



Article Original

Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant : Connaissances et Attitudes des Gestantes dans le District de Santé de Talangaï à Brazzaville

Prevention of mother-to-child transmission of hiv: knowledge and attitudes of pregnant women in the Talangaï health district in Brazzaville

Mbou Essie DE¹, Ndziessi G¹, Niama AC¹, Wamba A², Ndinga H¹, Mpandzou GA¹, Oyere G², Ibara JR¹

RÉSUMÉ

Introduction. Au Congo le taux de dépistage anténatal du VIH reste faible (21%), cependant le taux de consultation prénatale (CPN) est élevé 92%. L'objectif de ce travail était d'évaluer les connaissances, les attitudes des gestantes ainsi que leur statut sérologique à terme, pour contribuer à améliorer les taux de dépistage du VIH et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. **Patients et méthodes.** Nous avons mené une étude transversale dans les trois maternités du district sanitaires de Talangaï (DST), du 15 janvier au 15 mars 2016. Un total de 300 gestantes (40% des accouchées attendues) ont été incluses par choix raisonné. Les variables étudiées étaient : sociodémographiques et obstétricales (parité, nombre et qualité de CPN), statut sérologique VIH, type de connaissances de la PTME et attitudes devant la proposition de test de dépistage. **Résultats.** Les 300 femmes recrutées avaient un âge moyen de 25,7 ans et une moyenne de 4 CPN. 55,7% étaient paucipares. Globalement, 82,7% des enquêtées n'avaient pas de statut sérologique VIH connu. Pour 78% d'entre elles, le test n'avait pas été prescrit ; 18,6% ont refusé de le faire ; alors que 41% l'avaient déjà effectué principalement (54%) lors des gestations antérieures. La connaissance de la PTME était de type « acceptable » chez seulement 14,7% des femmes ; elle était liée au niveau scolaire et à l'antécédent de dépistage VIH. La parité et le nombre de CPN effectuées n'étaient pas corrélées à la connaissance de la PTME. L'intention d'accepter le test a été retrouvée chez 61% ; elle était liée à l'antécédent de dépistage et au niveau scolaire. **Conclusion.** La majorité des gestantes ne connaissent pas leur statut sérologique jusqu'à l'accouchement. Pourtant leur attitude face au dépistage est majoritairement favorable, ce qui serait un obstacle à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

ABSTRACT

Introduction. The rate of antenatal HIV screening remains low in the Republic of Congo (21%), despite the high rate of prenatal consultation (PNC) which is about 92%. The aim of our study was to assess the knowledge and attitudes of pregnant women and their HIV status at term in order to improve HIV testing rates and prevent mother-to-child transmission of (PMCT). **Patients and methods.** We conducted a cross-sectional study from January 15th to March 15th, 2016 in the three maternities of the Talangaï health district (TDH). Eligible women were those in labor or in early post-partum. The study parameters were socio-demographic and obstetrical data (age, instruction level, parturition...), current HIV status, previous HIV testing, level of knowledge on PMCT and attitude about HIV testing. **Results.** We recruited 300 women. Their mean for age was 25.7 years and the mean number of antenatal visits was 4.4. Regarding parity, 55.7% were pauciparous, 82.7% had unknown current HIV status. In the group of women with unknown, 78% declared that the care provider didn't order the HIV testing. 18.6% refused to do an ordered test. A previous HIV testing was found in 41% women. The testing occurred at the occasion of antenatal care in 54% of cases. Knowledge about PTMC was good for only 14.7%, while it was poor for 82.7%. The level of knowledge was linked to instruction level ($p < 0.01$) and to previous HIV testing ($p < 0.001$). Attitude regard 61% were ready to accept HIV testing. However, 31% refused testing: the reason of refusal was fear of stigmatization in case HIV positivity. **Conclusion.** Most of delivering or post-partum women have unknown HIV current status and poor knowledge on PTMC, despite the good attitude regarding HIV testing. These data should be taken in account in order to improve programs of prevention of mother-to-child transmission of HIV.

