibliothèque de l'E.N.E.A où nous avons consulté des mémoires sur le SIDA pédiatrique et les soins offerts aux femmes enceintes dans le cadre des consultations prénatales ;
- au Centre de Conseil, de Dépistage Volontaire Anonyme et d'Accompagnement (CDVAA) de Pikine- Guédiawaye où nous étions conseillère et accompagnatrice de personnes vivant avec le VIH et où nous avons pu avoir des ouvrages sur les Orphelins et Enfants Vulnérables (O.E.V), sur la PTME et des guides sur le Counseling ;
- à la mairie de la ville de Rufisque où nous avons pu avoir des informations concernant l'historique et les données démographiques de la ville de Rufisque ;
- au Centre de documentation de l'Agence Nationale de la Démographie et de la Statistique où nous avons pu recueillir toutes les données démographiques au niveau national concernant notre étude ;
- au Conseil pour le Développement de la Recherche en Sciences Sociales en Afrique (CODESRIA) où nous avons obtenu des ouvrages et des revues portant sur des conférences et des réflexions d'éminents chercheurs afin d'enrichir notre étude.

2-2-3 L'observation libre

Elle s'est déroulée avant et pendant l'enquête. C'est ainsi qu'avant de commencer la collecte des données, nous avons essayé d'abord de nous familiariser avec notre milieu d'étude en y faisant plusieurs visites au cours desquelles nous notions nos premières impressions. Cette familiarisation avec le milieu nous a permis de tisser certains liens avec la population à l'étude. Nous avons également eu à animer des causeries au niveau des salles d'attentes pour les consultations prénatales au profit des femmes enceintes.

Les thèmes de ces causeries ont porté sur le test de dépistage du VIH/SIDA; la transmission mère-enfant du VIH/SIDA ; les autres voies de transmission du VIH/SIDA à savoir la transmission par voie sexuelle et la transmission par voie sanguine, les autres modes de prévention du VIH/SIDA, les maladies sexuellement transmissibles, etc.

2-2-4 Le choix des instruments

Pour collecter les informations nécessaires afin de mieux appréhender le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes face au VIH/SIDA, nous avons utilisé comme instrument de collecte de données le questionnaire auprès des femmes enceintes parce qu'il nous permet **de décrire et de quantifier les observations, de les comparer et d'en généraliser les résultats.**

Par ailleurs, nous avons utilisé le guide d'entretien à l'attention de certaines personnes ressources à savoir les sages-femmes, le responsable du laboratoire et l'assistant social pour sa souplesse car il favorise la libre expression des personnes interrogées.



Par conséquent, pour nous assurer de l'efficacité des instruments et surtout de leur adaptation conformément à nos attentes, nous avons procédé à un pré test.

2-2-4-1 Le pré test

Comme son nom l'indique, il s'agit, par ce procédé, de tester le questionnaire et les guides d'entretien afin de pouvoir mesurer leur pertinence et voir ainsi si les questions à poser sont claires, explicites pour être perçues sans difficulté de compréhension par l'informateur. Ainsi, nous avons pris le soin d'administrer le questionnaire auprès des femmes enceintes qui fréquentent le poste de santé de « Diokkoul Xer » et les guides auprès de la sage-femme et de l'infirmier chef de Poste.

2-2-4-2 L'administration des instruments

Après la validation des instruments par des pré-tests, nous les avons administré à nos cibles. Les entretiens étaient de forme semi directive avec des questions ouvertes pour l'essentiel qui laissaient à l'enquêtée la possibilité de s'exprimer librement.

L'administration des guides se faisait en trente (30) ou quarante (40) minutes. Quant au questionnaire, du fait que la majeure partie des femmes enceintes ne comprenait pas très bien le Français, nous avons pris le soin de le remplir à leur place.

Nous précisons que l'administration des instruments s'est faite en fonction de la disponibilité des personnes à interroger.

2-2-5 Difficultés rencontrées et limites de la recherche

Tout au long de notre recherche, nous avons eu à rencontrer quelques difficultés que nous avons tant bien que mal réussies à surmonter.

La première difficulté à laquelle nous nous sommes confrontée a été le manque de salles au niveau de ces trois (03) structures sanitaires surtout au niveau des maternités. En effet, nous étions dans l'impossibilité d'avoir un lieu adéquat pour y mener nos enquêtes auprès des femmes enceintes. Nous étions obligée de nous installer au niveau de la tente tenant lieu de salle d'attente (pour ce qui concerne le centre de santé Youssouf Mbargane DIOP de Rufisque) pour administrer le questionnaire aux femmes enceintes.

Au niveau du poste de santé « Polyclinique municipale », nous avons partagé le bureau de la sage-femme qui est chargée de la planification familiale et qui recevait au même moment des clientes.

La deuxième difficulté est due au fait que certaines femmes enceintes, vu leur état de grossesse avancé, se montraient très impatientes pour se prêter entièrement à nos questions. Ainsi, elles répondaient aux questions soit de façon hâtive, soit avec une grande hésitation.

En outre du fait que le thème de la recherche est lié au VIH/SIDA, certaines femmes enceintes ont développé un scepticisme à notre égard.

La troisième difficulté a trait au fait que la majeure partie des femmes enceintes ne pouvait pas directement répondre aux questions, faute de maîtrise de la langue française. Pour travailler avec elles, nous avons eu à utiliser les langues locales telles que le Wolof ou le « Pulaar » dont la traduction littérale dénature quelque fois les informations recueillies.

Nous considérons aussi que la première limite de cette présente recherche réside dans la représentativité de l'étude du fait de l'inexistence d'une base de sondage.

La deuxième limite se situe au niveau de la quantification. « *En effet, le quantitatif, perçu comme indiscutable sur le plan de l'objectivité, limite singulièrement la portée de l'analyse dans laquelle on risque de ne pas tenir compte des informations dont la fréquence est faible ou d'ignorer l'originalité en regroupant les informations en catégories générales* ». (TALL, Ramatoulaye,2001)

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

**ANALYSE ET
INTERPRETATION
DES DONNEES**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET INTERPRETATION DES DONNEES

III.1 PROFIL SOCIO-DEMOGRAPHIQUE DES REPOUNDANTES

Nous avons eu à administrer notre questionnaire à cent (100) femmes enceintes. Dans le présent chapitre, nous voulons procéder à une présentation plus complète de cette population. Pour ce faire, nous allons axer notre réflexion sur les réponses qu'elles ont données à nos questions relatives aux variables ci-après : l'âge, la situation matrimoniale, l'ethnie, la religion, le lieu de résidence, le niveau d'instruction, l'occupation.

3.1.1 L'âge

L'âge nous a paru être une variable d'identification intéressante en ce qu'elle peut avoir un rapport avec la fécondité.

Tableau n° 1 : Répartition des femmes enceintes selon l'âge

Tranches d'âge	Effectif	%
[15 - 20]	14	14
[21 - 25]	30	30
[26 - 30]	27	27
[31 - 35]	18	18
[36 - 40]	5	5
[41 - 45]	6	6
TOTAL	100	100

Source : enquête sur le terrain

Il ressort de l'analyse de ce tableau que la majorité des femmes enceintes qui fréquentent les trois (03) structures sanitaires du District de Rufisque sont âgées de 21 à 25 ans, soit 30%. Ce taux est légèrement supérieur à celui des femmes enceintes âgées de 26 à 30 ans qui est de l'ordre de 27%. Celles qui sont âgées de 31 à 35 ans représentent 18 % ; leur taux est supérieur à celui des femmes enceintes âgées de 15 à 20 ans (14%).

Pour ce qui est des femmes enceintes âgées de 41 à 45 ans, leur taux (6%) est légèrement supérieur à celui correspondant à celles qui sont âgées de 36 à 40 ans, soit 5 %.

L'importance du taux des femmes enceintes âgées de 21 à 25 ans symbolise la fécondité de ces dernières qui en sont pour la plupart à leur première grossesse.

Pour ce qui est des femmes enceintes âgées de 26 à 30 ans et de 31 à 35 ans, leur taux n'est pas négligeable et demeure le reflet de la jeunesse de ces femmes enceintes qui en sont pour la majeure partie à leur deuxième ou troisième grossesse.

En ce qui concerne les femmes enceintes âgées de 36 à 40 ans et de 41 à 45 ans, leur faible représentativité est liée à leur tendance vers la ménopause ainsi qu'à la pratique de la planification familiale. En effet, la plupart des femmes de cette tranche d'âge ne veulent pas ou évitent de tomber enceintes pour se maintenir en bonne santé et ne pas risquer leur vie.

Quant aux femmes enceintes âgées de 15 à 20 ans, leur taux avoisine la moitié de celui représentant celles qui sont âgées de 21 à 25 ans. La faiblesse de leur taux résulte d'une part des campagnes d'IEC et de sensibilisation sur les inconvénients des mariages et grossesses précoces sur la santé reproductive de la

jeune fille, d'autre part des politiques et programmes mis en place par les Pouvoirs Publics, les Organisations Non Gouvernementales (ONG) et certaines organisations de la société civile visant la scolarisation et le maintien des filles à l'école.

3.1.2 La situation matrimoniale

Elle constitue une variable socio démographique qui trouve son importance dans la fréquence des femmes enceintes au niveau des structures sanitaires.

Tableau n° 2 : Répartition des femmes enceintes selon leur situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Effectif	%
Célibataire	2	2
Mariée sans coépouse (s)	86	86
Mariée avec coépouse (s)	12	12
TOTAL	100	100

Source : enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que la majeure partie des femmes enceintes qui fréquentent les trois (03) structures sanitaires du District de Rufisque sont mariées sans coépouse (s) soit 86 % de l'effectif, ce taux est largement supérieur à celui des femmes enceintes mariées avec coépouse (s), soit 12%. Quant aux femmes enceintes célibataires, leur taux est de 2%.

L'importance du taux de femmes enceintes mariées reflète certaines valeurs, certains aspects de la culture sénégalaise qui voudrait que la femme soit

chaste jusqu'au mariage. En effet, une femme n'a le « droit » de faire un enfant que dans les liens légaux et/ou coutumiers du mariage. Dans certaines ethnies, une femme qui tombe enceinte en dehors du mariage est mal vue et mal jugée par la société sénégalaise. Elle devient la risée de sa famille, de son entourage, bref, de son quartier.

Dans la plupart des cas, une femme qui tombe enceinte en dehors du mariage est soumise à des sanctions morales et parfois physiques. Ces sanctions peuvent aller jusqu'au rejet ou à la marginalisation. C'est dire donc que le poids de la tradition pèse lourdement sur la femme sénégalaise de manière générale. Cette situation justifie la faiblesse du taux de femmes enceintes célibataires qui sont souvent victimes de viols et de sévices sexuels.

La faiblesse des femmes enceintes célibataires également est le résultat des séances de sensibilisation et de conseils dont les thèmes portent, entre autres, sur les grossesses non désirées et/ou précoces, les viols, les mariages précoces, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, à l'endroit des jeunes garçons et filles. Ces séances de sensibilisation sont menées par le personnel des Centres Conseils pour Adolescents (C.C.A) et Centres de Dépistage Volontaire Anonyme et d'Accompagnement (C.D.V.A.A) qui sont implantés dans certains quartiers de la banlieue dakaroise tels que Pikine/Guédiawaye, Thiaroye, Rufisque et Parcelles Assainies.

Pour ce qui est des femmes enceintes mariées avec coépouse (s), la faiblesse de leur taux est due à l'importance des mariages monogames et aussi à la conjoncture économique qui entraîne l'augmentation des charges sociales et familiales. Cette situation oblige certains hommes à se contenter d'une seule épouse même s'ils éprouvent le désir de marier deux (2), trois (3) et même quatre (4) femmes telle que le recommande la religion musulmane.

3.1.3 L'ethnie

L'ethnie est une variable démographique qui fait ressortir la diversité culturelle de notre zone d'étude.

Tableau n° 3 : Répartition des femmes enceintes selon l'ethnie

Ethnie	Effectif	%
Wolof	56	56
Hal pulaar	23	23
Sérère	12	12
Bambara	2	2
Socé	2	2
Maure	2	2
Soninké	1	1
Manjak	1	1
Cognagui	1	1
TOTAL	100	100

Source : enquête sur le terrain

Il ressort de l'analyse de ce tableau que les Wolofs prédominent avec 56% de l'effectif, les Hal pulaar viennent en deuxième position avec 23%, suivies des sérères représentant 12%. Les ethnies les moins représentatives sont constituées par les Bambaras (2%), les Socé (2%) les Maures (2%), les Cognagui (1%), les Manjak (1%) et les Soninkés (1%). Cette forte représentativité des Wolofs est due au fait qu'ils ont été les premiers à s'installer dans cette zone et les champs qui y existaient à l'époque appartenaient à leurs ancêtres Lébous. A cela, s'ajoute la présence de la mer où les époux de la majeure partie des femmes enceintes exercent la pêche comme principale activité.

