



**UNIVERSITE
NATIONALE
du RWANDA**

**FACULTE D'EDUCATION
DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE**

**ATTITUDES DES FEMMES ENCEINTES VIS -A -VIS DU
PROGRAMME DE LA PREVENTION DE LA
TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH/SIDA (PTME)
Cas du District de HUYE**

Mémoire présenté en vue de
l'obtention du grade de Licencié
(Bachelor's degree) en Psychologie Clinique

Par **Bonaventure UWIMANA**

Directeur : **Dr. Jean Pierre DUSINGIZEMUNGU**

Butare, octobre 2007

DEDICACE

A Dieu tout puissant dont la grandeur reste inexprimable
par l'intelligence humaine,
A mon regretté très cher Papa Gratien KARAGIRE
afin de vous immortaliser,
A ma très chère et bienveillante mère M. Domitille UWIZERA
dont l'appui moral et l'éducation de base assurés
Ont fortement soutenu la réalisation de cet édifice.
A mes aimables sœurs et frère : Vestine UWAMAHORO,
Henriette UWIZEYE et Eric NSENGIYUMVA.
A tous les miens, membres de ma famille, enseignants et
camarades de classe dont la contribution à la réalisation
De ce travail restera apprécié,
Je dédie humblement ce travail.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, nous avons le plaisir d'exprimer notre profonde gratitude et reconnaissance à toutes les personnes tant physiques que morales qui ont contribué à sa réalisation.

De prime abord nos sentiments de gratitude s'adressent au Dr Jean Pierre DUSINGIZEMUNGU qui a assuré la direction de ce travail. Nous souhaitons lui témoigner notre humble reconnaissance pour sa compréhension, ses encouragements et ses critiques justes.

Notre vive gratitude va également aux professeurs du département de psychologie clinique, pour leur dévouement au cours de notre formation académique; qu'ils trouvent ici nos profonds sentiments de reconnaissance !

Nous nous en voudrions de ne pas exprimer notre gratitude à l'A.A.U (Association of African Universities), qui grâce à la collaboration avec la Faculté de l'Education de l'UNR a soutenu financièrement cette recherche du début à la fin. Grâce à elle, nous pensons avoir pu atteindre nos objectifs.

Nous remercions également tous ceux qui nous ont fourni l'information dans cette recherche. Pour souci de délicatesse à leur endroit, nous n'avons cité aucun de leurs noms.

Nous tenons enfin à exprimer nos remerciements à tous ceux qui nous sont chers, parents, frères, sœurs, amis et collègues de classe. Sans eux, ce travail n'aurait pas été réalisé.

A tout le monde, nous disons merci !

Bonaventure UWIMANA

SIGLES ET ABREVEATIONS

ARV: Antirétroviral (aux)

AZT : Azidothymidine

C.N.L.S : Commission National de Lutte contre le SIDA

C.S: Centre de Santé

CD₄: Cluster of Differentiation (type 4)

CPN : Consultation Périnatale

I.S.T : Infection Sexuellement Transmissible

JAMA: Journal of American Medical Association

MINISANTE : Ministère de la Santé

NVP: Névirapine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONAPO : Office Nationale de la Population.

ONUSIDA: Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le SIDA

PMTCT: Prevention of Mother to Child HIV Transmission

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PUF : Presses Universitaires de France

PTME : Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant

PVVIH : Personne Vivant avec le VIH

SIDA : Syndrome de l'Immuno Déficience Acquise

TME : Transmission de la Mère à l'enfant

TRAC: Treatment and Research Aids Center

UNICEF: United Nations Children's Fund

UNR: Université Nationale du Rwanda

V.C.T: Voluntary Counseling and Testing

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1:Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes par groupe d'âge.....	26
Tableau 2: Statistiques des femmes enceintes ayant fréquenté les services de la CPN dans les C.S ayant le programme de la PTME : Trois premiers mois de l'année 2007 ..	36
Tableau 3:Taille des strates de l'échantillon par Centre de santé.....	38
Tableau 4: Items relatifs aux connaissances des femmes enceintes sur le programme de la PTME.....	42
Tableau 5: Items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME.....	42
Tableau 6: Items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage.....	42
Tableau 7: Choix des femmes enceintes aux items relatifs à leurs connaissances sur le programme de la PTME.....	46
Tableau 8:Choix des femmes enceintes aux items relatifs à leurs attitudes vis-à-vis du programme de la PTME.....	47
Tableau 9: Choix des femmes enceintes aux items relatifs à leurs attitudes vis-à-vis du test de dépistage.....	50
Tableau 10: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME.....	56
Tableau 11: Effectifs théoriques aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME	56
Tableau 12: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME.....	57
Tableau 13: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME.....	57
Tableau 14: Effectifs théoriques aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME	58
Tableau 15: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME	58
Tableau 16: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME.....	59

Tableau 17: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME	59
Tableau 18: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME	59
Tableau 19: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME.....	60
Tableau 20: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME	60
Tableau 21: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME	61
Tableau 22: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage.....	61
Tableau 23: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage	62
Tableau 24: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage	62
Tableau 25: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage.....	63
Tableau 26: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage	63
Tableau 27 : Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage	63

LISTES DES ANNEXES

Annexe 1: Lettre de recommandation.....	74
Annexe 2: Lettre de demande d'autorisation.....	75
Annexe 3: Activités de la PTME à intégrer dans les services de santé de la santé de la reproduction.....	76
Annexe 4: Protocole d'entretien version française et version kinyarwanda.....	77
Annexe 5: Calcul des coefficients de corrélation entre les items relatifs aux connaissances des femmes enceintes sur le programme de la PTME	78
Annexe 6: Calcul des coefficients de corrélations entre les items relatifs aux attitudes des femmes enceintes face au programme de la PTME.....	79
Annexe 7: Calcul des coefficients de corrélation entre les items relatifs aux attitudes des femmes enceintes face au test de dépistage	79
Annexe 8: Lettre accompagnant les questionnaires.....	81
Annexe 9: Echelle d'attitudes réservée aux femmes enceintes du district de Huye vis-à-vis du programme de la PTME	82
Annexe 10: Ibaruwa n'ibibazo bigenewe abagore batwite.....	89
Annexe 11: Scores aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME	97
Annexe 12 : Histogramme et la courbe de distribution des scores.....	99
Annexe 13: Scores aux items relatifs aux attitudes face au programme de la PTME	100
Annexe 14 : Histogramme et courbe de distributions des scores	102
Annexe 15: Scores aux items relatifs aux attitudes face au test de dépistage.....	103
Annexe 16: Histogramme et courbes de distributions des scores.....	105

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS.....	ii
SIGLES ET ABREVEATIONS	iii
LISTES DES TABLEAUX	iv
LISTES DES ANNEXES	vi
TABLE DES MATIERES	vii
SOMMAIRE.....	ix
ABSTRACT.....	x
CHAPITRE I. INTRODUCTION	1
1.1. QUESTION DE DEPART.....	1
1.2. EXPLORATION DE LA QUESTION DE DEPART	2
1.4. HYPOTHESES DE LA RECHERCHE.....	5
1.5.OBJECTIFS DE LA RECHERCHE.....	6
1.6. DELIMITATION DU SUJET	7
CHAPITRE II. : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL.....	8
2.1. ATTITUDE.....	8
2.1.1. Définitions et Structure de l’attitude.....	8
2.1.2. Propriétés des attitudes et formation des attitudes.....	11
2.1.3. Dynamique des attitudes	12
2.1.4. Changement des attitudes	13
2.1.5. Résistance aux changements.....	15
2.1.6. Attitudes et notions voisines	16
2.1.7. Importance et fonction des attitudes	17
2.1.8. Mesure des attitudes.....	18
2.1.9. Principaux types d’échelle d’attitudes	19
2.2. GENERALITES SUR LE VIH/SIDA	21
2.2.1. Définition du VIH/SIDA.....	21
2.2.2. Modes de transmission du VIH.....	22
2.2.3. Principaux stades d’évolution de l’infection au VIH/SIDA	23
2.2.4. Modes de prévention du VIH.....	24
2.2.5. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Rwanda.....	25
2.2.6. Modes de transmission du VIH de la mère à l’enfant.....	26
2.2.6.1. Facteurs de risque de transmission du VIH de la mère à l’enfant	27
2.2.6.2. Stratégies de prévention de la transmission du VIH de la mère à l’enfant	29
2.3. MODELE D’ANALYSE.....	33
CHAPITRE III. CADRE METHODOLOGIQUE.....	35
3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN DE RECHERCHE	35
3.2. POPULATION D’ETUDE	35