¹ Université de Yaoundé I (Cameroun)

² Faculté des sciences de la santé/Université Marien Ngouabi

Auteur correspondant : Mbou Essie Darius Eryx

Adresse e-mail :

eryxdarius40@gmail.com

dariuseryx42@gmail.com

Téléphone :

(00242)05489667/068241945

Mots-clés : CPN, PTME, Connaissances, attitudes, Statut sérologique VIH, Brazzaville

Keywords: Antenatal-care, PMCT, HIV-current-status, Attitudes, Knowledge, Brazzaville

INTRODUCTION

Dès 2010, l'ONUSIDA vise l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) d'ici 2015 en s'appuyant sur quatre axes stratégiques ; parmi lesquelles le dépistage des femmes enceintes et l'offre des antirétroviraux aux séropositives et à leurs nouveaux nés [1]. L'Afrique sub-saharienne représenterait près de 90% de nouvelles infections pédiatriques [2]. Cependant jusqu'en 2008, à peine 28% des femmes enceintes étaient dépistées pour le VIH [1]. Au Congo les données de cette période indiquent une séroprévalence chez les femmes enceintes de 3,2% mais une couverture des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME) inférieure à 50%, des taux de dépistage des gestantes de 21% et de trithérapie chez les gestantes séropositives de 19% [3]. Le Congo a une opportunité de maximiser le dépistage du VIH chez les femmes enceintes puisque 92% des femmes enceintes sont vues à la consultation prénatale (CPN) et 98% accouchent dans un établissement de soins, assistées d'un personnel de santé [4]. La prescription du test de dépistage et son acceptation par la gestante sont nécessaires pour parvenir à éradiquer la TME du VIH et contribuer à l'atteinte des cibles de l'ODD 3 (santé et bien-être) [5]. Ainsi, il nous a paru opportun d'évaluer les connaissances et les attitudes des gestantes à terme concernant la PTME ainsi que la prévalence du VIH.

PATIENTS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé une étude transversale multicentrique descriptive à récolte des données prospective, dans la période allant du 15 janvier au 15 Mars 2016. Elle a été menée dans trois maternités publiques du district de santé de Talangai (DST) dont Mama Mboulé, Marien Ngouabi et la maternité de référence de l'Hôpital de Talangai. Au cours de la période de l'étude, un échantillon raisonné de 300 gestantes a été constitué représentant 40% des accouchements attendus. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire contenant des questions fermées et ouvertes. Les gestantes consentantes ont été interrogées lors de l'admission dans l'établissement de soins ou après l'accouchement.

Les variables étudiées étaient : (i) Les caractéristiques principales regroupant l'âge, le niveau scolaire, le statut matrimonial, la gestité et parité, le nombre de CPN et le grade des personnels de suivi, (ii) L'antécédent de dépistage du VIH, (iii) Le statut sérologique VIH, (iv) Le type de connaissances de la PTME et (v) l'attitude face à la proposition du dépistage.

Les données ont été analysées par le logiciel Epi info version 3.5.4. La moyenne et l'écart type ont été calculés pour les variables quantitatives et les fréquences pour les variables qualitatives. Les tests de Chi-2 ou de Fisher si effectif inférieur à 5, ont été utilisés pour la comparaison des proportions de variables qualitatives. Le seuil de significativité a été fixé à $p < 0,05$.

RÉSULTATS

Les caractéristiques principales des enquêtées sont résumées dans le tableau 1. L'âge moyen a été de

25,7ans ($\pm 6,8$ ans), extrêmes 15 et 43 ans. 53% des enquêtés avaient comme niveau scolaire le collège et avaient effectué en moyenne 4,4 ($\pm 1,1$) CPN. 41% des enquêtées avait déjà été dépistées pour le VIH ; la circonstance qui a conduit au dépistage était le suivi d'une grossesse antérieure dans 54% des cas un dépistage volontaire à 20%, un bilan médical à 15,6% et les formalités administratives de voyage dans 10,4% des cas.

Au total 82,7% des enquêtées (248/300) ont déclaré ne pas connaître leur statut sérologique VIH au cours de la grossesse actuelle. Parmi elles 77,8% (193/248) affirmaient que la proposition verbale ou la prescription du test de dépistage du VIH ne leur a pas été faite, 18,6% ont reçu la prescription et refusé de le réaliser et 3,6% des enquêtées restant n'étaient pas suivies par le personnel de santé. La proportion des enquêtées qui ont affirmé avoir reçu la prescription du test de dépistage du VIH était plus importante chez celles suivies par les médecins ($p=0,001$) sans différence significative concernant le nombre de CPN accomplies par l'enquêtée (tableau 1).

Tableau 1 : Proposition de test reçue par les enquêtées en fonction du grade du personnel ayant suivi les CPN et du nombre de CPN (analyse univariée).