Quant aux Hal pulaar, « *leur présence est certainement la conséquence de l'instinct grégaire qui caractérise cette ethnie dont le désir est de recréer partout l'environnement du Fouta* » (Diallo ouleymatou, 2002).

La faible représentativité des autres ethnies (Sérères, Bambaras, Socé, Soninké, Manjak, Cognagui) est due au fait que ces dernières ont trouvé la quasi totalité des terrains déjà occupés par les Wolofs.

Il importe de souligner bien qu'il y ait une diversité d'ethnies qui fréquentent les trois (03) structures sanitaires du District de Rufisque, représentées par les femmes enceintes, ces dernières parviennent, pour la plupart, à se communiquer grâce à leur maîtrise du wolof, à se comprendre et à s'entraider. Cette situation contraste bien avec l'affirmation de SAMBOU Idrissa (1998) qui, dans une étude menée à Grand-Dakar souligne que : « *La coexistence de plusieurs ethnies et l'interpénétration des cultures différentes ont contribué à l'éclatement des structures sociales traditionnelles basées sur la solidarité et l'entraide* »

3.1.4 La religion

La religion constitue une variable sociodémographique très influente sur les perceptions des choses et les habitudes, les attitudes et comportements des individus.

Tableau n° 4 : Répartition des femmes enceintes selon leur religion

Religion	Effectif	%
Musulmane	99	99
Chrétienne	1	1
TOTAL	100	100

Source : enquête sur le terrain

L'analyse de ce tableau permet de montrer que les femmes enceintes musulmanes sont largement majoritaires, soit 99%, quant aux chrétiennes, elles sont très minoritaires et ne représentent qu'un pour cent (1%) de l'effectif. Cette répartition d'après la religion représente en miniature la population du pays qui est essentiellement musulmane (93,8% contre 4,3% pour les chrétiens), d'après le **Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 1988**.

Cette forte présence des femmes enceintes musulmanes, s'explique également par la pratique de la polygamie effectuée par bon nombre de musulmans, contrairement aux chrétiens qui optent pour la monogamie.

3.1.5 Le lieu de résidence

Le lieu de résidence est une variable sociodémographique qui permet de déterminer l'accessibilité des structures sanitaires aux femmes enceintes.

Tableau n° 5 : Répartition des femmes enceintes selon leur lieu de résidence

Lieu de résidence	Effectif	%
Colobane	18	18
Diokoul	14	14
Arafat	7	7
Fass	5	5
Gouye Mouride	4	4
Dangou	4	4
Médine	4	4
Thioho	3	3
Thiawlène	3	3
Santhiaba	3	3

HLM	3	3
Champs de Courses	2	2
Darourahmane	2	2
Diorga Chérif	2	2
Cators	2	2
Médina	2	2
Kounoune	2	2
Sangalkam	1	1
Cité Gabon	1	1
Ndar Goundaw	1	1
Kéri Kao	1	1
Santhie Thiarène	1	1
Gendel	1	1
Cheikh	1	1
SECABEC	1	1
Ndiakhirate	1	1
Bargny	1	1
Keur Ndiaye Lô	1	1
Darou Salam	1	1
Ngéssou	1	1
Boune	1	1
Keur Mbaye FALL	1	1
Léona	1	1
Nimzatt	1	1
Zac Mbao	2	2
Hamo 4/Guédiawaye	1	1
TOTAL	100	100

Source Enquête sur le terrain

Il ressort de l'analyse de ce tableau que 18% des femmes enceintes qui fréquentent les trois (3) structures sanitaires du District de Rufisque résident à Colobane, 14% à Diokoul, 7% à Arafat, 5% à Fass. Celles qui résident à Gouye Mouride, Dangou et Médine représentent respectivement 4%.

Les quartiers les moins représentatifs sont Thioho 3%, Thiawène 3%, Santhiaba 3%, Médina 2%, Kounoune 2%, Champs de Courses 2% Darourahmane 2%, Diorga Cherif 2%, Castors 2%, HLM 3%.

A ceux-là, s'ajoutent d'autres localités telles que Sangalkam, Cité Gabon, Ndar Goundaw, Kéri Kao, Santhie Thiarène, Gendel, Cheikh, SECABEC, Ndiakhirate, Bargny, Keur Ndiaye Lô, Darou Salam, Nguessou, Boune, Keur Mbaye FALL, Léona, Nimzatt, représentant chacune 1% de l'effectif.

Une autre lecture du tableau nous montre que des localités qui ne font pas partie du Département de Rufisque sont également représentées. Il s'agit de ZAC Mbao avec 2% et Hamo IV Guédiawaye 1%.

Ce fort taux de fréquentation des femmes enceintes de Colobane résulte du fait que le poste de santé de leur quartier ne dispose pas d'une sage-femme.

Pour celles qui habitent à Diokoul, Dangou, Arafat, Fass et Gouye Mouride, leur importance est liée à la proximité et à l'accessibilité des structures sanitaires par rapport à leur lieu de résidence. En effet, ces femmes enceintes en se rendant aux structures sanitaires peuvent soit effectuer la marche, soit prendre des taxis « clandos » dont le prix de transport varie entre 100 et 150 f CFA.

Pour ce qui est des femmes enceintes qui résident à Keur Ndiaye Lô, Diorga Cherif, Thioho, Bargny Thawène, Keur Mbaye FALL, Santhiaba, etc, leur faible représentativité est due à la présence, pour la plupart d'entre elles, de postes de santé au niveau de leurs localités.

Toutefois, la préférence que certaines femmes enceintes ont pour telle ou telle structure au détriment de l'autre est surtout liée à la qualité de l'accueil et des services qui y sont rendus. Ce qui se traduit par la fidélité qu'elles lui manifestent, les incitant à y effectuer leurs visites prénatales. Cette situation est

également valable pour les femmes enceintes dont le lieu de résidence se trouve en dehors du département de Rufisque.

3.1.6 Le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction constitue une variable sociodémographique qui facilite la compréhension des messages de sensibilisation sur le VIH/SIDA

Tableau n° 6 : Répartition des femmes enceintes selon leur niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	%
Aucun	30	30
Enseignement Coranique	10	10
Enseignement Franco-arabe	3	3
Primaire (éducation formelle)	40	40
Secondaire (éducation formelle)	17	17
Supérieur (éducation formelle)	–	–
TOTAL	100	100

Source : enquête sur le terrain

A la lumière de ce tableau, l'on constate que 30% des femmes enceintes sont analphabètes, 10% ont fait l'enseignement coranique, 3% l'enseignement franco-arabe, 40% ont le niveau primaire, 17% le niveau secondaire et aucune n'a accédé à l'enseignement supérieur.

L'importance du taux d'analphabétisme chez les femmes enceintes est due au fait que la majeure partie d'entre elles sont issues de familles où l'exercice des activités traditionnelles (pêche, agriculture) domine largement sur les études.

La forte représentativité des femmes enceintes au niveau du primaire s'explique par les mariages précoces mais aussi les nombreuses charges ménagères de ces femmes qui sont souvent incompatibles avec les études d'où leur faible représentativité au niveau du secondaire.

Le niveau supérieur n'est pas représenté dans notre échantillon. Cette situation est due au fait que certaines femmes considèrent que le fait de poursuivre des études jusqu'à ce niveau ou au delà retarde leur spécialisation dans un domaine d'activité bien défini afin qu'elles puissent rapidement trouver du travail et subvenir à leurs besoins et à ceux des membres de leurs familles.

Il importe de souligner que l'école coranique et l'école franco-arabe ont été fréquentées par certaines femmes enceintes. Cela peut être une illustration de la forte présence des musulmans dans cette zone.

Il convient de noter que les femmes enceintes qui ont le niveau du secondaire comprennent beaucoup mieux les questions liées au VIH/SIDA que celles du niveau primaire. Il en est de même pour les femmes enceintes du niveau primaire par rapport à celles qui sont analphabètes.

C'est dire que le niveau d'instruction a une grande influence sur la compréhension des femmes enceintes de la problématique du VIH/SIDA. En ce sens, THIAM Mame Yacine (1994) affirme que « *le niveau d'instruction a une incidence sur la connaissance par les populations des modes de transmission du VIH/SIDA* »

3.1.7 L'occupation des femmes enceintes

L'occupation des femmes enceintes nous renseigne sur la gamme d'activités exercées par nos répondantes et sur les domaines d'application de leurs compétences.

Tableau n° 7 : Répartition des femmes enceintes selon leur occupation

Occupation	Effectif	%
Ménagères	60	60
Commerçantes	20	20
Artisanes	9	9
Infirmières	2	2
Enseignantes	2	2
Elèves	3	3
Electricienne	1	1
Informaticienne	1	1
Gérante de télécetre	1	1
Lavandière	1	1
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 60% des femmes enceintes sont des ménagères, 20% exercent l'activité commerciale, 9%, l'activité artisanale. Les femmes enceintes élèves représentent 3% de l'effectif. Celles qui sont infirmières sont de l'ordre de 2% de même que les enseignantes. Le secteur de l'électricité et de l'informatique représentent chacun 1%, il en est de même pour ce qui est de la gérance de télécetre. Les lavandières également ne représentent qu'1% de l'effectif.

La forte représentativité des ménagères est due d'une part à leur analphabétisme et à leur faible niveau d'instruction qui les empêchent d'avoir les compétences requises pour exercer certaines fonctions, et d'autre part, à leur état de santé qui se trouve être fragilisé par la grossesse.

Pour ce qui est des commerçantes, elles s'intéressent à la vente de légumes au marché de Rufisque et de « Café Touba » dans les rues de la ville.

Le commerce des légumes est très développé dans la zone vue l'importance des cultures maraîchères qui y sont pratiquées.

Toutefois, les femmes enceintes tendent à interrompre leur activité commerciale lorsqu'elles s'approchent au terme de leur grossesse c'est-à-dire entre le huitième et le neuvième mois. Pendant cette période, elles n'ont ni le temps ni le dynamisme nécessaires à l'exercice de cette activité.

En ce qui concerne les élèves, la faiblesse de leur taux réside dans le fait qu'elles ont tendance à suspendre les études lorsqu'elles sont en état de grossesse. En effet, la plupart d'entre elles n'arrivent pas à concilier grossesse et études. Cela est dû à l'intensité des cours basés sur des programmes scolaires très chargés et à leur manque d'expérience car elles en sont toutes à leur première grossesse.

Quant aux artisanes, leur domaine de prédilection demeure la coiffure moderne, les tresses traditionnelles et la couture. Ces femmes aussi, à l'instar des commerçantes ont tendance à geler leur activité au fur et à mesure qu'elles se rapprochent au terme de leur grossesse.

Pour ce qui est des infirmières et des enseignantes, leur état de grossesse ne constitue pas un handicap à l'exercice de leurs professions. Elles sont beaucoup plus dynamiques que les commerçantes et les ménagères. Cela peut être dû à leur niveau d'instruction.

III.2. Niveau d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA

Dans le présent chapitre les réponses des femmes enceintes concernent les questions relatives à leurs sources d'information sur le VIH/SIDA, à leur connaissance des moyens de transmission, des conséquences, des symptômes, des moyens de prévention du VIH/SIDA.

Ces réponses concernent également leur connaissance de leur statut sérologique, des différents résultats après test, des lieux de pratique du test et l'existence d'une prise en charge des personnes séropositives.

3.2. 1 – Sources d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA

Les sources d'information constituent les moyens à travers lesquels les femmes enceintes reçoivent des informations concernant le VIH/SIDA.

Tableau n° 8 : Répartition des femmes enceintes selon leurs sources d'information sur le VIH/SIDA

Sources	Effectif	%
Télévision	50	50
Radio	30	30
Causerie éducative	13	13
Ecole	7	7
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus fait ressortir que 50% des femmes enceintes ont entendu parler du VIH/SIDA pour la première fois à travers la télévision,

30% à travers la radio, 13% à travers les causeries éducatives et 7% à travers uniquement l'école.