3.3. ECHANTILLONNAGE	36
3.4. STRUCTURE ET TAILLE DE L'ECHANTILLON	37
3.5. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES	38
3.5.1. Enquête documentaire.....	38
3.5.2. Entretien exploratoire.....	39
3.5.3. Questionnaire utilisé	39
3.5.4. Administration du questionnaire proprement dit.....	42
3.6. INSTRUMENTS D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES.....	43
CHAPITRE IV. PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES.....	44
4.1. Identification des attitudes et présentation des motifs	45
4.1.1. Connaissances des enquêtées sur le programme de la PTME	46
4.1.2. Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME	47
4.1.3. Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage.....	50
4.2. Commentaires sur les attitudes manifestées par les enquêtées	52
4.3. Vérification des hypothèses de la recherche.....	55
4.3.1. Influence des avantages de la PTME sur les attitudes des femmes enceintes	55
4.3.2. Influence du niveau d'instruction sur le degré de connaissances des enquêtées	56
sur le programme de la PTME.	56
4.3.2. Influence du milieu de consultation sur le degré de connaissances des	57
enquêtées sur le programme de la PTME	57
4.3.2. Influence du niveau d'instruction sur les attitudes des enquêtées vis-à-vis du	59
programme de la PTME.....	59
4.3.3. Influence du milieu de consultation sur les attitudes vis-à-vis du programme	60
de la PTME	60
4.3.3. Influence du niveau d'instruction des enquêtées sur les attitudes vis-à-vis du	61
test de dépistage	61
4.3.4. Influence du milieu de consultation sur les attitudes des enquêtées vis-à-vis du	63
test de dépistage	63
4.4. Conclusion sur les différentes comparaisons.....	64
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	65
BIBLIOGRAPHIE.....	69
ANNEXES.....	73

SOMMAIRE

Le programme de la PTME est une des contributions de lutte contre la propagation du VIH/SIDA au niveau de la population en général et chez les jeunes enfants en particulier. Huit ans viennent de s'écouler après que le Gouvernement rwandais et ses partenaires ont instauré le programme de la PTME dans les services de santé reproductive et infantile. Il est alors nécessaire et même indispensable de savoir ce que celles pour qui ce programme fut instauré en premier les femmes enceintes, pensent, sentent et savent de ce programme.

La présente étude appréhende les appréciations et les contraintes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME, dégage les facteurs qui sont à la base et propose les voies et les moyens d'améliorer les connaissances et de favoriser les attitudes favorables des femmes enceintes rwandaises à propos dudit programme.

Pour y arriver, nous avons procédé par l'explication des concepts clés et des différentes théories en rapport avec le sujet. Et puis nous avons établi une démarche méthodologique qui nous a permis de vérifier nos hypothèses et d'atteindre les objectifs assignés à notre recherche. L'enquête par questionnaire (échelle d'attitudes sous le modèle de LIKERT) auprès de 100 femmes enceintes du district de HUYE a permis d'aboutir aux résultats suivants :

- Les femmes enceintes du district de HUYE en général manifestent des attitudes favorables vis-à-vis du programme de la PTME, cela s'explique par le fait que 87% des femmes enceintes enquêtées ont des connaissances suffisantes sur le programme de la PTME; 74,2% des femmes enceintes enquêtées ont des attitudes favorables vis-à-vis du programme de la PTME et 54,5% des femmes enceintes enquêtées ont des attitudes favorables vis-à-vis du test de dépistage lors de leur de consultation prénatale ;
- Les différences d'attitudes sur ce programme et sur le test de dépistage ont été observées suivant le lieu de consultation et ce sont les femmes qui consultent les Centres de Santé ruraux qui ont plus d'attitudes favorables que celles des Centres de Santé urbains.

A la fin de cette étude, quelques propositions ont été faites pour améliorer l'adhésion, développer des attitudes favorables chez les femmes enceintes face à ce programme et favoriser une prise en charge adéquate des enfants nés des mères séropositives.

Mots-clés : Attitudes, le Programme de la PTME du VIH/SIDA.

ABSTRACT

The program of the PMTCT is one of the contributions in the domain of fighting against the spread of HIV/AIDS as regards population in general and the young children in particular. To day, eight years have been just passed after the Rwandan Government and its partners launched the program of PMTCT in the reproductive and infantile health services. It is then necessary and even essential to know what those for whom this program was launched, especially the pregnant women, think, feel and know of it.

The present study is about the appreciations and the constraints of the pregnant women with respect to the program of the PMTCT, points out the factors which are at the basis of them and suggests the ways and the means of improving knowledge and of developing the positive attitudes of the Rwandan pregnant women as far as the aforesaid program is concerned.

To achieve this, we proceeded by explaining of the key concepts and the various theories in connection with the subject. And then, we resorted to a methodological step, which enabled us to verify our hypotheses, and to achieve the goals assigned to our research. The investigation by questionnaire (scale of attitudes under the model of LIKERT) that was carried out with a sample population of 100 pregnant women of the district of HUYE lead to the following results:

- In general pregnant women of the district of HUYE adopt positive attitudes vis-à-vis the program of PMTCT, this is explained in the following sentences: 87% of the surveyed pregnant women have sufficient knowledge on the program of PMTCT; 74,2% of the surveyed pregnant women adopt positive attitudes vis-à-

- vis the program of PMTCT and 54,5% of the surveyed pregnant women adopt positive attitudes to the test of tracking at the time of their antenatal consultation;
- The differences in attitudes to this program and the test of tracking were observed according to the place of consultation and they are women who consult the rural health center, which adopt more positive attitudes than those of the urban health center.

At the end of this study, some recommendations were made to improve adhesion, to develop positive attitudes in pregnant women vis-à-vis this program and to promote an adequate care of children born from mothers contaminated of HIV/AIDS.

Key words: Attitudes, the Program of PMTCT of the HIV/AIDS.

CHAPITRE I. INTRODUCTION

1.1. QUESTION DE DEPART

Depuis plus de deux décennies, la pandémie du VIH/SIDA a bouleversé la problématique de la santé publique en général et de la santé de la reproduction en particulier. Dès son apparition on assiste à la prolifération des programmes et des activités de lutte et de prévention contre ce fléau. Certains d'entre eux se focalisent sur la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

Au Rwanda, la politique nationale préconise un test de dépistage des femmes enceintes lors de leur consultation prénatale et la prise de névirapine pour celles qui sont séropositives (éligibles) comme le meilleur moyen de prévention de la transmission verticale et en même temps la porte d'entrée pour la surveillance ou le suivi des enfants qui naissent de ces femmes.

Au cours de notre stage pratique, nous avons remarqué qu'après le counseling donné aux femmes enceintes, certaines d'entre elles acceptaient volontiers le test de dépistage, d'autres hésitaient voire même celles qui refusaient catégoriquement. Il y a aussi des femmes enceintes dépistées séropositives lors de leur consultation prénatale qui ne respectent pas les directives données par le personnel soignant comme les rendez-vous, la prise des ARV,... D'autres femmes ne révèlent pas leur statut sérologique à leurs maris, en cas de séropositivité ce qui est dangereux pour le foyer en général et pour le bébé qui va naître en particulier.

Vu cette situation et les efforts que l'état rwandais et ses partenaires en matière de santé reproductive ne cessent de fournir pour diminuer le taux de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, nous avons eu un questionnement suivant :

Est-ce que les femmes enceintes rwandaises savent réellement l'existence de ce programme ? Comment les femmes enceintes rwandaises voient et considèrent ce programme ? Qu'est-ce que ces femmes enceintes font pour que ce programme puisse

atteindre ses objectifs ? Et enfin, quelles sont leurs contraintes vis-à-vis de ce programme ?

1.2. EXPLORATION DE LA QUESTION DE DEPART

Dans le monde, l'épidémie du sida s'étend et continue à se propager avec une vitesse alarmante. D'après les estimations du rapport de l'ONUSIDA / OMS (2006) cité par K.A. RUTAYISIRE (2007 : 1) le nombre de personnes vivant avec le VIH/SIDA au niveau mondial est évalué à 39,5 millions. Plus précisément c'est 37,2 millions d'adultes dont 17,7 millions de femmes et 2,3 millions d'enfants de moins de 15ans. En Afrique surtout dans la zone subsaharienne dans laquelle se situe le Rwanda, l'infection au VIH est désormais endémique dans plusieurs pays car suivant ce rapport en 2005, le nombre de personnes infectées sur ce continent était de 25 millions soit 2/3 de tous les porteurs de virus dans le monde dont 55% sont des femmes en âge de procréer. On a constaté que dans de nombreuses régions du continent, cette infection constitue un réel problème de santé publique¹

D'après V. NSENGIMANA, (2006 : 17) depuis 2001, au Rwanda le VIH /SIDA était et demeure la deuxième cause de mortalité après le paludisme et réduit l'espérance de vie à 45ans. Les statistiques publiées par le PNUD en 2004 estiment à 13.7% le taux de séroprévalence dans une population âgée de 15 à 49 ans avec la prédominance du sexe féminin soit 5% des célibataires, 11% des mariés, 15% des divorcés ou séparés et 17% des veuves. Les statistiques disponibles aujourd'hui montrent qu'au Rwanda en général 3% de la population vit avec le VIH avec une prévalence de 3,6% chez les femmes qui constituent la catégorie la plus atteinte par le VIH/SIDA par rapport aux hommes dont le taux de prévalence est de 2,3%. C'est-à-dire une prévalence de 7,3% en milieux urbains et 2,2% en milieux ruraux².