	Oui n (%)	Non n (%)	Total	p
Grade du personnel de CPN				P=0,001
Médecin	15 (62,5)	9 (37,5)	24 (100)	
Sage-femme	81 (32)	172 (68)	253 (100)	
Autre	2 (14,3)	12 (85,7)	14 (100)	
Non suivie	-	9 (100)	9 (100)	
Total	98 (32,7)	202 (67,3)	300 (100)	
Nombre de CPN				P=0,07
≥ 4	83 (36,4)	145 (63,6)	228 (100)	
< 4	15 (23,8)	57 (76,2)	63 (100)	
Total	98 (32,7)	202 (64,3)	300 (100)	

67% (201/300) savaient qu'une gestante infectée par le VIH pouvait le transmettre à son futur bébé pendant la grossesse ou l'accouchement. Sur la prévention de cette transmission 55% savaient qu'il était possible de prévenir la transmission du VIH au futur bébé ; 35,7% n'avaient pas donné de réponse et 9,3% pensaient qu'il n'était pas possible de le prévenir. Concernant le type de connaissance de la PTME seuls 14,7 % (44/300) des enquêtées avaient une connaissance acceptable. Cette proportion était plus importante chez celles qui avaient un niveau scolaire universitaire et qui avaient déjà réalisé le test de dépistage du VIH ($p < 0,05$) (tableau 2).

Tableau 2 : type de connaissance de la PTME en fonction de l'âge, niveau scolaire, antécédent de dépistage du VIH et du nombre de CPN. N=300

	Acceptable n (%)	Non acceptable n (%)	Total
Age			
15-19	9 (13,6)	57 (86,4)	66 (100)
20-24	16 (21)	60 (79)	76 (100)
25-29	7 (9,6)	66 (80,4)	73 (100)
30-34	6 (15,4)	33 (84,6)	39 (100)

Tableau 2 (suite): type de connaissance de la PTME en fonction de l'âge, niveau scolaire, antécédent de dépistage du VIH et du nombre de CPN. N=300

35-39	6(16,2)	31(83,8)	37(100)
40 +	-(0)	9(100)	9(100)
Total	44(14,7)	256 (85,3)	300(100)
Niveau scolaire			
Université	7(31,8)	15(68,2)	22(100)
Lycée	18(21,4)	66(78,6)	84(100)
Collège	18(11,3)	141(88,7)	159(100)
Primaire ou pas scolarisée	01(2,9)	34(98,1)	35(100)
Total	44(14,7)	256(85,3)	300(100)
Antécédent de dépistage			
Oui	31(25,2)	92(74,8)	123(100)
Non	13(7,3)	164(82,7)	177(100)
Total	44(14,7)	256(85,3)	300(100)
Nombre de CPN			
≥4	7(3)	221(97)	228(100)
<4	37(51,4)	35(48,6)	72(100)
Total	44(14,7)	256(85,3)	300(100)

°= Une patiente de niveau scolaire non renseigné avait un niveau de connaissance non acceptable.

Soixante-un pourcent (183/300) des enquêtées ont exprimé l'intention de réaliser le test de dépistage du VIH si on le leur proposait, 36% avaient refusé et 3% ne savaient pas. Le motif de refus a été la peur de découvrir sa séropositivité dans 87,7% des cas. L'intention d'accepter le test était plus importante chez les participantes de niveau scolaire universitaire ($p=0,01$) et celles qui avaient déjà réalisé au moins une fois le dépistage du VIH ($p<0,0001$) (tableau 3). En définitive, 120 résultats de test nous sont parvenus parmi lesquels 11 positifs, soit 9,1%.

Tableau 3 : Acceptation du test de dépistage du VIH en fonction de : niveau scolaire, type de connaissance PME, antécédent de dépistage et grade du personnel de CPN (analyse univariée).

	Accepte n (%)	N'accepte pas n (%)	Ne sait pas n (%)	Total	p
0,01*					
Niveau scolaire					
Université	17(77,3)	5(22,7)	(0)	22	
Lycée	60(71,4)	23(27,4)	1(1,2)	84	
Collège	92(57,9)	60(37,7)	7(4,4)	159	
Primaire/non scolarisé	14(41,2)	20(58,8)	-(0)	34	
Total	184(61,3)	108(36)	8(2,7)	300	
Type de connaissance PTME					
Acceptable	49(71)	19(27,5)	1 (1,5)	69	
Non acceptable	135(58,5)	89(38,5)	7(3)	231	
Total	184(61,3)	108(36)	8(2,7)	300	
<0,0001**					
Antécédent de dépistage					
Oui	107 (87)	15(12,2)	1(0,8)	123	
Non	77(43,5)	93(52,5)	7(4)	177	
Total	184(61,3)	108(36)	8(2,7)	300	
0,5					
Nombre de CPN					
≥ 4	145(63,6)	77(33,8)	6(2,6)	228	
< 4	39(54,2)	31(43)	(2,8)	72	
Total	184(61,3)	108(36)	8(2,7)	300	
0,5					
Grade du personnel de CPN					
Med	14(58,3)	9(37,5)	1(4,2)	24	
SF	160(63,2)	86(34)	7(2,8)	253	
Autre	6(43)	8(57)	-(0)	14	
Non suivie	4(44,4)	5(55,6)	-(0)	9	
Total	184(61,3)	108(36)	8(2,7)	300	

*=significatif ; ** =très significatif ; CPN=consultation prénatale ; Med = médecin ; SF= Sage-femme.