Les causeries éducatives sur le VIH/SIDA se font dans les salles d'attente destinées aux femmes enceintes pour les consultations prénatales par les relais ou médiateurs communautaires formés à cet effet ; au niveau des Groupements de Promotion Féminine (G.P.F), des Dahiras, des « Tours » ou « Mbootays ».

La télévision et la radio également constituent d'excellents canaux de communication à travers lesquels sont diffusés la majorité des messages de sensibilisation sur le VIH/SIDA sous forme de théâtre, téléfilms ou sketch, de table ronde ou de débats tenus le plus souvent en langue nationale (wolof) pour toucher le maximum d'individus. C'est ce que semble encourager THIAM Mame Yacine (1994) lorsqu'elle considère que *« La sensibilisation par les masses média doit se poursuivre pour toucher toutes les couches de la population de Kolda et faire connaître les modes de transmission du VIH/SIDA que sont la transmission sexuelle, la transmission sanguine et celle de la mère à l'enfant »*.

Pour ce qui est de l'école, bien qu'il s'y tienne parfois des séances de sensibilisation sur le VIH/SIDA animés par les relais communautaires ou les maîtres d'éducation populaire et sportive à l'endroit des élèves, cela s'avère trop insuffisant. En outre, même s'il y a quelques rares enseignants qui parlent de la question du VIH/SIDA à leurs élèves (ce qui n'est pas trop formalisé et régulier), il urge d'inclure dans les programmes d'enseignement secondaire, voire primaire, la question du VIH/SIDA pour mieux la porter au sein de l'espace scolaire dans le but de

conscientiser les élèves sur les voies de transmission et les modes de prévention de la maladie.

3.2.2 – Connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA

Cette variable renseigne sur le niveau de connaissance des femmes enceintes sur les moyens de transmission du VIH/SIDA.

Tableau n° 9 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des moyens de transmission du VIH/SIDA

Moyens de transmission	Effectif	%
Rapports sexuels non protégés, objets souillés tranchants et transmission mère-enfant	80	80
Rapports sexuels non protégés, objets souillés tranchants	14	14
Rapports sexuels non protégés	3	3
Objets souillés tranchants, transmission mère-enfant	2	2
Objets souillés tranchants	1	1
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

A la lumière de ce tableau, on constate que 80% des femmes enceintes connaissent les trois (03) voies de transmission du VIH/SIDA que sont la voie sexuelle, la voie sanguine et la transmission de la mère à l'enfant.

Une autre lecture du tableau nous permet de voir que 14% des femmes enceintes considèrent que le VIH/SIDA se transmet par les rapports sexuels non protégés et les objets souillés tranchants, 3% pensent que c'est à travers uniquement les rapports sexuels non protégés, 2% à travers les objets souillés et la transmission mère-enfant et enfin 1% par les objets souillés.

L'importance du taux des femmes enceintes qui maîtrisent les trois (03) voies de transmission du VIH/SIDA jusque là reconnues par les professionnels de la santé est le fruit des nombreuses séances de causeries éducatives au niveau des structures sanitaires et de sensibilisation par les médias dont nous avons souligné plus haut.

A cet effet, l'O.M.S (1997) précise que *la « transmission périnatale peut se produire pendant la grossesse, au cours de l'accouchement ou en raison de l'allaitement »*.

Pour ce qui est des femmes enceintes qui pensent que le SIDA se transmet uniquement par les rapports sexuels non protégés et les objets souillés tranchants, leur méconnaissance de la troisième voie de transmission du VIH/SIDA qu'est la transmission mère-enfant est due au fait qu'elles n'ont pas encore eu la chance d'assister à une causerie éducative animée dans une salle d'attente pour les consultations prénatales. Toutes les informations qu'elles ont sur la maladie, elles les ont obtenu à travers la télévision et/ou la radio, d'où la nécessité pour les responsables de ces canaux de communication d'intégrer dans les messages diffusés dans le domaine du VIH/SIDA, des aspects relatifs à la transmission mère-enfant du VIH/SIDA afin de prévenir de nouvelles

infections. En ce sens GUEYE Bineta (1995) souligne que « *le contenu de l'information sur le SIDA doit tenir compte d'exigences fondamentales telles que la connaissance des modes de transmission du virus, la maîtrise des méthodes préventives appropriées et acceptables et la nécessaire diversification du contenu du message en fonction des cibles. La prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant est une activité au quotidien qui doit s'intégrer dans le dispositif préexistant, en particulier avec les programmes de santé de la mère et de l'enfant* ».

3.2.3 – Connaissance portant sur les conséquences du VIH/SIDA sur la personne infectée

Cette variable nous éclaire sur le niveau de connaissance des femmes enceintes des conséquences du VIH/SIDA.

Tableau n° 10 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des conséquences du VIH/SIDA

Conséquences	Effectif	%
Sanitaires	72	72
Sanitaire, sociale, psychologique, économique et familiale	8	8
N.S.P	20	20
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Il ressort de l'analyse de ce tableau, que 72% des femmes enceintes considèrent que le SIDA a des conséquences d'ordre sanitaire sur la personne infectée, 8% pensent que les conséquences sont à la fois d'ordre sanitaire, sociale, psychologique, économique et familiale, 20% ne savent pas si le SIDA a ou non des conséquences sur la personne infectée.

L'importance du taux des femmes enceintes qui pensent que les conséquences du VIH/SIDA sur la personne infectée ne sont que d'ordre sanitaire est due au fait que les messages souvent diffusés à la télévision dans le cadre du VIH/SIDA ne se focalisent que sur l'état de santé fébrile de la personne atteinte (maigreur, pâleur, démangeaisons, plaies, chute des cheveux, etc.). En effet, les autres aspects de la vie sociale de la personne infectée par le VIH/SIDA à savoir l'espace familial dans lequel elle évolue, ses relations avec son employeur et ses collègues dans son lieu de travail, bref les problèmes sociaux auxquels elle est confrontée ne sont pas pris en compte. Ces aspects ne sont pas souvent intégrés dans les séances de causeries éducatives sur le VIH/SIDA.

Pour ce qui est des femmes enceintes qui ne savent pas si le VIH/SIDA a ou non des conséquences sur la personne infectée, elles avouent qu'elles n'ont jamais rencontrées une personne malade du SIDA.

3.2.4 – Connaissance des symptômes du SIDA

Cette variable nous renseigne sur le niveau de connaissance des femmes enceintes sur les symptômes du VIH/SIDA.

Tableau n° 11 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des symptômes du SIDA

Types de réponses apportées	Effectif	%
Amaigrissement	39	39
Chute des cheveux, démangeaisons, toux chronique, diarrhée, vomissements	9	9
Amaigrissement, démangeaisons	5	5
Chute des cheveux et amaigrissement	2	2
Démangeaisons, chute des cheveux, fièvre	8	8
N.S.P	37	37
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Il ressort de l'analyse de ce tableau que 39% des femmes enceintes considèrent l'amaigrissement comme l'unique symptôme du SIDA, 9% retiennent la chute des cheveux, les démangeaisons, la toux chronique, la diarrhée et les vomissements, 5%, l'amaigrissement et les démangeaisons,

8% notent en plus des démangeaisons et la chute des cheveux, la fièvre, 2%, la chute des cheveux et l'amaigrissement.

Une autre lecture du tableau nous permet de constater que 37% des femmes enceintes ne savent si une personne atteinte du SIDA présente des symptômes ou non. Le fait que l'amaigrissement soit retenu comme principal symptôme du SIDA est le produit de l'imaginaire des populations et aussi des messages de sensibilisation tels que le théâtre, les dessins figurant dans certains ouvrages à but didactique où la personne atteinte est souvent représentée de façon très maigre voire « squelettique ». En ce sens, le Réseau Africain pour les soins aux enfants affectés par le SIDA (2006) souligne qu' *« en Afrique le SIDA de l'adulte en particulier le syndrome « slim disease » ou maladie de la maigreur a été décrit pour la première fois au début des années 80 »*.

Les autres signes cliniques liés au SIDA tels que les vomissements, les démangeaisons, la chute des cheveux, les maladies opportunistes (tuberculose, cancer, hépatite, etc.) ne sont pas très bien connus. En général, les symptômes du SIDA ne font pas souvent l'objet de séances de sensibilisation de masse ou de causeries éducatives.

IL importe de signaler que les femmes qui n'ont aucune idée des symptômes du SIDA n'ont jamais été en contact avec une personne atteinte de la maladie.

3.2.5 – Connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA

Cette variable nous éclaire sur le niveau de connaissance des femmes enceintes des moyens de prévention du VIH/SIDA.

Tableau n° 12 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des moyens de prévention du VIH/SIDA

Types de réponses apportées	Effectif	%
Abstinence, fidélité réciproque, éviter de partager l'usage des objets tranchants souillés	50	50
Abstinence, fidélité réciproque, usage des préservatifs masculin et féminin, pratique du dépistage, éviter les objets souillés	11	11
Fidélité réciproque, éviter l'usage des objets souillés	21	21
Fidélité réciproque, éviter les nombreuses fréquentations	10	10
N.S.P	8	8
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 50% des femmes enceintes considèrent que les modes de prévention du VIH/SIDA

consistent en l'abstinence, la fidélité réciproque et à éviter de partager l'usage des objets tranchants souillés.

Une autre lecture du tableau nous montre qu'11% des femmes enceintes retiennent l'abstinence, la fidélité réciproque, l'usage de préservatifs masculin pour les hommes et féminin pour les femmes, la pratique du dépistage et le fait d'éviter l'utilisation d'objets souillés ; 21% pensent à la fidélité réciproque et le fait d'éviter les objets souillés ; 10% à la fidélité réciproque et le fait d'éviter les nombreuses fréquentations.

Cependant 8% de l'effectif ignore les modes de prévention du VIH/SIDA.

La prévention du VIH/SIDA par l'abstinence, la fidélité et le fait d'éviter l'utilisation des objets souillés tranchants est plus connue du fait qu'elle a, pendant longtemps, fait l'objet de séances de causerie sur la maladie.

La pratique du test de dépistage du VIH/SIDA et le port du préservatif surtout féminin n'ont intégré les stratégies de prévention que récemment. En outre, l'existence du préservatif féminin n'est pas très bien connue par les femmes ; son usage n'est pas accepté sur le plan social. En ce sens l'ONUSIDA (2004) souligne qu' « *il est également beaucoup plus coûteux que le préservatif masculin et, malgré certains signes montrant que son utilisation est en hausse, il n'est encore ni largement disponible ni accepté sur le plan social* ». Il importe de noter que les femmes enceintes qui ignorent les modes de prévention du VIH/SIDA manifestent un sentiment d'inconscience et d'insouciance par rapport à la maladie.

3. 2.6 – Connaissance du statut sérologique

Cette variable nous renseigne sur la connaissance par les femmes enceintes de leur statut sérologique à travers la pratique du test de dépistage du VIH/SIDA.

Tableau n° 13 : Répartition des femmes enceintes selon la connaissance de leur statut sérologique

Types de réponses apportées	Effectif	%
Femmes enceintes ignorant leur statut sérologique et étant prêtes à le connaître maintenant	49	49
Femmes enceintes ignorant leur statut sérologique et n'étant pas prêtes à le connaître maintenant	30	30
Femmes enceintes connaissant leur statut sérologique à travers le programme P.T.M.E	19	19
Femmes enceintes connaissant leur statut sérologique à travers le dépistage volontaire et anonyme	2	2
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

L'analyse de ce tableau fait ressortir que 49% des femmes enceintes ignorent leur statut sérologique et sont prêtes à le connaître maintenant, 30% ignorent leur statut sérologique et ne sont pas prêtes à le connaître maintenant.

Une autre lecture du tableau nous montre que 19% des femmes enceintes connaissent leur statut sérologique à travers le programme

P.T.M.E du VIH/SIDA et 2% en pratiquant le dépistage volontaire et anonyme.