Selon African Network for the care of children affected by AIDS (2004), au Rwanda et en République démocratique du Congo les premiers cas de VIH pédiatriques avaient été

¹RUTAYISIRE, K.A (2007): La composante psychopathologique chez les patients souffrant du SIDA. Quelle figure clinique dominante. BUTARE:UNR(Mémoire inédit)

² TRAC : rapport : décembre 2005

identifiés dans les services cliniques en 1983-1984. Le risque de transmission du VIH pour un enfant né d'une mère infectée dans le milieu africain en l'absence de toute intervention de PTME est de 30 à 40%. Les 60 à 70% d'enfants restants, bien que n'étant pas infectés par le VIH, ont toujours 2 à 5 fois plus de risques de mortalité en conséquence directe de l'infection au VIH de la mère par rapport aux enfants nés de mères non infectées.

Il y a donc le besoin continu de counseling et de test volontaire afin de prévenir une nouvelle escalade de l'infection au VIH chez les enfants car chaque jour entre 1400 et 1600 enfants naissent infectés du VIH /SIDA dans le monde³.

Par ailleurs, en Afrique les taux élevés d'infection maternelle, le taux élevé de naissances, le manque d'accès aux interventions efficaces disponibles ailleurs, la pratique répandue de l'allaitement maternel prolongé constituent une barrière dans la prévention de la pandémie du SIDA chez les jeunes enfants..

Dans les pays en voie de développement le SIDA contribue à l'accroissement du nombre d'enfants orphelins. Pour A. J. AMMANN, (2003 :1342-1343), l'implantation de services de prévention périnatale du VIH/SIDA est la plus grande priorité pour ces pays où 300000 à 500000 vies d'enfants pourraient être sauvées chaque année. D'après I.S. HAKIBA, (2005 :3) cette situation a de plus en plus poussé le personnel soignant à chercher tous les moyens de dépister et de traiter les femmes enceintes et les enfants infectés par le VIH à tous les stades de l'évolution de la maladie. Contrairement aux autres maladies mortelles de l'enfance, les parents des enfants infectés par ce virus sont généralement eux-mêmes infectés ou malades et sont sujets de discrimination au sein de leurs communautés. Dès lors, la prévention et la prise en charge des enfants infectés impliquent une intervention de première nécessité au sein des services de la santé reproductive.

En 2005, J.C. NDAGIJIMANA, (2005 : 36) a montré qu'un nombre important des femmes qui faisaient la CPN n'acceptaient pas d'adhérer au programme de la PTME car

³ ONUSIDA/OMS : Rapport 2000

sur 2415 de femmes enceintes qui ont consulté le service de la CPN au centre de santé de KABGAYI, 978 soit 40.5% n'ont pas accepté d'adhérer à ce programme.

L'auteur a souligné que les femmes n'aimaient pas venir ensemble avec leurs maris pour le dépistage comme cela est prévu dans le programme de la PTME. L'auteur a constaté aussi que les partenaires des femmes enceintes eux -aussi acceptaient difficilement de participer au programme de la PTME. Les maris qui avaient les femmes de plus de 30 ans (couples vieux) adhéraient plus au programme de la PTME que les autres.

C. KILEWO et col. (2000) stipulent que la cause principale qui fait que les femmes n'éprouvent pas le besoin d'amener leurs maris au programme est la peur d'être stigmatisées ou d'être répudiées surtout quand elles pensent qu'elles ont été infidèles.

Les études déjà faites dans ce domaine se sont focalisées sur l'évaluation de l'impact du programme de la PTME, sur l'impact de l'allaitement artificiel dans la prévention de la transmission verticale du VIH/SIDA et sur la séroprévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes et chez leurs enfants. Toutes ces études signalent que la participation à ce programme est faible pour les femmes enceintes et elle est presque nulle pour leurs maris. Cette exploration nous montre comment est la situation du VIH/SIDA dans le monde en général, au sein de la population de sexe féminin et chez les enfants en particulier, nous avons vu aussi comment ce fléau constitue un problème très sérieux pour la santé de la reproduction car jusqu'à nos jours les études faites montrent que les femmes enceintes résistent encore vis-à-vis du programme de la PTME que les scientifiques jugent très important.

1.3. PROBLEMATIQUE

A partir de l'exploration de la question de départ, nous nous rendons compte que l'aspect « attitudes » chez les femmes enceintes face au programme de la PTME, particulièrement en rapport avec leurs appréciations et/ou leurs désapprobations reste inexploité. Pourtant cet aspect est important et peut contribuer dans l'amélioration des services que ce programme réserve à des femmes enceintes séropositives et à leurs enfants.

Pour le cas du RWANDA, le programme de la PTME existe depuis avril 1999. L'exploration de la question de départ a montré que malgré tous les efforts que l'Etat rwandais a fourni à travers le MINISANTE en collaboration avec ses partenaires pour instaurer ce programme dans plus de 234 sites dans tout le pays et la sensibilisation qui se fait auprès des femmes enceintes afin d'accoucher dans un centre de santé, une certaine réticence chez les femmes enceintes pour ce qui concerne l'adhésion à ce programme s'observe. Lors de nos stages pratiques effectués respectivement au Centre de Santé NYAMASHEKE et au Centre Universitaire de la Santé publique, nous avons constaté que les femmes enceintes n'adhèrent pas massivement à ce programme et il y a certaines femmes qui préfèrent accoucher dans leurs domiciles alors qu'elles ont été dépistées séropositives. De toutes ces constatations, une étude dans ce domaine s'avère très importante.

A l'aide de cette étude, nous pouvons révéler les différents facteurs qui sont à l'origine des attitudes des femmes enceintes du District de HUYE vis-à-vis du programme de la PTME. En plus, les recommandations de la présente étude contribueront à renforcer les attitudes favorables auprès de ces dernières et à modifier celles qui sont défavorables.

Notre recherche s'intitule : « **Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la prévention de la transmission mère –enfant du VIH/SIDA (PTME)** »

1.4. HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

Notre recherche sera guidée par les hypothèses suivantes :

1.4.1. HYPOTHESE GENERALE

Les femmes enceintes ont diverses attitudes vis-à-vis du programme de la PTME compte tenu de ses avantages et ces attitudes dépendent du niveau de formation et/ou du milieu de consultation des femmes enceintes.

1.4.2. HYPOTHESES OPERATIONNELLES

1. Les femmes enceintes ont diverses attitudes vis-à-vis du programme de la PTME en tenant compte de ses avantages.
2. Les connaissances des femmes enceintes sur le programme de la PTME varient suivant leur niveau de formation et/ou leur milieu de leur consultation prénatale.
3. Le niveau de formation et/ou le milieu de consultation influent sur les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME.
4. Les attitudes des femmes enceintes face au test de dépistage prévu dans le programme de la PTME varient suivant le niveau de formation et/ou le milieu de consultation prénatale.

1.5.OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Les objectifs de notre étude sont formulés de la manière suivante :

1.5.1. OBJECTIF GENERAL

Identifier les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME compte tenu de ses avantages et démontrer si ces attitudes dépendent de leur niveau de formation et/ou de leur milieu de consultation prénatale.

1.5.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Identifier les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis programme de la PTME et inventorier les motifs avancés ou les facteurs à la base de ces attitudes.
2. Analyser si les connaissances des femmes enceintes sur le programme de la PTME varient suivant le niveau de formation et/ou le lieu de leur consultation prénatale.
3. Analyser si les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME varient suivant le niveau de formation et/ou le lieu de leur consultation prénatale des femmes enceintes.

4. Analyser si les attitudes des femmes enceintes face au test de dépistage varient suivant le niveau de formation et/ou le lieu de leur consultation prénatale.

1.6. DELIMITATION DU SUJET

L'étude s'est limitée sur les femmes enceintes des centres de santé du district HUYE où le programme de la PTME est déjà opérationnel.

D'autres recherches pourront se faire ultérieurement en travaillant avec les femmes enceintes d'autres districts et pourquoi pas celles de tout le territoire national.

Cette recherche utilise une échelle d'attitudes qui s'inspire du modèle LIKERT et de diverses théories sur les attitudes.

CHAPITRE II. : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

Ce chapitre a pour objet de mettre en lumière différents concepts retrouvés dans le titre de notre travail ; mais aussi de donner une base théorique, lequel nous servira de cadre de référence qui nous permettra d'analyser et de faire l'interprétation des résultats

2.1. ATTITUDE

2.1.1. Définitions et Structure de l'attitude

Le concept attitude a été défini par plusieurs auteurs qui se complètent les uns des autres. Ces auteurs le placent dans l'ensemble des concepts de la psychologie et de la sociologie.