DISCUSSION

Cette étude ne visait pas le rattrapage des patientes au statut sérologique inconnu avant accouchement. Les ruptures de stock des réactifs et des ARV et la faible couverture des services de PTME au Congo (Rapport ONUSIDA 2014) ne nous ont pas permis d'avoir nous-

même des tests de dépistage. Néanmoins, les enquêtées favorables au test ont été mises en contact avec l'antenne PTME située hors de la maternité de l'hôpital pour la réalisation du test. L'intérêt de l'étude résidait tout de même dans le rôle d'alerter les décideurs sur l'absence de dépistage du VIH lors des soins prénataux.

La proportion des enquêtées qui avaient déjà réalisé un test de dépistage du VIH a été plus importante que dans la population générale où elle est de 14% (Enquête démographique et santé, EDSC II). En effet le suivi prénatal reste l'opportunité de dépistage pour une femme et donc un des piliers pour la stratégie globale « éliminer les nouvelles infections à VIH » [1]. La fréquence de l'antécédent de dépistage aux précédentes gestations contraste avec une forte prévalence de statut sérologique inconnu à terme pour la gestation présente. C'est la traduction des performances déclinantes dans la gestion de la PTME. Au niveau national, ce taux de dépistage est de 21%, proche des résultats de notre étude. A cet effet, le rapport ONUSIDA 2016 [6] a classé le Congo parmi les pays n'ayant pas fait de progrès dans ce contexte. Tant d'opportunités manquées pour le Congo ; étant donné que la PTME permet de réduire jusqu'à 1% le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant [7] ; d'où la responsabilité du personnel de CPN dans la prescription du test. En effet la majorité des enquêtées ont rapporté l'absence de prescription du test. Dans une étude sur le statut sérologique inconnu à l'accouchement Mwembo-Tambwe rapporte 15 % de statut sérologique inconnu avec facteur principal l'absence de prescription et 85 % des parturientes réalisant le test sur proposition des soignants [8]. À Madagascar, on rapporte que sur 88,7% des gestantes et parturientes qui avaient reçu la prescription en CPN, 74,8 % l'ont réalisé [9].

Dans notre étude un peu plus de la moitié des parturientes savaient que la TME et la PTME étaient possibles. Ces taux sont proches de celles retrouvées dans la population générale des femmes de 15-49 (61%) que rapporte l'EDSCII. Moins d'une enquêtée sur cinq avait une connaissance acceptable de la PTME. Dans l'étude de J. Kambourou [10] réalisée trois ans précédemment ce taux était plus élevé (53,4%), mais son étude n'a exploré la connaissance qu'à partir de la connaissance par énumération d'au moins une modalité de PTME. Alors que dans notre étude, il a fallu que la même parturiente fasse l'association entre la TME et la PTME. Une étude sur les défis de la PTME à Madagascar a retrouvé des résultats comparables aux nôtres : 16,3% des gestantes et accouchées récentes connaissaient la TME [9] avec un niveau de connaissance moyen incluant la PTME liée à l'antécédent de réalisation du test du VIH et du niveau scolaire (tableau 1). Cet impact du niveau scolaire et de l'antécédent de dépistage sur la connaissance de la PTME avait déjà été rapporté par J. Kambourou [10], l'EDSCII et d'autres études [11,12]. Le nombre et le grade du personnel de CPN n'ont pas influé sur le niveau de connaissance des femmes, ce qui peut être la traduction d'une faible intégration de la PTME dans la CPN.

Près des 2/3 des enquêtées avaient l'intention de réaliser le test de dépistage du VIH et en définitif 40% l'ont réalisé. Ces chiffres sont proches des 44,8% rapportés par J. Kambourou [10]. Plusieurs études en milieu africain et malgache rapportent aussi des taux d'acceptation et d'adhésion au test de dépistage chez les gestantes et parturientes élevées. [8,10, 13-16].