La forte représentativité des femmes enceintes ignorant leur statut sérologique et n'étant pas prêtes à le savoir maintenant est liée d'une part à la peur de la réaction de leurs partenaires, à l'anxiété et au stress qu'elles éprouvent à l'endroit du test de dépistage et d'autre part, au sentiment de confiance à l'égard d'elles-mêmes et de leurs partenaires. Ainsi, Horizons Report (2001) précise que « *les significations sociales attribuées au test du VIH par les individus et leurs communautés constituent des barrières de taille à l'obtention du test et à la communication des résultats. Tant pour les hommes que pour les femmes, le test du VIH signifie un manque de confiance dans le comportement du partenaire et une connaissance de ses propres comportements sexuels à risque* ». Aussi, malgré les séances de causerie éducative sur le VIH/SIDA et plus particulièrement sur la prévention de la Transmission Mère-Enfant au niveau des salles d'attente pour les consultations prénatales, ces femmes enceintes manifestent un refus « déguisé » de faire le test en prétextant d'en discuter d'abord avec leurs partenaires. A cet effet, **Horizons Report (2001)** ajoute « *Pour les femmes, la difficulté est encore plus grande suite à la crainte de l'autorité de l'homme et du conflit possible. Aussi bien les femmes que les hommes ont souvent parlé du besoin pour les femmes d'obtenir la permission des partenaires avant de passer le test alors que les hommes, généralement, prennent la décision eux-mêmes, sans demander le consentement* ».

Toutefois, il importe de noter qu'à côté de celles qui ne sont pas encore prêtes à faire le test de dépistage du VIH, figurent d'autres qui sont psychologiquement prêtes à le faire car le considérant comme une manière de se protéger, de protéger son enfant, son partenaire et

également tous les autres membres de sa famille. En outre, pour ces femmes enceintes le fait de faire le test de dépistage les met à l'aise, procure en elles la « tranquillité d'esprit » et les permet de mieux préparer leur avenir. En ce sens Horizons Report (2006) souligne que « *les informants, tant hommes que femmes, ont décrit le test du VIH comme un moyen de planifier l'avenir* ».

Il importe de souligner que certaines femmes enceintes connaissant leur statut sérologique à travers le programme P.T.M.E, affirment n'avoir reçu ni de counseling pré test ni de counseling post test effectués par les sages-femmes ou toute autre personne formée à cet effet. Elles reconnaissent n'avoir reçu qu'un papier entre autres sur lequel est inscrit « test P.T.ME » et qu'elles ont présenté au technicien du laboratoire d'analyses médicales.

IL importe de noter que le délai de rendu du résultat varie d'un jour à un mois selon que la femme enceinte se fait consulter au niveau du Centre de Santé, Chef-lieu de District sanitaire ou dans les autres structures sanitaires (« Polyclinique municipale », Poste de santé Nimzatt, etc.). En effet, si la femme enceinte se fait consulter au niveau du District Sanitaire, elle peut revenir chercher le résultat de son test le lendemain ou si elle le désire, elle peut attendre son prochain « Rendez-vous » avec la sage-femme car le laboratoire d'analyse se trouve dans le district.

Par contre, si la femme enceinte se fait consulter par une sage-femme qui officie en dehors du centre de santé, dans les autres structures sanitaires, la durée de rendu du résultat de son test dépend de la disponibilité de cette sage-femme qui se trouve être la seule personne habilitée à aller récupérer les résultats des tests de dépistage au niveau du

laboratoire du District sanitaire de Rufisque. Cette situation est à l'origine de la lenteur notée dans la communication des résultats des tests de dépistage. A cela s'ajoute le manque de réactifs dont souffre souvent le laboratoire: Ces facteurs constituent une source de démobilisation et de démotivation des femmes enceintes pour la pratique du test de dépistage du VIH/SIDA.

Il importe de noter que la faiblesse du taux de femmes enceintes qui connaissent leur statut sérologique grâce au dépistage volontaire et anonyme est due, en plus de la peur qui entoure la pratique du test, la rareté de l'engagement et de la prise de décision personnelle de le faire. A cet effet, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2002) souligne que « *la démarche volontaire de la demande du test repose sur une auto évaluation et un engagement personnel à connaître son statut sérologique* ».

Les femmes enceintes qui ont fait le dépistage volontaire et anonyme l'ont pratiqué au niveau du CEDEPS de Rufisque qui dispose d'un Centre de Dépistage du VIH/SIDA et ont reçu aussi bien le Counseling pré test que post test.

3.2.7 – Connaissance des résultats du test

Cette variable nous renseigne sur la connaissance par les femmes enceintes des différents résultats possibles après la pratique du test de dépistage du VIH/SIDA.

Tableau n° 14 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des différents résultats qui existent après la pratique du test de dépistage du VIH/SIDA

Types de résultat	Effectif	%
Positif, Négatif et Indéterminé	2	2
Positif et Négatif	40	40
N.S.P	58	58
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

A la lumière de ce tableau, on constate que 58% des femmes enceintes ignorent les différents résultats d'un test de dépistage du VIH/SIDA, 40% considèrent que le résultat peut être soit positif, soit négatif et 2% pensent que le résultat est soit positif soit négatif soit indéterminé.

L'ignorance par la majorité des femmes enceintes des résultats possibles d'un test de dépistage du VIH/SIDA est due d'une part, à leur manque d'informations dans ce domaine et d'autre part, à la

méconnaissance de leur statut sérologique, d'où la faiblesse du taux des femmes enceintes qui connaissent les trois (03) sortes de résultats qui peuvent exister suite à la pratique du test de dépistage du VIH/SIDA.

Quant à celles qui pensent qu'il n'y a que deux (02) types de résultats (positif ou Négatif), elles essayent de faire le rapprochement entre le test du VIH et les autres tests comme celui du diabète ou de la drépanocytose qui ne peuvent présenter que deux (02) types de résultats.

3.2.8 – Connaissance de l'existence d'une prise en charge des personnes séropositives

Cette variable nous édifie sur la connaissance par les femmes enceintes de l'existence d'une prise en charge en faveur des personnes infectées par le VIH/SIDA.

Tableau n° 15 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance de l'existence d'une prise en charge des personnes séropositives sur les plans médical et psychosocial

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	52	52
Non	46	46
N.S.P	2	2
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 52% des femmes enceintes savent que les personnes séropositives bénéficient d'une prise en charge médicale et psychosociale au Sénégal, 46% de l'effectif ignorent l'existence de cette prise en charge et 2% ne savent si les personnes séropositives bénéficient ou non d'une prise en charge.

L'importance du taux de femmes enceintes connaissant l'existence d'une prise en charge en faveur des personnes séropositives est due aux campagnes de médiatisation sur la gratuité des ARV dans le pays mais aussi aux nombreuses conférences et séminaires organisés par les Pouvoirs Publics, certaines Organisations Non Gouvernementales (ONG), d'Organisations Communautaires de Base (OCB) et celles de la Société Civile. A cela s'ajoutent les bilans d'étapes qui sont présentés à travers les médias, surtout à l'approche du 1^{er} Décembre de chaque année, date qui consacre la Journée Mondiale de Lutte contre le SIDA et dont le thème varie d'une année à l'autre.

Cependant, l'ignorance par certaines femmes enceintes de l'existence de cette prise en charge est due en grande partie à leur manque d'informations dans ce domaine.

En outre, les actions menées en faveur des personnes séropositives se font pour la plupart du temps de façon discrète et souvent en réseaux pour sauvegarder la confidentialité dans laquelle vit la majeure partie des personnes vivant avec le VIH/SIDA (PVVIH) et éviter ainsi leur stigmatisation et leur discrimination. A cet effet, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2006) souligne que « *Devant certaines difficultés, le conseiller peut faire appel à des groupes de pairs, de soutien ou de paroles qui interviennent dans un réseau de plus en plus important d'Organisations Non Gouvernementales, des Organisations*

Communautaires de Base et des Services s'occupant de personnes vivant avec le VIH/SIDA ».

Pour ce qui est des femmes enceintes qui ne savent pas si les PVVIH bénéficient ou non d'une prise en charge, la raison en est qu'elles veulent observer une certaine neutralité, une certaine méfiance à l'endroit de la maladie.

3.2.9 – Connaissance des lieux où l'on pratique le test de dépistage

Cette variable nous éclaire sur la connaissance par les femmes enceintes des lieux où l'on pratique le test de dépistage du VIH/SIDA.

Tableau 16 : Répartition des femmes enceintes selon leur connaissance des lieux où l'on pratique le test de dépistage du VIH/SIDA

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	70	70
Non	30	30
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

L'analyse de ce tableau fait ressortir que 70% des femmes enceintes connaissent les lieux où l'on peut pratiquer le test de dépistage du VIH/SIDA ; 30% de l'effectif les ignorent. La connaissance des femmes enceintes de ces lieux est due au fait qu'elles ont l'habitude d'y aller pour y effectuer certains

tests qui peuvent différer de celui du VIH/SIDA. Il peut s'agir du test d'émel, c'est-à-dire celui du dépistage de la drépanocytose ou le test du diabète, etc.

Pour les besoins du test de dépistage du VIH/SIDA, les femmes se rendent au niveau du laboratoire du Centre de Santé Youssouf Mbargane DIOP ou du C.E.D.E.P.S de Rufisque. Pour le moment c'est dans ces deux structures uniquement qu'elles peuvent aller pour la connaissance de leur statut sérologique.

Quant aux femmes qui ignorent les lieux où l'on pratique le test de dépistage du VIH/SIDA, du fait qu'elles ne s'intéressent pas au test, n'éprouvent pas le besoin ou la nécessité de localiser ces lieux.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

III. 3 ATTITUDES DES FEMMES ENCEINTES FACE AU VIH/SIDA

Si dans le chapitre précédent nous avons eu à mesurer le niveau d'information des femmes enceintes face au VIH/SIDA, dans celui-ci nous allons essayer d'analyser leurs attitudes face à la maladie. Ces attitudes se rapportent à leur acceptation, en cas de séropositivité, du traitement ARV; du suivi par l'infectiologue et le pédiatre; des rapports sexuels protégés; du test du partenaire, des enfants et de la ou des coépouse (s); du suivi médical avec leur nouveau-né.

Ces attitudes également concernent le choix du mode d'allaitement du nouveau-né; de l'acceptation de la planification familiale; des visites à domicile; de la participation aux groupes de paroles et du partage de l'information.

3.3.1 –Acceptation du traitement ARV

Le traitement ARV est fondamental dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Tableau 17 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'être mises sous ARV en cas de séropositivité

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	97	97
Ne sait pas	3	3
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 97% des femmes enceintes acceptent d'être mises sous ARV en cas de séropositivité tandis que 3% ne savent pas si elles vont accepter ou non les ARV au cas échéant.

L'importance du taux des femmes enceintes acceptant d'être mises sous ARV en cas de séropositivité est due au fait que celles-ci considèrent qu'avec ces médicaments leur futur enfant pourrait être à l'abri du VIH/SIDA. Elles pensent que ces médicaments constituent une sorte de prévention efficace contre la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant. C'est ce que semblent dire Madame Sambou Patricia Diam, Docteur Fatim Louise Dia et Madame Niang Salimata (2000) lorsqu'elles soulignent qu' *« au début de l'apparition de l'infection, les communautés ne disposaient que d'une seule stratégie efficace pour lutter contre la TME : la prévention primaire qui consiste à éviter l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer. La prévention secondaire était partielle car elle n'offrait aux PVVIH que la contraception afin d'éviter les grossesses, l'interruption volontaire de grossesse étant encore illégale dans la plupart des Etats. Cependant, depuis quelques années, une troisième option est venue renforcer la prévention secondaire : l'administration d'antirétroviraux aux femmes enceintes infectées. Depuis la découverte de l'efficacité de ce traitement antirétroviral sur la TME, le Sénégal à l'image de quelques rares pays africains tente de mettre en place un programme d'ARV, d'où l'importance de la création d'un service de soutien aux communautés : information, counseling/dépistage volontaire et référence vers les structures appropriées prenant en charge les couples mère-enfant infectés »*.

Quant aux femmes enceintes qui ignorent si elles vont accepter ou non d'être mises sous ARV en cas de séropositivité, elles affirment **qu'elles seraient très désespérées si elles apprenaient leur séropositivité au point de ne rien essayer pour protéger leur enfant contre l'infection à VIH.**

3.3.2 : Acceptation des soins de l'infectiologue et du pédiatre

La prise en charge médicale de la femme enceinte séropositive ainsi que de son futur nouveau-né exige l'implication de l'infectiologue et du pédiatre.

Tableau 18 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'être mises en rapport avec un infectiologue et un pédiatre en cas de séropositivité.

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	97	97
Non	1	1
N.S.P	2	2
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

A la lumière de ce tableau, l'on constate que 97% des femmes enceintes acceptent d'être mises en rapport avec un infectiologue et un pédiatre en cas de séropositivité ; 1% ne l'accepte pas et 2% ne savent si elles vont l'accepter ou non. Ce fort taux d'acceptation des femmes enceintes résulte d'une part de **l'acceptation de leur statut sérologique** et d'autre part de leur besoin d'améliorer leur état de santé en respectant les prescriptions de l'infectiologue et du pédiatre.