Ainsi par exemple, ALLPORT, cité par R. THOMAS, et D. ALAPHILIPPE, (1993 : 10) en arrive même à faire remarquer que le concept d'attitude est probablement le plus indispensable des concepts de la psychologie sociale, bien qu'il a accepté que cette opinion soit discutable.

Selon le GRAND LAROUSSE ENCYCLOPEDIQUE (1984 : 11), l'attitude est « *la manière d'être qui manifeste certains sentiments [...] les attitudes constituent un système organisé et relativement stable des dispositions cognitives d'un sujet vis-à-vis d'un objet ou d'une situation dont on évalue le contenu comme vrai ou faux, bien ou mauvais, désirable ou indésirable.* »

Pour D. MORISETTE et M. GINGRAS, (1989 : 49-50), « *l'attitude est une disposition intérieure de la personne, qui se traduit par des réactions émotives modérées qui sont apprises puis ressenties chaque fois que cette personne est en présence d'un objet (ou d'une idée ou d'une activité) ; ces réactions émotives la portent à s'approcher (à être favorable) de ou à s'éloigner (à être défavorable) de cet objet.* » Ces auteurs précisent que l'attitude se départage en trois composantes : affective, cognitive et comportementale ou conative.

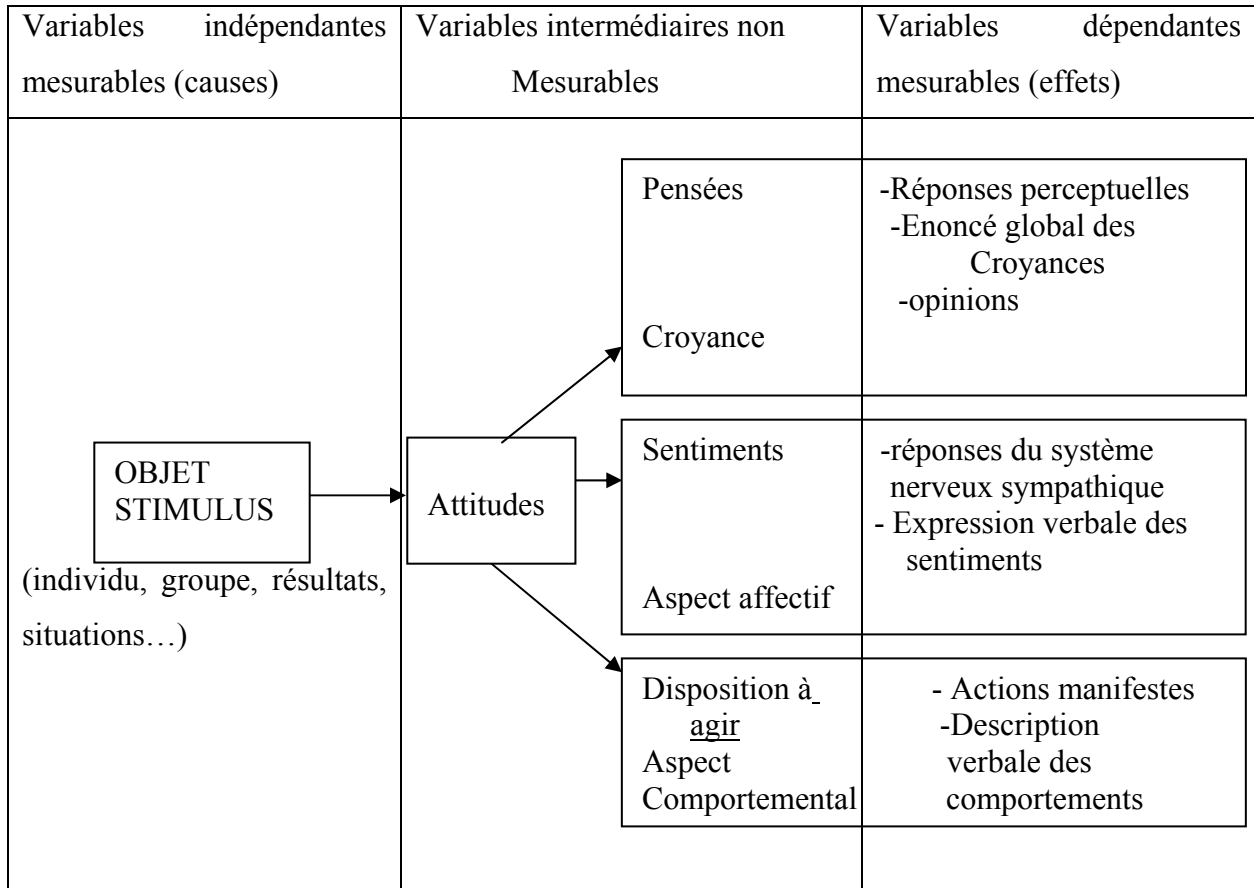
J. MAISONNEUVE (2001 : 178), donne à l'attitude une définition plus exhaustive qui se formule ainsi : *« l'attitude consiste en une position (plus ou moins cristallisée) d'un agent (individu ou collectif) envers un objet (personne, groupe, situation, valeur) ; elle s'exprime plus ou moins ouvertement à travers divers symptômes ou indicateurs (parole, ton, gestes, actes, choix ou leur absence) ; elle exerce une action à la fois cognitive, affective et régulatrice sur les conduites qu'elle sous-entend. »*

De toutes ces définitions, nous pouvons retenir, en essayant de synthétiser que l'attitude se trouve en définitive comme étant une disposition d'un sujet à agir ou à réagir dans une telle situation. Elle résulterait de l'interaction entre le biologique, le psychologique et le milieu. Elle s'exprime plus ou moins ouvertement avec des intensités variées entre le pour et le contre. Elle s'extériorise à travers les indicateurs (parole, actes, ton, gestes,... ou leur absence). Elle est susceptible de changement sous l'effet de l'influence de l'environnement et de la personne.

Pour ce qui concerne la structure des attitudes R. THOMAS et D. ALAPHILIPPE, (1993 : 20) affirment que le psychologue américain du nom de G.N. FISCHER réserve le terme attitude à la dimension affective, le concept de croyance qu'il introduit correspond, pour lui à l'ancienne dimension cognitive et celui de l'intention, qu'il introduit également dans la structure de l'attitude, à l'ancienne composante conative.

M. J. ROSENBERG, cité par R. THOMAS et D. ALLAPHILIPPE, (1993 : 21) propose un schéma qui résume les effets d'un stimulus sur ces différentes composantes de l'attitude.

Schéma I : Schéma descriptif du fonctionnement des attitudes de M.J. ROSENBERG
cité par R. THOMAS et D. ALLAPHILIPPE, (1993 : 21)



Selon R.THOMAS et D. ALLAPHILIPPE (1993 : 20), la composante cognitive semble embrasser les perceptions, les croyances et savoirs à propos de l'objet ainsi que les attributions des propriétés à cet objet. Elle s'inscrit également dans le cadre des appréciations, des jugements que l'individu porte sur les objets.

La composante affective met en jeu l'ensemble des sentiments et des émotions entraînant parfois des souvenirs agréables ou associés à l'objet d'étude. C'est dans cette composante qu'interviennent donc les stimuli positifs ou négatifs.

La composante conative appelée aussi comportementale se rapporte quant à elle à la volonté et l'effort de l'individu ajouté à son idée et à ses sentiments pour réagir à un stimulus.

2.1.2. Propriétés des attitudes et formation des attitudes

Selon G.N. FISCHER (1997 : 65), l'attitude présente des propriétés suivantes :

1. La direction : La direction de l'attitude est considérée comme étant « *la préparation à agir impliquant une certaine position du sujet face à une telle conjoncture* ». Cela est donc compris dans le sens que l'attitude d'un individu envers l'objet est soit positive ou négative.

2. Le degré de sentiment : il indique l'étendue ou le niveau auquel une attitude s'exprime par rapport à un objet attitudinal. Il s'agit ici de niveau de qualité positive ou négative du stimulus considéré.

3. L'intensité : c'est la grandeur ou le degré de la force qu'a l'individu à être en accord ou en désaccord envers une situation

4. La cohérence : c'est l'accord entre divers aspects de l'expression des attitudes. Si nous sommes pour la peine de mort, le sommes-nous seulement dans le cas où quelqu'un a violé ou tué une femme, ou le sommes-nous également pour tous les autres membres ?

5. La saillie : est la mise en exergue d'une attitude donnée.

D'après R. THOMAS et D. ALAPHILIPPE, (1993 : 45) « *l'attitude semble résulter d'une interaction entre l'organisme et le milieu. Elle apparaît comme un élément relativement stable de la personnalité de chacun, mais aussi un élément acquis et susceptible d'être affecté par les variations en fonction des sollicitations de l'entourage* ». Pour ces auteurs, l'attitude a une origine interne du sujet et une origine sociale.