L'acceptation du dépistage a été plus exprimée chez les enquêtées qui ont l'antécédent de réalisation de test (tableau 3, $p < 0,0001$). On peut penser que le counseling pré et post test permet de prévenir la peur de découvrir sa séropositivité, source de stigmatisation, considérée comme premier motif de refus de dépistage chez les femmes enceintes [16].

Principales forces de l'étude

- Notre échantillon de gestantes a été représentatif des gestantes de la ville de Brazzaville car il est issu d'un recensement exhaustif dans toutes les maternités du plus grand district sanitaire du Congo ;
- La simplicité et le coût relativement faible de la méthodologie rend notre étude reproductible ;
- Le pouvoir contributif de cette étude à la PTME paraît élevé.

Principales limites de l'étude

- Les données sur la prescription du test sont déclaratives, donc possibilité des biais d'information) ;
- Sur le plan éthique, le rattrapage des gestantes non dépistées n'a été possible avant l'accouchement.

CONCLUSION

La majorité des enquêtées avait un statut sérologique inconnu, ce qui est un véritable obstacle vers l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. La connaissance de la PTME des gestantes à terme reste à améliorer lors des CPN. L'attitude favorable des gestantes face au test de dépistage est une opportunité à capitaliser. Ainsi le DST et les responsables de la PTME doivent disponibiliser le counseling, les intrants de dépistage et les ARVs en salle d'accouchement.

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. World Health Organization, UNAIDS, UNICEF. Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector: Progress report 2009. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009. http://www.who.int/hiv/pub/taupr_2009_en.pdf.
2. UNAIDS, World Health Organization. AIDS Epidemic Update 2009. Geneva, Switzerland: UNAIDS. 2009. http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_en.pdf.
3. Rapport de l'Enquête sur la PTME au Congo ONUSIDA
4. Enquête démographique et de Santé 2011-2013 (EDSCII) CNSEE/Ministère du Plan. R. Congo.
5. NU Sommet ODD. 2015.
6. Rapport ONUSIDA 2016
7. Lehman DA, John-Stewart GC, Overbaugh J. Antiretroviral strategies to prevent mother-to-child transmission of HIV: striking a balance between efficacy, feasibility, and resistance. *PLoS Med.* 2009;6(10): e1000169.
8. Albert Mwembo-Tambwe, A Nkoy, Prosper Kalenga Muenze Kayamba, Philippe Donnen, Faustin Chenge Mukalenge, Perrine Humblet, Michele Dramaix, et Pierre Buekens. Statut sérologique inconnu lors de l'accouchement à Lubumbashi : proportions et déterminants. *Pan Afr Med J.* 2012 ; 12 : 25. Publication en ligne juin 8, 2012.

9. J. KABOUROU connaissances et attitudes des femmes congolaises sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH. Ann. Univ. M. NGOUABI, 2016 ; 16 (2)
10. Rakotonirina EJ et al. Le défi de la prévention de la transmission Mère et Enfant du VIH à Madagascar. Med Afri noire.2011, Vol.58, N°8/9 :409-14.
11. Mbu RE, Itoua I, MbopiKeou FX et al. Connaissance du risqué de transmission mère-enfant du VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale à Yaoundé. www.Sidanet.info, 2006,3(12) :965].
12. Tallsall A, Diedhiou K, Faye A. étude évaluative de la prévention de la transmission mère enfants du VIH au niveau des districts de Mbao et Rufisque (Sénégal). www.raf-vih.org.2007.]
13. Kizonde K, Malonga K, Moutschen M. Problématique de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) du VIH dans les pays en développement (PED) : analyse du programme PTME femme-SIDA à l'hôpital provincial de référence jason SENDWE de Lubumbashi (RDC). Med Afr Noire 2009 ; 5 :56.
14. Rakotondrazanany E.H, Rabarijaona LP, Ranjalahy Rasolofomanana. Transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant : comportement des femmes vis-à-vis du counseling et du dépistage volontaire.
15. Bassett MT. Ensuring a public health impact of programs to reduce HIV transmission from mothers to infants: the place of voluntary counseling and testing. Am J Public Health.2002;92(3):347-51
16. De Cock KM, Marum E, Mbori-Ngacha D. A sero status-based approach to HIV/AIDS prevention and care in Africa. Lancet. 2003 ;362(9398) :1847-
17. HIV/AIDS Stigma and Refusal of HIV Testing Among Pregnant Women in Rural Kenya: Results from the MAMAS Study Janet M. Turan • Elizabeth A. Bukusi Maricianah nono William L. Holzemer Suellen Miller • Craig R. Cohen. AIDS Behav (2011) 15:1111-1120.