A cet effet, l'infectiologue et le pédiatre jouent un rôle fondamental dans la prévention des maladies opportunistes auxquelles peuvent être confrontées ces femmes enceintes et le suivi médical du futur nouveau-né. En ce sens, le

Ministère de la santé et de la Prévention Médicale (2002) précise que « *la prise en charge de la femme enceinte infectée par le VIH/SIDA nécessite une étroite collaboration entre le spécialiste du VIH/SIDA, l'obstétricien, le pédiatre, l'assistante sociale, le biologiste, le pharmacien et la femme elle-même* ».

En ce qui concerne la femme enceinte qui refuse d'être mise en rapport avec un infectiologue et un pédiatre et celles qui ne savent si elles vont accepter cela ou non, leur attitude est liée à **la non acceptation de leur statut sérologique**. Ainsi toute action allant dans le sens de la « confirmation » de ce statut sera vaine.

3.3.3 Acceptation des rapports sexuels protégés

Les rapports sexuels protégés permettent à la femme enceinte séropositive de protéger son partenaire (si ce dernier est séronégatif) et d'éviter la surinfection.

Tableau 19 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'avoir des rapports sexuels protégés en cas de séropositivité

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	92	92
Non	3	3
N.S.P	5	5
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

L'analyse de ce tableau fait ressortir que 92% des femmes enceintes acceptent d'avoir des rapports sexuels protégés en cas de séropositivité ; 3% de l'effectif ne l'acceptent pas et 5% ne savent si elles vont l'accepter ou non. Les femmes enceintes qui acceptent d'avoir des rapports sexuels protégés estiment que c'est un moyen de se protéger, de protéger son partenaire contre l'infection, de sauvegarder son ménage et d'éviter la propagation de la maladie.

Pour celles qui refusent d'avoir des rapports sexuels protégés en cas de séropositivité, elles craignent d'être délaissées ou abandonnées par leurs partenaires au profit d'autres femmes qui acceptent le contraire, c'est-à-dire les rapports sexuels non protégés.

Quant à celles qui ne savent pas si elles vont avoir ou non des rapports sexuels protégés, elles pensent que tout dépendra de l'avis de leurs partenaires et des « circonstances du moment » car elles ne savent pas si leurs partenaires vont accepter les rapports sexuels protégés ou non.

3.3.4 – Acceptation du test du partenaire

Le test du partenaire est très important en ce sens qu'il permet de déterminer le statut sérologique de celui-ci pour une prise en charge médico-sociale en cas de séropositivité.

Tableau 20 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de faire tester leur partenaire en cas de séropositivité

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	90	90
Non	7	7
N.S.P	3	3
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 90% des femmes enceintes acceptent de faire tester leurs partenaires en cas de séropositivité ; 7 % ne l'acceptent pas et 3% ne savent pas si elles vont l'accepter ou non. L'importance du taux de femmes enceintes acceptant de faire tester leurs partenaires en cas de séropositivité résulte de leur engagement à protéger ceux-ci et cet engagement commence d'abord par les amener à connaître leur statut sérologique. Elles estiment que cette étape est déterminante pour leur comportement ultérieur au sein du couple.

Pour ce qui est des femmes enceintes qui refusent de faire tester leurs partenaires, elles pensent que leur « combat » est perdu d'avance car leurs partenaires ne vont pas accepter de faire le test de dépistage du VIH/SIDA.

Quant aux femmes enceintes qui ne savent pas si elles vont accepter ou non de faire tester leurs partenaires, elles craignent que leur initiative soit une source de conflits ou de discorde avec leurs partenaires. Pour elles tout dépendra de la complicité et de la compréhension de la part de leurs partenaires.

3.3.5 – Acceptation du test des enfants

Le test des enfants, comme celui du partenaire entraîne leur prise en charge médico- sociale en cas de séropositivité.

Tableau 21 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de faire tester leurs enfants

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	95	95
Non	2	2
N.S.P	3	3
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

A la lumière de ce tableau, l'on constate que 95% des femmes enceintes acceptent de faire tester leurs enfants en cas de séropositivité ; 2% ne l'acceptent pas et 3% ne savent pas si elles vont l'accepter ou non.

L'importance du taux de femmes enceintes acceptant de faire tester leurs enfants en cas de séropositivité résulte de leur désir ardent de protéger leur

progéniture de l'infection à VIH. Selon elles, cet acte symbolise l'amour et l'affection qu'elles éprouvent à l'endroit de leurs enfants. Pour celles qui refusent de faire tester leurs enfants, elles évitent d'installer la peur et la crainte dans la conscience de ceux-ci.

Quant à celles qui ne savent pas si elles vont faire tester ou non leurs enfants en cas de séropositivité, elles jugent que l'acte de dépistage du VIH ne doit pas constituer une obligation à laquelle sont soumis les enfants. Il doit se faire de façon libre et consentante. Ainsi elles estiment que tout dépendra de l'avis des enfants eux-mêmes.

3.3.6 – Acceptation du test de la ou des coépouse (s)

Le test de la ou des coépouse (s), à l'instar de celui du partenaire et des enfants permet à ces dernières de pouvoir bénéficier d'un suivi médico-social.

Tableau 22 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de faire tester leur (s) coépouse (s) en cas de séropositivité.

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	4	33,33
Non	7	58,33
N.S.P	1	8,34
TOTAL	12	100

Source : Enquête sur le terrain

A la lumière de ce tableau, l'on constate que sur les douze (12) femmes enceintes qui ont des coépouses que compte notre échantillon 33,33% acceptent de faire tester leur (s) coépouse (s) en cas de séropositivité ; 58,33% ne l'acceptent pas et 8,34% ne savent si elles vont l'accepter ou non.

Les femmes enceintes acceptant de faire tester leur (s) coépouse (s) considèrent qu'en agissant de la sorte, amènent celles-ci à connaître leur statut sérologique et à prendre conscience des risques potentiels qu'elles courent. Pour ce faire, elles vont solliciter l'intervention de leurs époux.

Pour ce qui est des femmes enceintes qui refusent de faire tester leur (s) coépouse (s), l'importance de leur taux est due à deux (02) principales raisons : la première est qu'elles ne voudraient pas être victimes d'un « effet boomerang » c'est-à-dire être accusées par ces dernières d'être à l'origine de leur contamination par le virus ; la seconde est qu'elles ne cohabitent pas.

Quant à celles qui ne savent pas si elles vont accepter ou non de faire tester leur (s) coépouse (s), elles estiment que cette initiative obéit à un long processus qui demande une très longue et mûre réflexion.

3.3.7– Acceptation du suivi médical

L'acceptation du suivi médical et celui du nouveau-né par la femme enceinte séropositive dépendent de l'acceptation par cette dernière de son statut sérologique.

Tableau 23 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation d'être suivies avec leur nouveau- né en cas de séropositivité.

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	97	97
Non	1	1
N.S.P	2	2
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 97% des femmes enceintes acceptent d'être suivies avec leur nouveau - né en cas de séropositivité ; 1% ne l'accepte pas et 2% ne savent si elles vont l'accepter ou non.

L'importance du taux de femmes enceintes acceptant d'être suivies avec leur nouveau-né est due d'une part à **leur acceptation de leur statut sérologique** et d'autre part à **leur implication dans le choix judicieux du mode d'allaitement de leur enfant (Allaitement Artificiel Exclusif) et dans la prise des ARV.**

Pour ce qui est des femmes enceintes qui ne savent pas si elles vont accepter ou non d'être suivies avec leur nouveau-né après l'accouchement et celle qui ne l'accepte pas, leur attitude est le résultat de leur non acceptation de leur statut sérologique.

3.3.8 – Mode d'allaitement à choisir

Chaque mode d'allaitement présente aussi bien des avantages que des inconvénients dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA.

Tableau 24 : Répartition des femmes enceintes selon le mode d'allaitement à choisir après l'accouchement en cas de séropositivité.

Types de réponses apportées	Effectif	%
Allaitement Maternel Exclusif (A.M.E)	3	3
Allaitement Artificiel Exclusif (A.A.E)	93	93
N.S.P	4	4
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus fait ressortir que 93% des femmes enceintes optent pour l'Allaitement Artificiel Exclusif (A.A.E) en cas de séropositivité ; 3% pour

l'Allaitement Maternel Exclusif (A.M.E) et 4% de l'effectif ne savent pas pour quel type d'allaitement elles vont opter.

L'importance du taux de femmes enceintes ayant choisi l'A.A.E résulte de leur souci de protéger leur enfant de l'infection à VIH qu'il peut attraper à travers le lait maternel. C'est dans ce sens que le « Manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique » (2006) précise que « *l'allaitement augmente le risque de transmission du VIH de 10% à 20% ; cependant les enfants non allaités risquent davantage de souffrir de malnutrition et de pathologies infectieuses autres que le VIH. La décision relative à l'alimentation devra se prendre au cas par cas et doit s'accompagner d'un counseling et d'un soutien approfondi* ».

Pour celles qui optent pour l'Allaitement Maternel Exclusif, leur choix est fondé sur certaines croyances traditionnelles selon lesquelles « *un enfant qui n'est pas allaité au sein ne sera pas intelligent* » ; pour dire que l'allaitement maternel développe les capacités intellectuelles chez l'enfant.

Quant aux femmes qui ne savent pas quel mode d'allaitement elles vont choisir, leur option dépendra de ce que les professionnels de la santé ou du social leur proposeront.

3.3.9—Acceptation de la planification familiale

La pratique de la planification familiale permet à la femme séropositive d'améliorer son état de santé et d'éviter de courir le risque de mettre au monde des enfants infectés par le virus du SIDA.

Tableau 25 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de pratiquer la planification familiale en cas de séropositivité.

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	82	82
Non	14	14
N.S.P	4	4
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 82% des femmes enceintes acceptent de pratiquer la planification familiale en cas de séropositivité ; 14% ne l'acceptent pas et 4% ne savent si elles vont l'accepter ou non. La forte représentativité des femmes acceptant la pratique de la planification familiale en cas de séropositivité résulte de **leur désir de ne pas mettre au monde des enfants infectés par le VIH/SIDA**. C'est une façon pour elles de lutter contre la propagation de la maladie.

Les femmes qui refusent de recourir à la planification familiale en cas de séropositivité font soit naturellement des grossesses espacées soit ont des difficultés à faire des enfants. Elles n'ont jamais essayé la planification familiale qu'elles jugent comme étant à l'origine des maux de ventre ou des saignements dont souffrent la plupart des femmes qui la pratiquent.

Quant aux femmes qui ne savent pas si elles vont ou non pratiquer la planification familiale, elles pensent que tout dépendra de l'avis de leurs partenaires qui peut être favorable ou défavorable.

3. 3.10 – Acceptation des visites à domicile

Les visites à domicile contribuent à soulager la femme enceinte séropositive. Elles entrent dans le cadre de **l'accompagnement psychosocial** des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA.

Tableau 26 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation des visites à domicile en cas de séropositivité.

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	89	89
Non	9	9
N.S.P	2	2
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

L'analyse de ce tableau fait ressortir que 89% des femmes enceintes acceptent les visites à domicile ; 9% ne les acceptent pas et 2% ne savent pas si elles les accepteront ou non.

La forte représentativité des femmes enceintes acceptant les visites à domicile est due à l'importance de celles-ci dans le cadre de l'accompagnement psychosocial des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Les femmes enceintes considèrent que les visites à domicile contribuent à lutter contre le **stress** et la **solitude** auxquels la majeure partie des personnes séropositives ou malades du SIDA est confrontée.

Pour elles, les visites à domicile permettent aux professionnels de la santé et du social d'être en contact permanent avec leurs patientes et de s'enquérir de leurs conditions d'existence.

Par contre les femmes enceintes qui n'acceptent pas les visites à domicile sont préoccupées par la sauvegarde du **principe de confidentialité**. En effet selon elles, les visites à domicile peuvent être à l'origine de leur rejet ou stigmatisation par leurs proches. Ainsi la « chaîne » de confidentialité sera rompue.

Pour celles qui ne savent pas si elles vont accepter ou non les visites à domicile, tout dépendra du contexte familial dans lequel elles vivent. Ce dernier peut être favorable c'est-à-dire ouvert aux visites à domicile ou défavorable c'est-à-dire hostile aux visites à domicile.