Selon S. MOSCOVICI, (1998) « *les attitudes naissent, disparaissent et se transforment.* » Le même auteur ajoute que les attitudes s'inscrivent dans l'histoire de

l'individu et qu'elles peuvent changer du fait de ses expériences personnelles. Donc, l'auteur met l'accent sur l'influence du milieu.

D. MORISETTE et M. GINGRAS (1989 : 56) renforcent l'idée de MOSCOVICI. Pour eux, les attitudes ne sont pas innées, mais apprises. A l'occasion de multiples expériences, la personne apprend à sentir des émotions positives ou négatives selon les objets, les activités ou les idées placées en présence et selon les conditions de ces interactions.

Ces auteurs oublient l'influence du biologique sur les comportements et donc sur les attitudes. Des individus différents génétiquement, mis dans les mêmes conditions et confrontés aux même influences n'ont pas nécessairement les mêmes comportements.

2.1.3. Dynamique des attitudes

Les attitudes peuvent se former, se stabiliser et être modifiées. Il y a des éléments qui interviennent dans cette dynamique. Il s'agit entre autres de la formation des normes, du conformisme, de l'innovation, de la réforme ainsi que la motivation.

Le concept « norme » est définie par SHERIF, cité par J.P. LEYENS (1979 : 53) comme étant « *une échelle de référence ou d'évaluation qui définit une marge de comportements, attitudes et opinions, permis et répréhensibles.* »

Le "*conformisme*" est défini par R. MUCCHIELLI (1989 : 96), comme étant une "*attitude générale d'acceptation et soumission par rapport aux normes, habitudes, valeurs etc.. de la société petite ou grande dont l'individu (conformiste) fait partie*".

D'après J.P. LEYENS (1979 :104) "*Ne pourrait être innovateur qu'un conformiste préalable*". Dans un système quelconque, l'innovation vient comme une manière, une façon de frayer les autres ou alors de nouvelles voies dans ce système afin de l'améliorer.

M. RUGWIZANGOGA, (1992 : 22) nous rappelle que la réforme consiste en un changement des objectifs, des stratégies, des structures et des priorités d'un système ; elle touche, quelquefois, les idéologies du système. Généralement, la réforme est souhaitée par beaucoup de gens, elle n'est donc pas à imposer, mais elle se fait selon la volonté des gens concernés.

La motivation est définie par LAROUSSE (1984 : 713) comme étant des « raisons, intérêts qui poussent quelqu'un dans son action. » A ce qui concerne l'origine des motivations J.NUTTIN (1980 :20) indiquent qu'elles peuvent être d'origine interne ou externe.

2.1.4. Changement des attitudes

N. AUBERT et al (1997 : 102) font savoir que l'opinion d'un sujet aura tendance à persister tant qu'un nouvel apprentissage ne sera pas déclenché. Pour qu'une opinion en supplante une autre chez un individu, il faut apparaître comme plus « rentable » à ses yeux. Sa « rentabilité » dépendra de sa « désirabilité » sociale pour le sujet considéré. Plus une opinion lui servira à s'affirmer, « conformisme » aux attitudes de son groupe et plus elle provoquera son ralliement. En modifiant son opinion, le sujet « paye sa cotisation psychique » pour obtenir estime et amitié, être admis et reconnu dans son groupe.

Pour R. THOMAS et D. ALAPHILIPPE (1993 : 65), les moyens susceptibles d'être mobilisés pour produire des changements d'attitudes sont forts divers. Il y a la pression coercitive, mais il n'est pas sûr qu'elle soit la plus efficace ; le conformisme qui consiste à suivre l'avis du plus grand nombre ; les méthodes de persuasion qui mettent en jeu l'équilibre logique des systèmes cognitifs ; le changement collectif de système de normes et le potentiel de changement qui peut être introduit par un groupe minoritaire porteur d'innovations ou encore la volonté d'un agent social de se différencier de ceux qui l'entourent.

N. AUBERT et al (1997 :108-114) indiquent qu'il y a des facteurs internes et externes de changement :

1. Les facteurs internes

Au niveau de la dynamique interne du système d'attitude, certains facteurs clés expliquent les principaux processus de changement individuel :

- *Assimilation -contraste* : lorsqu'un individu a assimilé de manière forte certaines croyances (continuum attitudinal), des difficultés s'imposeront pour pouvoir les changer. Cependant, lorsqu'il y aura contraste entre la nouveauté et ses croyances, le changement s'opérera de lui-même.
- *Consistance du système d'attitudes* : une attitude comprend trois composantes : cognitive, affective et comportementale. Lorsque ces dernières sont convergentes par rapport à un objet, le système sera consistant donc difficile à changer : mais si elles sont divergentes, elles s'estompent d'elles-mêmes. Un agent de changement agira sur les trois composantes pour augmenter l'éclosion d'une nouvelle attitude durable. « *Il devra donc fournir* », d'après N. AUBERT et al. (1997 :109), « *une information appropriée (cognitif), aménager des normes et des valeurs favorables et consonantes (affectif), permettre l'expression d'un comportement compatible avec l'objet du changement (conatif)* »
- *Consonance du système d'attitude* : lorsqu'il y a compatibilité entre les attitudes d'un sujet, il y a garantie de consonance interne. Celle-ci freine le changement. Cela signifie que lorsque deux attitudes envers un objet ou plusieurs ne perturbent pas l'équilibre d'un sujet, il ne va pas s'atteler à les changer mais dans le cas contraire, il va essayer de rétablir l'équilibre en embrassant des attitudes nouvelles
- *Utilité fonctionnelle des attitudes* : comme l'attitude intériorisée sert à satisfaire des besoins et comme le monde est soumis à des va-et-vient multiples, l'attitude peut paraître non utilitaire, non adaptée au contexte dans lequel il se situe. Sa modification se fera très vite. Mais lorsqu'elle est fonctionnelle, c'est-à-dire quand elle a été acquise au prix de grands efforts, il faudra beaucoup de temps et d'énergie pour la secouer.

2. Les facteurs externes

- **Crédibilité et origine des messages** : La crédibilité d'une source dépendra de son expertise ou de la confiance qu'elle inspire au récepteur. La source a plus d'influence si au départ, elle exprime des opinions partagées par son auditoire.
- **Importance du message** : Lorsqu'on réussit à attirer l'attention de l'auditoire, les faits logiques du message peuvent jouer leur rôle dans la formation d'une attitude ou sa modification.
- **Crainte et anxiété comme moyen de changement** : Bien des gens font face ou s'adaptent à l'information porteuse de stress ou de crainte en refoulant ou en niant les faits. Ensuite, nos émotions peuvent nous "activer" et nous préparer à l'action, mais ce sont nos perceptions qui guident nos comportements.
- **Groupe d'appartenance et changement d'attitude** : Une attitude a besoin d'appuis sociaux pour naître, se développer et se maintenir. Un individu devra consentir beaucoup d'efforts s'il souhaite évoluer dans une direction contraire aux normes et aux attitudes de son groupe. Quelqu'un qui cherche à s'éloigner des normes ambiantes va être taxé de marginal et risque d'exclusion progressive. Selon R THOMAS et D. ALAPHILIPPE (1993 : 13) les travaux de KURT LEWIN avec sa théorie du champ ont mis en évidence la plus grande facilité de modification d'attitudes d'un groupe que celles d'un sujet isolé.

2.1.5. Résistance aux changements

Selon N. AUBERT, et al (1997 : 114), la résistance renseigne sur le degré de perméabilité ou d'ouverture du système face au problème posé.

R. MUCCHIELLI (1972 : 57-58) établit une liste des facteurs entrant en jeu dans le phénomène de résistance au changement :

1. Résistance remarquable de la tradition et des préjugés à toute idée nouvelle que ce soit le "public" ou les "hautes personnalités", ils réagissent, le plus souvent, contre ce qui n'est pas habituel.

2. Résistance individuelle au changement ; il s'agit des résistances propres à l'individu seul. Nous remarquons chez lui :

- le refus d'avoir tort psychologiquement, le refus est en liaison directe avec l'affirmation de soi-même et avec le besoin de considération sociale. Ce refus peut se manifester en face de la réalité ;
- la force de l'habitude : L'habitude étant une structure qui s'est stabilisée voire même automatisée. Elle constitue un renforcement de l'identité et résiste à toute modification ;
- la peur du changement : Pour l'individu, le changement signifie la perte de son cadre de référence, de ses repères personnels, de son identité, bref, c'est une désorganisation totale.
- le degré de systématisation des opinions : Si l'individu a des opinions ordonnées et systématisées, il aura tendance à ne pas les changer ; mais si elles sont superficielles et incoordonnées, occasionnelles, il les changera facilement.

D. MORISETTE et M. GINGRAS, (1989 : 57), précisent dans cette dynamique des attitudes que la conception fondamentale des attitudes est en lien direct avec les principes de la psychologie sociale et plus particulièrement avec les valeurs, les concepts et les principes du behaviorisme paradigmatique, entre autres, où prime l'idée que les attitudes s'apprennent, notamment grâce à l'interaction sociale, et qu'une fois acquises, elles deviennent un facteur important susceptible d'influencer tout apprentissage subséquent.