3.3.11 - Acceptation de participer aux groupes de paroles en cas de séropositivité

Les groupes de paroles, à l'instar des visites à domicile, constituent pour les personnes vivant avec le VIH un espace de retrouvailles, d'échanges et de partage d'expériences.

Tableau 27 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de participer aux groupes de paroles

Types de réponses apportées	Effectif	%
Oui	89	89
Non	9	9
N.S.P	2	2
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

Le tableau ci-dessus laisse apparaître que 89% des femmes enceintes acceptent de participer aux groupes de paroles en cas de séropositivité ; 9% de l'effectif ne l'acceptent pas et 2% ne savent pas si elles vont l'accepter ou non.

A l'instar des visites à domicile, les groupes de paroles sont considérés par la majorité des femmes comme étant partie intégrante de l'accompagnement psychosocial des personnes séropositives. Selon elles, les groupes de paroles constituent un espace de dialogue et d'échanges entre personnes vivant les

mêmes difficultés, les mêmes problèmes et partageant le même vécu psychosocial. Pour elles, toutes les questions qui seront soulevées dans les groupes de paroles trouveront des réponses appropriées. Ainsi, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2006) souligne qu' « *en effet, ces groupes de soutien peuvent apporter à la PVVIH des possibilités d'échanges d'expériences, de remise en question, de formation et de soutien (moral, économique, affectif...)* ».

En ce sens, MBODJ Moustapha (1999) parle du **Modèle de réciprocité** comme étant « *un modèle qui propose un processus d'aide au service de la personne et du groupe ; son but est la réalisation de soi par la réalisation du groupe, l'entraide. Il y a ici primauté du concept « parties-out, se concentrant surtout sur la relation des parties au tout* ».

Les femmes qui n'acceptent pas de participer aux groupes de paroles craignent d'y rencontrer des personnes qui les reconnaîtront et qui les dénonceront. Selon elles, la participation aux groupes de paroles expose les personnes séropositives aux risques de rupture de la confidentialité qui devrait accompagner leur statut, de stigmatisation voire de rejet.

Pour celles qui ne savent pas si elles vont accepter ou non de participer aux groupes de paroles, elles considèrent qu'elles ne comprennent pas bien le wolof, langue avec laquelle se tiennent les groupes de paroles, donc leur participation à ces types de rencontres risque d'être inutile.

3.3.12 - Acceptation du partage de l'information

Le partage de l'information relève de la volonté de la femme enceinte séropositive d'impliquer son partenaire, sa famille, ses proches, ses amies, etc. dans la gestion de son statut sérologique.

Tableau 28 : Répartition des femmes enceintes selon leur acceptation de partager l'information avec quelqu'un en cas de séropositivité.

Types de réponses apportées	Effectif	%
Partenaires/Maris	60	60
Familles/Proches	9	9
Mères/Parents	7	7
Partenaires et Familles	4	4
Amies et grandes soeurs	3	3
Non	15	15
NSP	2	2
TOTAL	100	100

Source : Enquête sur le terrain

A la lumière de ce tableau, l'on constate que 60% des femmes enceintes acceptent de partager l'information en cas de séropositivité avec leurs partenaires ou maris ; 9% avec leurs familles ou proches ; 7% avec leurs mères ou parents ; 4% avec leurs partenaires et familles et 3% avec leurs amies et grandes sœurs.

Une autre lecture de ce tableau nous montre que 15% des femmes enceintes n'acceptent pas de partager l'information en cas de séropositivité et 2 % ne savent pas si elles vont l'accepter ou non.

La forte représentativité des femmes enceintes acceptant de partager l'information avec leurs partenaires ou maris en cas de séropositivité est due au fait que ces dernières considèrent qu'elles ont toujours été fidèles à leurs partenaires ou maris et que si un jour elles se retrouvent infectées par le virus du SIDA, cela ne peut être possible que par l'intermédiaire de leurs partenaires ou maris. De ce fait, elles ne courent aucun risque quant à la réaction de leurs partenaires ou maris. Dans ce sens Horizons Report (2001) souligne que *« Dans l'ensemble, chez les femmes qui ont révélé leurs résultats à leur partenaire, la plupart des femmes ont indiqué que leur partenaire les avait soutenues et avait fait preuve de compréhension une fois mis au courant des résultats »*.

Pour ce qui est des femmes enceintes qui acceptent de partager l'information avec leurs familles, proches, parents, amies ou grandes sœurs, elles pensent que ces derniers leur seront d'un soutien sans faille pour surmonter les difficultés et le stress permanent auxquels elles seront confrontées. En ce sens, le Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale (2005) souligne : *« Le client doit être amené à identifier dans son entourage les personnes ressources capables de l'aider à la gestion de sa situation dans le cadre du respect de la confidentialité partagée »*.

Quant à celles qui n'acceptent de partager l'information ni avec leurs partenaires ni avec une quelconque personne, elles craignent la réaction de leurs partenaires qui peut être conflictuelle. A cet effet Horizons Report (2001) souligne : *« pour un grand nombre de femmes, la communication du résultat au partenaire reste une décision difficile. La moitié des femmes qui n'ont pas*

partagé les résultats ont indiqué qu'elles craignaient la réaction de leur partenaire, surtout une violence physique ou l'abandon ».

Pour ce qui est des femmes enceintes qui ne savent pas si elles vont accepter ou non de partager l'information en cas de séropositivité, elles redoutent qu'elles soient victimes de stigmatisation, de rejet ou d'exclusion.

En ce sens, le Ministère de la Santé et de la prévention Médicale (2002) précise que *« les perceptions et les représentations négatives liées au VIH/SIDA peuvent entraîner des bouleversements de la dynamique familiale. Des attitudes de suspicion, de culpabilisation, de dévalorisation peuvent aboutir à la stigmatisation et à l'exclusion des sujets infectés ou affectés par le VIH/SIDA ».*

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

IV- SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans le souci d'améliorer le niveau d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA afin qu'elles adoptent les attitudes qu'exige la lutte contre la maladie nous préconisons des suggestions et recommandations aussi bien à l'endroit des autorités étatiques que du personnel médico-social.

4.1. – A l'endroit des autorités étatiques

Les autorités étatiques, en tant que détenteurs de pouvoir de décision et de moyens d'intervention doivent :

- Réactualiser les messages de sensibilisation sur le VIH/SIDA en collaboration avec la presse en fonction de l'évolution de l'épidémie;
- Doter les salles d'attente pour les consultations prénatales de postes téléviseurs et de cassettes vidéos pour permettre aux femmes enceintes de suivre des téléfilms et des pièces de théâtre sur le SIDA ;
- Doter les postes de santé de laboratoires équipés afin que les femmes enceintes puissent y faire le test de dépistage du VIH/SIDA ; cela peut réduire les longs délais de rendu des résultats des tests effectués ;
- Vulgariser la législation sur le secret médical et l'éthique ;
- Définir le rôle du personnel soignant et communautaire qui est d'informer, d'écouter, d'accompagner et non pas de résoudre les problèmes à la place des personnes concernées ;
- Garantir la confidentialité et la faisabilité du test ;
- Définir les objectifs du dépistage pour la femme enceinte et le personnel médical et chercher des arguments pour convaincre ;
- Instaurer le dépistage systématique de toutes les femmes enceintes ;
- Construire de nouvelles salles de consultations prénatales au niveau du centre de santé Youssouf Mbargane Diop de Rufisque pour mieux garantir

le respect du principe de la confidentialité et améliorer le circuit de la femme enceinte ;

- Recruter un personnel médico-social suffisant et qualifié pour s'occuper du counseling pré et post test ;
- Former tous les prestataires de soins et les acteurs d'IEC pour leur donner le même niveau de connaissances sur le VIH/SIDA et améliorer le counseling et la prise en charge des personnes enceintes séropositives ;
- Prévenir et prendre en charge le « burn out » : groupe de paroles pour le personnel médico-social ;
- Assurer en quantité et en qualité suffisantes la disponibilité du lait artificiel pour les bébés nés de mères séropositives.

4.2. – A l'endroit du personnel médico-social

- Changer la perception et l'image négatives du VIH/SIDA chez les femmes enceintes,

- Assurer un accueil et un counseling de qualité à la femme enceinte ;
- Donner au counseling le temps suffisant ;
- Intégrer dans les séances de counseling les différents lieux où l'on peut pratiquer le test de dépistage ainsi que les différents résultats possibles après test ;
- Diminuer les délais de rendu des résultats du test (24 heures maximum) ;
- Respecter les règles de la prévention des infections pour toutes les prestations et toutes les femmes enceintes.

- Donner aux femmes enceintes des informations sur les différents modes de transmission du VIH/SIDA et les facteurs favorisant la Transmission Mère-Enfant (TME) en leur faisant un rappel complet sur l'infection à VIH (maladie infectieuse et contagieuse à vie) ; modes de contamination sexuelle, sanguine ; verticale ; disponibilité des traitements ralentissant l'évolution de la maladie).

Pour ce faire, il faut utiliser un vocabulaire clair, concis, et adapté ; rassurer la femme enceinte ; évoquer la transmissibilité à l'enfant ;

- Conseiller à la femme enceinte une alimentation correcte (vitamine A) ;
- Assurer la prévention et la prise en charge précoce des infections sexuellement transmissibles ;
- Assurer le suivi de la grossesse avec une attention particulière accordée aux facteurs favorisant la transmission mère-enfant ;
- Assurer un traitement des infections opportunistes et une éviction des réinfections par le VIH ;
- Mettre sous traitement ARV de la femme enceinte séropositive ;
- Eviter les procédures obstétricales traumatisantes lors de l'accouchement de la femme enceinte séropositive et mettre cette dernière sous traitement ARV ;
- Après la naissance, appliquer un traitement ARV chez le nouveau-né et les alternatives à l'allaitement au sein (allaitement artificiel exclusif ; allaitement maternel exclusif suivi du sevrage précoce à 4 ou 6 mois ; substitution par une nourrice VIH négative).

V – Actions du travailleur social pour améliorer le niveau d'information des femmes enceintes face au VIH/SIDA

Le travailleur social aura recours à l'**éducation** qui est **une stratégie qui tente d'introduire la conduite désirée au moyen de l'intériorisation d'une nouvelle croyance ou valeur**. Pour ce faire, il devra formuler des messages à l'endroit des femmes enceintes et de leurs partenaires en les sensibilisant sur les modes de contamination et de prévention du VIH/SIDA.

L'« **intervention en situation de crise** » permet au travailleur social de rétablir la désorganisation brusque psychologique systémique ou sociale chez la

femme enceinte séropositive. Pour rappel, la crise est une brève période de désorganisation brusque psychologique systémique ou sociale chez une personne, un couple, une famille ou un groupe. Elle survient à la suite d'un événement précis habituellement imprévu, et où les personnes n'ont plus accès à leurs ressources et à leurs modes habituels de résolution de problèmes.

L'approche diagnostique permettra au travailleur social de connaître le contexte, l'environnement et la dynamique dans lesquels se trouve la femme enceinte. A ce titre, le travailleur social deviendra un acteur actif à côté de la femme enceinte en même temps que d'autres personnes tels que les relais communautaires intervenant dans la lutte contre le VIH/SIDA.

Le travailleur social aura certes à intervenir directement au niveau de la femme enceinte, mais il peut être amené aussi à effectuer des actions auprès de l'environnement dans lequel elle évolue.

A cet effet, il effectuera des visites à domicile au cours desquelles il mettra l'accent sur la dynamique générée par l'environnement immédiat, le système primaire (cercle d'amis, famille, voisinage) et les antécédents culturels.

L'approche résolution du problème en direction des femmes enceintes séropositives est nécessaire afin de les amener à accepter leur séropositivité et adopter une attitude positive face à une espérance de vie réduite.

Pour ce faire, le travailleur social aidera la femme enceinte séropositive au processus d'adaptation à sa nouvelle situation et à la gestion des remaniements éventuels dans sa vie, à la réalisation du projet de réduction du risque ; à la gestion et au partage de la confidentialité en mettant à contribution les parents, les partenaires et les amis capables d'apporter un soutien dans le respect de ses droits. IL organisera le travail en réseaux souvent nécessaire et permettant

l'action intégrée, concertée et confidentielle de plusieurs services spécialisés (médical, psychologique, social, etc) ; aidera à trouver les moyens d'un traitement éventuel et en cas de traitement, à une bonne observance thérapeutique.