2.1.6. Attitudes et notions voisines

1. Attitude et comportement

La relation attitude-comportement est partie intégrante des définitions de l'attitude, notamment dans la composante conative. Elle s'explique également dans des théories du changement d'attitudes.

Pour R.J. VALLERAND (1994 : 395), « il est plausible que des facteurs puissent contrecarrer le passage à l'acte indiqué par une attitude. Par exemple une femme peut se déclarer favorable pour suivre toutes les directives du programme de la PTME mais en

être empêché par son mari ou même l'entourage. Les pressions sociales peuvent donc inciter à des conduites en discordance avec les attitudes.

2. Attitude, préjugés et stéréotypes

A propos des bases socio-cognitives des préjugés et des stéréotypes G. N. FISCHER (1997 : 191) nous précise que par « *théories implicites* », il faut comprendre « *l'existence de savoirs préalables qui constituent des formes de croyances sur la base desquelles se développent les processus cognitifs ; cette notion met l'accent sur un monde de fonctionnement cognitif qui consiste à rechercher des information qui confirment nos croyances lorsque nous percevons autrui* ».

Ainsi, notre façon de voir la réalité n'est pas une recherche objective d'information, mais un processus qui puise dans l'environnement social des données pour les ajouter à un système d'interprétation qui nous convient.

Ce même auteur (1997 : 193) ajoute que ce sont nos croyances préalables qui déterminent dans une large mesure nos opinions. Pour lui, « *on a tendance à privilégier les informations qui vont dans le sens de ses opinions* » (1997 : 197).

3. Attitude, culture, valeurs, motivations et besoins

Selon R. THOMAS et D. ALAPHILIPPE (1993 : 18-20), « *les attitudes suivant le sens classique que leur confèrent les psychologues s'inscrivent dans une chaîne constituée du côté social par les valeurs qui dépendent d'une culture* ». *Du côté psychologique, elles sont constituées par les motivations et enfin à l'extrémité biologique par les besoins* ». En bref, le côté social se traduit dans le psychosocial, la culture et les valeurs, le côté psychologique dans les motivations et enfin, le côté biologique dans les besoins.

2.1.7. Importance et fonction des attitudes

Une attitude peut remplir plusieurs fonctions, selon D. KATZ, cité par N. AUBERT et al (1997 : 97-101) les attitudes peuvent remplir quatre fonctions essentielles :

1. Fonction instrumentale ou d'ajustement utilitaire : L'individu tend de préférence à rechercher ce qui lui est agréable ou ce qui le valorise et à fuir ce qui le diminue ou lui est désagréable. Nos attitudes nous aident à passer la vie la plus agréable possible en maximisant l'intérêt des récompenses et en minimisant celui des punitions.

2. Fonction de défense du moi : La fonction de défense du moi exercée par les attitudes peut être considérée comme un gage de la personnalité. Excessive, elle verse dans le dysfonctionnement et la pathologie décrite par l'école psychanalytique.

3. Fonction d'expression de soi : L'affirmation de soi est une source de satisfaction. Bien souvent, c'est l'appartenance à un groupe qui permet à l'individu de renforcer l'idée qu'il a de lui-même à travers les idéaux du groupe et la représentation que les autres membres peuvent avoir de lui.

4. Fonction de connaissance du monde : Les attitudes constituent un cadre de référence qui nous facilite la compréhension du monde. Elles nous poussent à explorer le monde à travers ses différents éléments : l'homme trie, classe, profite de l'information disponible, privilégie certains décodages au détriment d'autres données, porte des jugements conformes aux prédispositions acquises. Ainsi son champ intellectuel s'élargit et son adaptation sociale sera facile.

2.1.8. Mesure des attitudes

C'est en 1925, qu'un psychosociologue, connu sous le nom de BORGADUS, dans le cadre de la recherche sur les groupes sociaux construit une échelle de distance sociale, dont la mesure s'effectue par l'écart que le sujet désire mettre entre lui et le groupe considéré.

L'échelle de BORGADUS fut la première échelle d'attitude, un outil destiné à quantifier cette dernière. C'était dans le but d'essayer, pour les spécialistes des sciences humaines, de mesurer l'intensité d'une attitude. En effet un individu peut être plus ou moins favorable ou plus ou moins défavorable à un objet pour le quel son attirance ou sa

répulsion peut être plus ou moins marquée. Les techniques de mesure des attitudes se sont affinées avec les travaux de THURSTONE et de LIKERT ont créé des échelles fondées sur les principes différents. L'utilisation des méthodes statistiques d'analyse factorielle a permis de dégager des racines communes aux attitudes, des facteurs généraux, que l'on pourrait nommer des attitudes de base.

D'après G. N. FICHER (1997 : 69) *"si l'étude des attitudes a été faite à partir d'instruments de mesure comme les échelles d'attitudes, elles ont permis de comprendre de manière plus large comment les individus appréhendent les situations sociales auxquelles ils sont confrontés. En ce sens, une telle étude met l'accent sur une dimension de la relation individu-société en montrant le lien entre comportement et état d'esprit d'un individu dans la mesure où il est pour une part construit par les opinions, les croyances, l'idéologie de la société dont il est membre "*.

N. SILLAMY et al. (1980 : 120) définissent l'échelle comme étant un « *instrument de repérage de l'intensité (ou force) d'une attitude, considérée comme variable ordinale caractérisant chaque être humain.* » Dans le cas de notre étude, l'échelle d'attitude nous permettra de repérer l'intensité des attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME tout en cherchant à comprendre les facteurs à la base de leurs différentes attitudes.

2.1.9. Principaux types d'échelle d'attitudes

On distingue quatre types d'échelles d'attitudes à savoir :

***L'Echelle de distance sociale de BORGADUS**

Selon C. JAVEAU (1978 : 56), cette échelle « représente un effort de classification des attitudes à propos d'une catégorie particulière d'individus. BORGADUS l'a conçu dans le but de mesurer les attitudes racistes et nationalistes. C'est une échelle ordinale par rapport au répondant. Cette échelle vise à classer rationnellement les attitudes.

***L'Echelle à intervalle calculable de L.L. THURSTONE**

L'échelle de Thurstone repose sur l'idée que les items n'ont pas toujours la même importance dans la définition d'une attitude, elle se donne pour objet d'ordonner les

items. Cette échelle est parfois appelée "*méthode des juges*" en raison de l'appel à un jury d'experts ou encore "*échelle d'intervalles égaux*" du fait qu'elle s'efforce d'être une échelle métrique fondée sur la régularité présumée de gradation.

*** L'Echelle unidimensionnelle de GUTTMAN**

Cette échelle s'appelle aussi "*analyse hiérarchique*" car elle dresse une hiérarchie des opinions propres à une population donnée sur un sujet quelconque. L'adhésion à une proposition d'un certain degré implique l'adhésion à une proposition de degré inférieur. Cette échelle est unidimensionnelle puisque chaque proposition ne doit revêtir qu'une seule signification qualitative.

***L'Echelle cumulative de R. LIKERT**

Cette échelle voulait pallier certains inconvénients de l'échelle de Thurstone. Dans cette échelle, les responsables de l'enquête réunissent un certain nombre de propositions variables selon la recherche entreprise. La population cible approuve chacune de ces propositions par une des mentions : très favorable, défavorable, indifférent, favorable, très favorable. Chaque approbation possible possède sa propre cote.

Toutes les réponses d'un individu sont sommées ainsi que les réponses à chaque item et l'on obtient un tableau à double entrée ainsi que le score de chacun. Les différents items doivent avoir une même orientation que l'attitude de façon qu'ils soient cotés avec la même signification. Il faut s'assurer que chaque item contribue bien à la définition d'une attitude homogène c'est-à-dire unidimensionnelle ; en calculant le coefficient de corrélation, entre chaque série de notes d'items et la série de scores totaux, seuls les items fortement corrélés avec le score de l'attitude globale sont conservés. Dans cette échelle, le score total attribué à chaque répondant à l'issue de ces calculs détermine sa position sur l'échelle. L'échelle de LIKERT est ordinale et est plus facile que celle de Thurstone car elle fournit des indications valables. En plus la structure des réponses fournies nous renseigne sur l'attitude de l'individu plus que le score obtenu.

On peut adresser à l'échelle de LIKERT les critiques suivantes :

- Deux répondants ayant obtenu la même note auraient inévitablement la même attitude. Or, une même somme peut être obtenue au départ des items fort dissemblable.
- La signification de la cote accordée par un répondant à un item donné devrait être la même que celle qu'il attribue à un autre item. On ne peut évidemment pas être sûr ce qui n'est pas toujours le cas. Cependant, c'est sur ce postulat que l'on se base en recherchant les items ayant une corrélation significative avec le score total
- L'échelle de LIKERT est facilement multidimensionnelle car la note attribuée à un répondant peut résulter de deux ou plusieurs domaines en combinaison pouvant être analysés séparément.