Le Travailleur social aidera la femme enceinte séropositive au maintien de la cohésion de sa famille et à son insertion sociale en s'appuyant sur **l'approche familiale et l'approche socialisation**. Concernant cette dernière, pour amener la femme enceinte séropositive à s'impliquer dans le processus d'aide malgré l'ampleur de la tâche, le travailleur social prendra en charge certaines activités. Cette attitude qui ne crée pas nécessairement une dépendance, peut être un tremplin pour avancer de manière autonome. C'est ainsi que le travailleur social pourra être amené à soutenir la femme enceinte séropositive, à l'encadrer dans certaines activités de la vie quotidienne et surtout dans l'utilisation des ressources du milieu.

Le travailleur social organisera des espaces de discussions et d'échanges avec les femmes enceintes séropositives grâce aux groupes de paroles.

CONCLUSION

CODESRIA BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION

La question des femmes enceintes et de l'infection par le VIH a fini aujourd'hui par s'imposer comme une dimension autonome de l'épidémie, soulevant des problèmes tout à fait spécifiques du point de vue médical, social économique, éducationnel et éthique.

Nous sommes partie de la question suivante : Quelle est la relation entre le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA ?

L'objectif général de cette étude était «Vérifier l'existence de relation entre le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA ».

Nos objectifs spécifiques gravitaient autour de l'identification des caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes enceintes ; la mesure du niveau de connaissance des femmes en zone périurbaine à Dakar sur le VIH/SIDA et enfin l'analyse des attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

Sur le plan méthodologique, le choix d'un questionnaire sur un échantillon de cent (100) femmes prises selon la technique de l'échantillon typique et celle de l'échantillon accidentel nous a permis de collecter les données.

De ce qui précède, il existe une relation entre le niveau d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA et leurs attitudes face à la maladie.

Les résultats qui se dégagent de cette collecte de données montrent que la majeure partie des femmes enceintes qui fréquentent les trois (03) structures sanitaires du District de Rufisque que sont le centre de santé de Youssouf Mbargane Diop, le poste de santé de Nimzatt et la « polyclinique municipale »

est âgée de 21 à 25ans soit 30%, d'ethnie Wolof (56%) , de religion musulmane (99%), mariée sans coépouse (s) (86%) et habite à Colobane (18%)qui ne dispose pas de sage femme au niveau de son poste de santé.

Le taux d'analphabétisme élevé et le manque d'information auquel la plupart de femmes enceintes est confrontée expliquent leur ignorance de leur statut sérologique, leur méconnaissance des différents résultats possibles après test, des symptômes du SIDA et des lieux de pratique du test de dépistage du VIH/SIDA.

L'étroitesse des lieux de consultations **prénatales qui ne garantit pas le respect du principe de confidentialité du « circuit de la femme enceinte »** combinée au manque de personnel qualifié pour le counseling pré et post test et à l'absence de laboratoires au niveau des postes de santé (qui allonge la durée de rendu des résultats des tests de dépistage) constituent des facteurs défavorisant l'acceptation de la pratique du test chez les femmes enceintes. A cela s'ajoute l'avis du partenaire qui compte beaucoup pour ces femmes enceintes.

Nous avons préconisé des solutions à l'endroit des autorités étatiques et du personnel médico-social visant à améliorer le niveau de connaissance et rendre conséquentes les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

Face à cette question complexe du VIH/SIDA et des femmes enceintes, le travailleur social aussi ne saurait rester indifférent. Il pourrait intervenir dans l'éducation des femmes enceintes et leurs partenaires sur la problématique du VIH/SIDA ; dans la prévention de la transmission mère – enfant du VIH/SIDA ; dans le counseling pré et post test des femmes enceintes et dans l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes séropositives en effectuant des visites à domicile, des recherches de perdues de vue, en

organisant des groupes paroles, entre autres activités et ceci dans le respect strict du principe de confidentialité.

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

BIBLIOGRAPHIE

I. – OUVRAGES

1.-Anderson (V.A.) : “The placental barrier to maternal HIV infection”, Obset Gynecol Clin North, 1997.

2.-BARBARA Christie – Dever: “SIDA- Ce que les jeunes doivent savoir”, Nouveaux Horizons-ARS, Paris, 2002, 155 pages.

3.-Coutsoudis (A.), Pillay (K.), Spooner (E.) et al ; : Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study, 1999.

4. - Coutsoudis (A.), Pillay (K.),Kuhn (L.) et al : Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa, 2001.

5.-Dabis (F.), Msellati (P.), Meda (N.) et al.: Six-month efficacy, tolerance and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d’ivoire and Burkina faso: a double -blind placebo-controlled multicentre trial, 1999.

6.- Desclaux (Alice) et Raynaud (Claude) : Le dépistage VIH et le Conseil en Afrique au Sud du Sahara - Aspects médicaux et sociaux , Paris, Karthala, 1997, 326 pages.

7. - MBAYE Ngagne – Becker Charles : Guide de prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/SIDA au Sénégal, 2006, 170 pages.

8. - Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : Document de Référence de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH – Bases Scientifiques et opérationnelles pour la formation et l’organisation des services liés à la PTME, 2005, 85 pages.

9. - Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale : Guide de Counseling VIH/SIDA 2002, 58 pages.

10.- Docteur NEBOUT Nicole : « Pleins phares sur la Sexualité », Les classiques africains, 2003, 367 pages.



11.- MATSHEDISHO Knowledge Rajohane ; ABE Claude ; BARYA Mildred Kiconco ; HEERDEN Esther Van ; PALMARY Ingrid: « Les Sciences sociales et l'avenir de l'Afrique », CODESRIA, 2005, 161 pages.

12.-OMS: Equipe d'étude coopérative –Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries-A pooled analysis, 1999.

13. - ONUSIDA : « La Coalition mondiale sur les femmes et le SIDA », 2004,29 pages.

14.- PONS Jean-Claude et PERROUSE- MENTHONNEX Karen : « Soigner la femme enceinte », Masson, Paris, 2005, 205 pages.

15. – Réseau Africain pour les soins aux enfants affectés par le SIDA : « Manuel sur le SIDA pédiatrique en Afrique », Juillet 2006, 275 pages.

16. - SARA – ADE – USAID : « Prévention de la transmission Mère à Enfant du VIH en Afrique Conseils pratiques à l'usage des Programmes, 2002, 50 pages.

17.-Smith (M.) et Kuhn (L.): «Exclusive breastfeeding : Does it have the potential to reduce breastfeeding transmission of HIV-1», 2000.

18.- SOW Fatou et BOP Codou : « Réseau de recherche en santé de la reproduction en Afrique- Notre Corps, notre santé - La santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne », L'Harmattan, 2004, 364 pages.

19.- THIOUNE Ramata Molo: « Technologies de l'information et de la communication pour le développement en Afrique - Volume 1- Potentialités et défis pour le développement communautaire », CRDI- CODESRIA, 2003, 136 pages.

20. – UNESCO – ONUSIDA : « L'approche culturelle de la prévention et du traitement du VIH./SIDA – Manuel pour l'élaboration de stratégies et de politiques – Manuels méthodologiques », Série Spéciale n° 2, 2002, 44 pages.

21. – USAID : « Prévention de la Transmission Mère – Enfant du VIH en Afrique-Conseils pratiques à l'usage des programmes », 2002, 48 pages.

II – MEMOIRES

22. – Diallo (Ouleymatou) : Les incidences socio-économiques et sanitaires des inondations sur les populations en zone péri-urbaine à Dakar : cas du quartier Djiddah II de la Commune d'Arrondissement de Djiddah Thiaroye Kao, ENTSS 2002, 99 pages.

23. – Guèye (Bineta) : Dimension socio-culturelle de l'infection à VIH/SIDA, exemple du Lévirat et du Sororat au Sénégal, ENDSS, 1995, 31 pages.

24. – Héloïse (A.M. ANDANDOGO) épouse d'ALMEIDA : Conséquences psychologiques, sanitaires et socio-économiques des grossesses précoces chez les adolescentes de Lomé, ENDSS, 1999, 115 pages.

25. – NDAO (Marie Seynabou) : Etude contributive de la mobilisation des femmes du District de Guédiawaye dans le domaine de la Santé de la Reproduction. - Eléments d'approche Stratégique pour une meilleure utilisation des offres de services (Consultations prénatales, maternité, Soins après avortement, Mémoire de Fin d'Etudes, ENEA, 2001, 82 pages.

26. – Mme Ndecky (Georgette Diompy) : Aide à l'observance des traitements anti rétro-viraux chez l'enfant vivant avec le VIH au Centre de Dépistage Volontaire Anonyme et d'Accompagnement (CDVAA) de Pikine – Guédiawaye ; ENEA, 2004 ; 79 pages.

27. – Sambou (Idrissa) : Les aspects psychosociaux de l'habitat en milieu urbain : Le cas de Grand – Dakar III (Commune de, Dakar), ENTSS, 1998, 77 pages.

28.- TALL (Ramatoulaye) : L'implication des personnes âgées de Dakar à leur propre prise en charge dans le cadre de leur participation à l'effort collectif de développement, ENTSS, 2001,91 pages.

29. – Thiam (Mame Yacine) : Femmes et SIDA, Evaluation de l'impact de la stratégie de prévention des MST/SIDA chez les femmes de la commune de Kolda (Sénégal), ENDSS, 1994, 54 pages.

III – THESES

30. – ELOM – O. (Jean Claude Adolphe) : SIDA : Identification des obstacles Professionnels à un counseling efficace, Thèse UCAD, 1992, 72 pages.

31. – FORTIN (Marie Fabienne) : Le processus de la recherche : de la conception à la réalisation, PH.D. Décarie, 1996, 371 pages.

32. – SOW (Ndèye Khoudia) : Aspects psychosociaux et comportementaux de l'infection à VIH chez la femme au Sénégal (à propos de 54 cas), Thèse UCAD, 1996, 114 pages.

IV – RAPPORTS

33. - Docteur DIA (Fatim Louise), Mesdames DIAM (Patricia Sambou) et NIANG (Salimata) : Le rôle des acteurs communautaires dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, Atelier de partage sur la prévention de la transmission Mère-enfant du VIH au Sénégal, Rapport final, 2000, 34 pages.

34. - Groupe thématique – ONUSIDA/SENEGAL : Lutte contre le SIDA – Meilleures pratiques – L'expérience sénégalaise, 2001, 114 pages.

35. - Jeunesse et Développement : Filles et garçons debout contre le SIDA- Forum sur le dialogue social à Fimela, 2005, 15 pages.

36. - Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale – Centre de Recherche pour le développement humain : enquêtes démographiques et de santé, 2006, 467 pages.

37. - Ministère de la Santé, de l'hygiène et de la Prévention – CNLS « Bulletin séro-épidémiologique n° 10 de surveillance du VIH », 2003, 27 pages.

38. - Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale – CNLS - FNC – USAID : « Evaluation du conseil et du dépistage volontaire et anonyme du VIH au Sénégal », Rapport final, 2005, 47 pages.

39. - Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale – CNLS : « Politique de prévention de la transmission mère-enfant du VIH au Sénégal », 2005, 55 pages.

40. – **ONUSIDA** : « Conseil et dépistage volontaire du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence du VIH – Données et problèmes », 2000, 23 pages.

41– **ONUSIDA – OMS** : « Le point sur l'épidémie du SIDA », 2004, 87 pages.

42. – **ONUSIDA – OMS** : « Le point sur l'épidémie du SIDA », 2005, 96 pages.

43. – **Réseau Africain de Recherche sur le SIDA** : « Femmes et SIDA en Afrique -Apport du symposium scientifique », 1999, 166 pages.

44. – **UNICEF** : « Les orphelins du SIDA – Réponses de la ligne de front en Afrique de l'Est et en Afrique Australe », 1999, 36 pages.

V – REVUES

45.- **AMIN Samir ; MAMDANI Mahmood ; SOW Fatou** : « Conférences spéciales de la 10ème Assemblée Générale du CODESRIA, Kampala, 2002, CODESRIA, 2004, 58 pages.

46. – **Horizons Report** : Recherche opérationnelle en matière de VIH/SIDA Conseils et dépistage volontaires : Résultats de L'Afrique, Printemps 2001, 11 pages.

47. - **KIT – OMS – SAFAIDS** : Relever les défis du VIH, du SIDA et des MST Une réponse en fonction du genre, 1995, 60 pages

48. – **OMS – PNUD – UNIFEM – UNICEF – UNFPA – ONUSIDA** : Accélérons le rythme des efforts de prévention du VIH en Afrique, 2006, 10 fiches.

49. – **ONUSIDA** : Les femmes et le SIDA : Point de vue ONUSIDA, 1977, 6 pages.