L'échelle utilisée dans la présente étude se réfère aux principes de l'échelle de LIKERT pour les raisons suivantes:

- la construction de cette échelle est simple;
- elle présente un caractère pragmatique parce qu'elle vise l'utilité pratique des items ;
- elle laisse le testé réagir selon les différents degrés d'accord ;
- elle permet d'éliminer par le coefficient de corrélation, les items ne relevant pas du domaine d'étude et permet de mesurer les attitudes sur base de la statistique.

2.2. GENERALITES SUR LE VIH/SIDA

2.2.1. Définition du VIH/SIDA

A.Le VIH

Selon le MINISANTE (2002 : 5), le virus de l'immunodéficience Humaine « **VIH** » est le virus responsable du SIDA chez l'être humain. Il appartient à la

famille des rétrovirus (micro-organismes vivants contenant de l'ARN dans leur génome). Comme d'autres virus, le VIH ne peut pas survivre de façon indépendante. L'animal ou l'être humain qu'ils infectent leur sert d'hôte. Il ne peut vivre qu'à l'intérieur d'une cellule. Quand il entre, il paralyse progressivement ce système avant que celui-ci n'ait la chance d'organiser sa défense.

B. Le SIDA

L'acronyme signifie : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.

- Un « Syndrome » est un ensemble de symptômes et signes
- L' « Immunité » est la capacité de l'organisme à se défendre contre les microbes
- La « Déficience » traduit l'affaiblissement du système immunitaire
- L' « Acquis » signifie que cette déficience n'est ni congénitale ni héréditaire

2.2.2. Modes de transmission du VIH

Le sida est une maladie transmissible. Selon le MINISANTE (2002 : .9), il existe trois modes de transmission du VIH :

a) La transmission par voie sexuelle : elle se fait lors des rapports sexuels (homosexuels ou hétérosexuels) non protégés d'une personne infectée à son partenaire sexuel (le). Ces relations sexuelles peuvent être la pénétration vaginale, anale et orale entre deux individus

b) La transmission sanguine : elle se fait par intermédiaire des transfusions de sang ou de dérivés sanguins infectés, d'injections avec du matériel souillé, d'échanges ou de la réutilisation d'injections, de seringues souillées, de piqûres accidentelles avec du matériel souillé (accidents d'exposition au sang) et d'actes opératoires avec du matériel préalablement utilisé chez des sujets infectés et qui n'a pas été stérilisé. Les transplantations d'organes de sujets infectés transmettent le VIH. Il peut être également transmis lors de contacts directs avec du matériel souillé lors d'actes rituels ou coutumiers tels que la circoncision, le tatouage, etc.

c) La transmission de la mère à l'enfant : elle peut se produire pendant la grossesse, pendant l'accouchement et pendant l'allaitement. La transmission optimale se situe au

moment de l'accouchement. A chacune de ces périodes, une prévention particulière peut être proposée. Il faut noter qu'aujourd'hui on ne devrait pas parler de la transmission mère-enfant, on devrait dire désormais transmission parent-enfant pour ne pas accuser la maman d'être la seule responsable de cette transmission.

2.2.3. Principaux stades d'évolution de l'infection au VIH/SIDA

Selon R.DAUDEL et al cité par A. K. RUTAYISIRE (2007 : 17) l'évolution de l'infection au VIH se fait en quatre stades :

Le premier est celui de la **primo-infection**. La personne est en contact, d'une manière ou d'une autre, avec le virus du SIDA. Durant cette période, 20 à 30% des personnes infectées présentent des manifestations d'allure pseudo grippale alors que les autres peuvent ne rien sentir du tout. Mais curieusement, ces manifestations disparaissent après quelques semaines. Il est important de signaler que la personne infectée peut être testée séronégative, car les anticorps contre le VIH ne sont pas encore en quantité détectable dans son sang.

Le deuxième stade de l'infection est celui de la **séropositivité**. Cela signifie que les anticorps peuvent être détectés dans le sang par des tests adéquats. La personne infectée n'a aucun symptôme particulier mais elle est déjà infectieuse et peut transmettre le virus à ses partenaires au cours des relations sexuelles.

Le troisième stade commence en moyenne trente mois après l'apparition de la séropositivité. Il est caractérisé par l'apparition des diverses manifestations cliniques suite à la destruction progressive du système de défense de l'organisme. Une personne peut maigrir et se sentir fatiguée pendant un certain temps, ensuite reprendre du poids et se sentir en grande forme bien que les virus poursuivent leur travail de sape dans son organisme. Le SIDA (stade quatre) constitue le stade avancé de l'infection au VIH au cours duquel la personne infectée présente des infections opportunistes et un bilan biologique perturbé.

2.2.4. Modes de prévention du VIH

L'épidémie actuelle du VIH est en grande partie le fait de comportements individuels à risque. Bien qu'elle ne suffise pas pour juguler entièrement et efficacement tous les aspects de l'épidémie, la prévention constitue la pierre angulaire de la lutte contre le VIH/SIDA et sa contribution pour inverser la tendance de la pandémie est primordiale. En l'absence du vaccin et du traitement curatif, la prévention du VIH/SIDA dans notre contexte est essentiellement basée sur la promotion de comportements sans risque.

Les modes de prévention du VIH se font à trois niveaux :

1. Prévention de la transmission par voie sexuelle : pour les personnes sexuellement actives, la prévention est basée sur l'adoption de comportements sans risque. En effet, l'abstinence, la fidélité et l'usage du préservatif permettent de prévenir efficacement la transmission du VIH.

Les jeunes constituent un groupe vulnérable qui mérite d'être informé, éduqué et conseillé avant qu'ils ne prennent des habitudes sexuelles (partenaires multiples, rapports sexuels non protégés) difficilement réversibles. Les jeunes doivent être encouragés à retarder l'âge de leurs premiers rapports sexuels, à s'abstenir de rapports sexuels avant le mariage, sinon à utiliser un préservatif au cours de tout rapport sexuel.

2. Prévention de la transmission par voie sanguine : cette prévention ne sera efficace que par la mise à la disposition des malades du sang sécurisé pour les transfusions sanguines dont les indications auront été posées correctement. Le rôle critique des injections (intraveineuses, intramusculaires) avec du matériel souillé et mal stérilisé, de même que certaines pratiques rituelles (scarifications, tatouages, circoncisions, excisions, etc.) ne doit pas être négligé. Nous n'oublions pas de signaler les accidents d'exposition au sang en milieu de soins qui imposent des actes immédiats : laisser saigner, nettoyer et désinfecter la plaie, déclarer l'accident du travail si possible et évaluer le risque en fonction du patient- source. Si ce dernier peut être connu, il sera prise ou non la décision d'une prophylaxie anti-rétrovirale.

3. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : ce mode de prévention constitue l'objet de notre étude. Pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant nous pouvons dire que les soins prénataux constituent l'angle d'attaque majeur pour la TME, mais il faut que la couverture en soit élevée si on veut attendre cet objectif. Malheureusement, les femmes ne reçoivent pas toutes un ensemble de services prénataux et s'il l'on veut élargir les programme de PTME, il faudra améliorer autant la couverture que la qualité de ces services. Un dépistage de routine, l'expansion des services de PTME, une approche axée sur la famille et la fourniture des soins et de traitements supplémentaires pour le VIH sont des préalables indispensables à une réponse à grande échelle et un meilleur accès aux services⁴.

Il convient de dire que la prévention de la TME nécessite une mobilisation et une sensibilisation de la communauté sur les risques de la transmission verticale du VIH de la mère à l'enfant et l'intégration du conseil et dépistage volontaire dans les consultations prénatales. Des schémas prophylactiques utilisant les ARV existent à l'heure actuelle pour réduire de la manière significative la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la période in utero, per et post partum. De même, pour faire face à la transmission post partum liée à l'allaitement maternel, l'allaitement artificiel exclusif doit être conseillé en tenant compte du contexte familial, culturel, des conditions d'hygiène et des moyens financiers de la future maman.

2.2.5. Prévalence du VIH chez les femmes enceintes au Rwanda

Les statistiques disponibles aujourd'hui selon le TRAC (2006 :3) montrent qu'au RWANDA en général 3% de la population vit avec le VIH avec une prévalence de 3,6% chez les femmes qui constitue la catégorie la plus atteinte du VIH par rapport aux hommes dont le taux de prévalence est de 2,3%. Pour les statistiques par tranche d'âge nous nous référons aux statistiques du rapport de TRAC de l'an 2005.