50. – **Population Références Bureau – Population Bulletin** : Les défis mondiaux du VIH et du SIDA, vol 61 n° 1 – 2006. 24 pages.

VI - COURS

**51 - MBODJ (Moustapha) : Méthodologie d'intervention – Recueils de textes-
le Travail Social avec les petits groupes (Base théorique et grilles d'analyse »,
ENTSS, 1999, 97 pages.**

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

ANNEXES

CODESRIA - BULGARIAN LIBRARY

ANNEXE I

Tableau d'opérationnalisation des variables

VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS
LE NIVEAU D'INFORMATION	<p>Source d'Information</p> <p>Connaissance des Modes de transmission</p> <p>Connaissance des Modes de prévention</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Causerie - Télé - Radio - Rapports sexuels non protégés - Objets souillés tranchants - Transmission mère –enfant - Abstinence - Fidélité

	<p>Connaissance des Symptômes</p> <p>Connaissance du Statut sérologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Préservatifs Masculin et féminin - Diarrhée - Amaigrissement - Vomissements - Toux Chronique - Chute des cheveux - Démangeaisons - Test de dépistage anonyme - Test de dépistage non anonyme - Test de dépistage obligatoire - Test PTME - Counseling prétest - Counseling post test
--	---	--

<p>ATTITUDES</p>	<p>Acceptation du Suivi médical</p> <p>Acceptation de l'accompagnement psychosocial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats après test - Lieux de pratique du test - Traitement ARV - Préparation à l'accouchement - Traitement après accouchement avec le nouveau – né - Choix alimentation du nouveau – né - Test du partenaire - Test de la ou des coépouse (s) - Test des enfants. - Participation aux Groupes de paroles - Visites à domicile - Partage de l'information.
------------------	--	---

ANNEXE II

Questionnaire à l'intention des femmes enceintes

I Données sociodémographiques et économiques

1-1 Age

1-2 Situation matrimoniale

1 Célibataire

2 Mariée Nombre de coépouses

3 Divorcée

4 Veuve

5 Concubine

6 Autre

1-3 Nombre d'enfants

[1-3]

[4-6]

[7 et plus]

1-4 Ethnie

Wolof

Al pular

Sérère

Diola

Mandingue

Soninké

Autre

1-5 Religion

Musulmane Chrétienne Animiste

Autre

1-6 Lieu de résidence

Diokoul

Arafat

Keur Ndiaye Lo

Mérina

- Dioorga
- Thiawlène
- Autre

1-7 Niveau d'instruction

- Aucun
- Enseignement coranique
- Enseignement Franco- Arabe

- Primaire
- Secondaire
- Supérieur
- Enseignement professionnel
- Alphabétisation
- Autre

1-8 Profession

- Ménagère
- Commerçante
- Employée de bureau
- Enseignante
- Coiffeuse
- Femme en tenue
- Travailleuse de sexe
- Elève
- Etudiante
- Autre

II Détermination des niveaux de connaissance et d'information des femmes enceintes sur la problématique du VIH/SIDA ?

2-1 Avez- vous entendu parler du VIH/SIDA ?

- oui
- non

Si oui, où, quand et comment avez-vous déjà entendu parler du VIH/SIDA pour la première fois ?

2-2 Connaissez-vous les causes du SIDA ?

oui non

Si oui, lesquelles ?

Sinon, pourquoi ?

2-3 Connaissez-vous les voies de transmission du VIH/SIDA

oui non

Si oui, lesquelles ?

Rapports sexuels non protégés

Objets tranchants souillés

Transmission mère –enfant

Sinon, pourquoi ?

2-4 Connaissez-vous les modes de prévention du VIH/SIDA ?

oui non

-Si oui, lesquels ?

Abstinence

Fidélité

Préservatif

Autre

Sinon, pourquoi ?

III Attitudes et Perceptions des femmes enceintes vis-à-vis du test dépistage du VIH/SIDA

3-1 Que pensez-vous du test de dépistage du VIH/SIDA ?

3-2 Connaissez-vous votre statut sérologique

oui non

3-2-1 Si oui, comment l'avez-vous su ?

3-2-2 Avez-vous été préparé ?

3-2-2-1 Avant

3-2-2-2 Après

3-2-3 par qui ?

3-2-4 Sinon, pourquoi ?

3-2-4-1 Etes-vous prête à faire le test maintenant ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3 En cas de séropositivité, accepteriez-vous d'être mise sous traitement ARV ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-1 En cas de séropositivité, accepteriez-vous d'être mise en rapport avec un infectiologue et un pédiatre ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-2 En cas de séropositivité, accepteriez-vous de faire des rapports sexuels protégés ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-3 En cas de séropositivité, accepteriez-vous de faire tester votre partenaire ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-4 En cas de séropositivité, accepteriez-vous de faire tester vos enfants ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-5 En cas de séropositivité, accepteriez-vous de faire tester votre ou vos coépouse (s) ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-6 En cas de séropositivité, accepteriez-vous d'être préparée à l'accouchement

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-7 En cas de séropositivité, accepteriez-vous d'être suivie avec votre nouveau-né après l'accouchement ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-8 En cas de séropositivité, quel mode d'allaitement choisiriez-vous pour votre nouveau-né après l'accouchement ?

Allaitement Artificiel Exclusif Allaitement maternel
 Allaitement mixte

Et pourquoi ?

3-3-7 En cas de séropositivité, accepteriez-vous de faire le planning familial ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-8 En cas de séropositivité, accepteriez-vous les visites à domicile ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-3-9 En cas de séropositivité, accepteriez-vous de participer aux groupes de paroles ?

oui non nsp

Sinon, pourquoi ?

3-4 En cas de séropositivité, accepteriez-vous de partager l'information ?

oui non nsp

Si oui, avec qui ? Et pourquoi ?

Sinon, pourquoi ?

Que suggérez-vous pour une meilleure prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA ?

Que suggérez-vous pour une meilleure prise en charge de la femme enceinte séropositive ?

ANNEXE III

Guide d'entretien à l'intention de la sage-femme

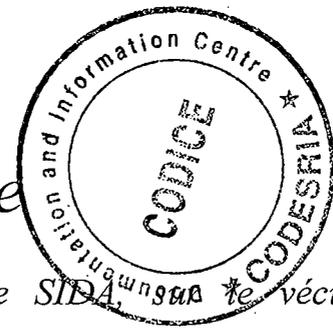
- Nombre de femmes enceintes reçues en moyenne par jour
- Déroulement des entretiens avec les femmes enceintes
- Lieu (x) de provenance des femmes enceintes
- Accès des femmes enceintes à la structure sanitaire
- Référence des femmes enceintes au niveau des structures sanitaires
- Information-Education-Communication (I.E.C) sur le VIH/SIDA au profit des femmes enceintes
- Proposition du test de dépistage du VIH/SIDA aux femmes enceintes
- Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage du VIH/SIDA
- Attitudes des femmes enceintes par rapport à leur acceptation de leur statut sérologique en cas de séropositivité
- Traitement réservé aux cas de refus s'il y'a lieu
- Les délais de rendu du résultat
- Attitudes des femmes enceintes par rapport à leur prise en charge médicale immédiate et ultérieure (traitement antirétroviral pendant et après l'accouchement avec leur nouveau-né) en cas de séropositivité
- Attitudes des femmes enceintes par rapport à l'accompagnement psychosocial (leur acceptation des visites à domicile et de la participation à des groupes de paroles en cas de séropositivité)
- Attitudes des femmes enceintes par rapport au partage de l'information en cas de séropositivité
- Suggestions et recommandations pour une meilleure prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA
- Suggestions et recommandations pour une meilleure prise en charge de la femme enceinte séropositive

ANNEXE IV

Guide d'entretien à l'intention du technicien de laboratoire

- Nombre de femmes enceintes reçues en moyenne par jour
- Lieu (x) de provenance des femmes enceintes
- Accès des femmes enceintes à la structure sanitaire
- Référence des femmes enceintes au niveau des structures sanitaires
- Conditions de pratique des prélèvements sanguins avec les femmes enceintes
- Nature de la technique d'analyse utilisée (du point de vue de la performance)
- Nature du matériel utilisé (du point de vue de la performance)
 - Les différents types de résultats après le test du VIH/SIDA
 - Les délais de rendu des résultats du test du VIH/SIDA
- Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage du VIH/SIDA
 - Attitudes des femmes enceintes par rapport à leur acceptation de leur statut sérologique en cas de séropositivité

Résumé du Mémoire



Au moment où se multiplient les recherches sur le SIDA, le vécu psychosocial des Personnes Vivant avec le VIH/SIDA et sur la transmission du VIH de la mère à l'enfant, l'on peut se demander s'il est encore opportun de mener une étude sur le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

Pourtant, le nombre croissant d'enfants infectés au Sénégal imposent une réponse affirmative ; tant les contextes socioculturels sont variés, les situations individuelles diverses et souvent dynamiques, « les leçons apprises d'une utilité relative puisque l'on ne baigne jamais dans le même fleuve ».

Aussi une telle recherche pourrait – elle améliorer les efforts nationaux, communautaires et familiaux à l'endroit des femmes enceintes dans le domaine de la prévention de la transmission mère- enfant afin de réduire de nouvelles infections chez les nouveaux-nés.

La question des femmes enceintes et de l'infection par le VIH a fini aujourd'hui par s'imposer comme une dimension autonome de l'épidémie, soulevant des problèmes tout à fait spécifiques du point de vu médical, social économique, éducationnel et éthique.

Nous sommes partie de la question suivante : Quelle est la relation entre le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA ?

L'objectif général de cette étude était «Vérifier l'existence de relation entre le niveau d'information et les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA ».

Nos objectifs spécifiques gravitaient autour de l'identification des caractéristiques sociodémographiques et économiques des femmes enceintes ; la mesure du niveau de connaissance des femmes enceintes en zone périurbaine à

Dakar sur le VIH/SIDA et enfin l'analyse des attitudes des femmes enceintes en zone péri- urbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

Sur le plan méthodologique, le choix d'un questionnaire sur un échantillon de cent (100) femmes prises selon la technique de l'échantillon typique et celle de l'échantillon accidentel nous a permis de collecter les données.

Les résultats qui se dégagent de cette collecte de données montrent que la majeure partie des femmes enceintes qui fréquentent les trois (03) structures sanitaires du District de Rufisque que sont le centre de santé de Youssouf Mbargane Diop, le poste de santé de Nimzatt et la « polyclinique municipale » est âgée de 21 à 25ans soit 30%, d'ethnie Wolof (56%) , de religion musulmane (99%), mariée sans coépouse (s) (86%) et habite à Colobane (18%)qui ne dispose pas de sage femme au niveau de son poste de santé.

Le taux d'analphabétisme élevé et le manque d'information auquel la plupart de femmes enceintes est confrontée expliquent leur ignorance de leur statut sérologique, leur méconnaissance des différents résultats possibles après test, des symptômes du SIDA et des lieux de pratique du test de dépistage du VIH/SIDA.

*De ce qui précède, **il existe une relation entre le niveau d'information des femmes enceintes sur le VIH/SIDA et leurs attitudes face à la maladie.***

L'étroitesse des lieux de consultations prénatales qui ne garantit pas le respect du principe de confidentialité du « circuit de la femme enceinte » combinée au manque de personnel qualifié pour le counseling pré et post test et à l'absence de laboratoires au niveau des postes de santé (qui allonge la durée

de rendu des résultats des tests de dépistage) constituent des facteurs défavorisant l'acceptation de la pratique du test chez les femmes enceintes. A cela s'ajoute l'avis du partenaire qui compte beaucoup pour ces femmes enceintes.

Nous avons préconisé des solutions à l'endroit des autorités étatiques et du personnel médico-social visant à améliorer le niveau de connaissance et rendre conséquentes les attitudes des femmes enceintes en zone périurbaine à Dakar face au VIH/SIDA.

Face à cette question complexe du VIH/SIDA et des femmes enceintes, le travailleur social aussi ne saurait rester indifférent. Il pourrait intervenir dans l'éducation des femmes enceintes et leurs partenaires sur la problématique du VIH/SIDA ; dans la prévention de la transmission mère – enfant du VIH/SIDA ; dans le counseling pré et post test des femmes enceintes et dans l'accompagnement psychosocial des femmes enceintes séropositives en effectuant des visites à domicile, des recherches de perdues de vue, en organisant des groupes paroles, entre autres activités et ceci dans le respect strict du principe de confidentialité.