⁴ UNICEF :(2007 :21)

Tableau 1:Prévalence du VIH/SIDA chez les femmes enceintes par groupe d'âge

Tranche d'âge	Prévalence en milieux Urbains	Prévalence en milieux ruraux
15-24ans	6,6%	2,6%
25-34ans	9,7%	3,7%
35-49ans	5,9%	2,4%

Source : TRAC : Rapport de Décembre 2005

Vers la fin décembre 2004, la surveillance sentinelle indiquait que le taux de prévalence en milieu rural variait entre 2 et 4% et entre 7 et 10% en milieu urbain.

Dans le même rapport, on montre que le nombre de femmes ayant fréquentées les cliniques pour la CPN était de 198234 alors que le nombre des femmes ayant fait le test du VIH était de 178054 (à peu près 89%) et 8632 (avec moyenne générale de 4,8%) étaient atteintes du VIH, dont 5756 (69% des femmes séropositives) sont sous le traitement de la Névirapine

2.2.6. Modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant

Chaque jour, dans le monde, plus de 2000 nouveaux cas d'infections sont constatés parmi les enfants de moins de 15ans⁵. En l'absence de toute intervention, les taux de transmission varient de 15 à 20% dans les pays industrialisés et de 25 à 50% dans les pays en voie de développement⁶. Il est généralement accepté que ces différences soient essentiellement en rapport avec l'allaitement maternel (14%), le mauvais état clinique des mères, l'existence d'infections associées et un mauvais état nutritionnel. Selon l'UNICEF (2007) quelques 530000 enfants ont été infectés par le VIH en 2006, la majorité par une TME. Sans traitement, un bébé sur deux mourra avant l'âge de deux.

Il faut noter que tout enfant qui naît d'une mère VIH positive n'est pas obligatoirement infecté. La grande majorité de cas de transmission in utero surviennent dans les dernières semaines de la grossesse. On comprend alors que ce sera lors de l'accouchement, quand

⁵ ONUSIDA : Rapport 2003

⁶ Groupe GANT Rapport sur la PTME 1998

le placenta se décolle et les membranes se rompent que l'enfant est généralement contaminé.

Si pendant la grossesse, le placenta et/ou les membranes sont altérées, le virus peut alors passer prématurément, et être responsable d'une transmission in utero. La transmission post partum est essentiellement liée à l'allaitement maternel. Cet allaitement maternel est responsable de 5 à 30% d'infections au VIH supplémentaires. En l'absence de toute intervention, les taux relatifs de transmission suivant sont observés⁷ :

- En l'absence d'allaitement maternel, la transmission retrouvée dans la période in utero est de 30% contre 70% dans la période intra partum ;
- En cas d'allaitement maternel dont la durée est inférieure ou égale à 6 mois, cette transmission est de 22% dans la période in utero, 48% en intra partum et 30% dans le post partum ;
- En cas d'allaitement maternel allant jusqu'à 18 ou 24 mois, la transmission relative est de 21% dans la période in utero, 38% dans la période intra partum et de 41% dans le post partum.

2.2.6.1. Facteurs de risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant

a) Facteurs liés à la mère

- le stade avancé de la maladie : A ce stade, les femmes présentent en général un état clinique sévère. C'est-à-dire que biologiquement elles ont une charge virale très élevée et un taux de CD₄ bas, le plus souvent inférieur à 200/mm³.
- les co-infections qu'elles soient générales ou locales comme l'hépatite B ou le paludisme, le système immunitaire doit lutter sur plusieurs fronts et se trouve rapidement en difficulté. En cas d'infection locale, elle peut concerner le placenta et les membranes et être responsable d'une augmentation de la perméabilité au VIH qui peut alors infecter l'enfant.
- les pratiques sexuelles à risque peuvent être la cause de surinfection lorsque le partenaire est VIH positif ou est porteur d'une IST. Il faut donc conseiller à la femme enceinte VIH positive de toujours protéger ses rapports quel que soit son ou ses partenaire(s).

⁷ De COCK et al. (2000 :1175-1185). JAMA N° 283.

- le statut nutritionnel de la mère : le statut nutritionnel de la mère notamment le déficit en micro nutriments tel que la vitamine A, a été incriminé parmi les facteurs de risque de transmission du VIH. On sait en effet que toute carence nutritionnelle peut créer ou aggraver un déficit immunitaire.

b) Facteurs obstétricaux

En général, tout facteur obstétrical qui tend à altérer le dispositif de protection de l'enfant (placenta et membranes) et à mettre en contact l'enfant avec les sécrétions génitales augmentent le risque de transmission chez l'enfant.

Ainsi, une rupture prolongée des membranes (plus de 4 heures), une durée de travail prolongée (plus de 12 heures), une épisiotomie et une hémorragie intra partum, des procédures invasives (forceps etc.) ont été incriminées comme des facteurs associés à la TME. La prématurité est facteur favorisant la TME dans la mesure où elle résulte habituellement d'une complication (infectieuse). En cas de grossesse gémellaire, l'accouchement est souvent plus difficile et parfois dystocique, facteur qui augmente aussi le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Mais différentes études ont montré que c'est le jumeau qui a plus de risques.

c) Facteurs liés à l'allaitement maternel

Il est toujours préoccupant de voir que des enfants indemnes du VIH à la naissance deviennent positifs pendant la période d'allaitement. En effet grâce à différentes études comparant les enfants allaités au sein maternel et ceux allaités au biberon, l'on a pu mettre en évidence que 5 -30 % des enfants sont contaminés à travers l'allaitement maternel. Le taux moyen de cette contamination est évalué à 14 %. Il peut atteindre 30 % en cas de séroconversion chez une femme qui allaite, d'où la nécessité de protéger les rapports pendant l'allaitement. Cet allaitement est d'autant plus à risque qu'il est mixte et prolongé. En cas de choix de l'allaitement maternel chez une femme séropositive, il convient de prescrire un allaitement court et exclusif (six mois)⁸.

⁸ MINISANTE (2002) Protocole de prévention de la transmission du virus de l'immuno-déficience

Plusieurs facteurs peuvent aggraver la transmission de la mère à l'enfant du VIH dont la présence d'infection du sein tels que la mammite, les crevasses du mamelon, abcès du sein. Certaines études incriminent la présence d'ulcérations dans la bouche du nouveau-né. La quantité de virus présente dans le lait de la mère est d'autant plus élevée que son état immunitaire est mauvais ou qu'elle se trouve en primo infection.

d) Autres facteurs

Le type de virus : les caractéristiques biologiques des souches virales identifiées sont également incriminées parmi les facteurs de transmission. En effet le VIH-1 qui est plus répandu dans le monde, se transmet plus facilement (25-30%) comparé au VIH-2 dont le taux de transmission varie entre 0 et 3,7%.

2.2.6.2. Stratégies de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Cette partie présente des stratégies de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant avec un accent particulier sur les essais et les interventions qui ont fait la preuve de leur efficacité. Selon le MINISANTE (2004 : 32) cette prévention s'articule autour de quatre axes principaux :

- La prévention primaire de l'infection au VIH/SIDA : elle consiste en la mise en place d'un programme d'information, d'éducation et de communication (IEC), du dépistage et du traitement des infections sexuellement transmissibles éventuellement associées, de la promotion du condom qu'il soit féminin ou masculin et enfin du counseling pour le VIH en vue d'une proposition de dépistage.

Cette stratégie a pour but de prévenir l'infection chez les parents par amélioration /renforcement de leurs connaissances dans le domaine du VIH/SIDA, l'adoption de comportements sans risques, l'utilisation de préservatifs, et la possibilité de connaître leur statut sérologique.

-La prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives : l'infection au VIH pose un réel problème face au désir de maternité présent chez la plupart des femmes surtout en Afrique où la procréation reste d'une valeur sociale et culturelle importante. Chez une femme infectée par le VIH ne désirant pas de grossesse, il s'agit de renforcer les services de planification familiale en vue d'une prévention efficace de grossesse. Ainsi, le choix de la contraception doit être fait en ayant à l'esprit les risques de grossesses et des IST/VIH. A l'inverse, en cas de désir de grossesse, la femme devra être conseillée sur la situation sans risque pour elle et pour son enfant. Il s'agit dans ce cas de faire une évaluation clinique complète de l'état de la mère et du dosage de CD₄. C'est à partir de l'ensemble de ces informations qu'il est possible de déterminer le risque pour l'enfant et la meilleure stratégie préventive à adopter. Dans certains cas, un mauvais état clinique associé à un taux bas de CD₄ ($< 200/\text{mm}^3$) peut mener à déconseiller temporairement la grossesse en attendant qu'une restauration de l'immunité par la mise sous traitement rende la situation moins compromettante.

-La prévention de la transmission in utero : ce temps de prévention est essentiel puisqu'il s'accompagne le plus souvent de formes graves lorsque les enfants sont infectés durant cette période. Ce temps de prévention consiste à traiter par les anti-rétroviraux (trithérapie) les femmes qui répondent aux critères d'éligibilité de mise sous traitement.

En effet, enceinte ou non une femme VIH positive devrait être mise sous trithérapie anti-rétrovirale sur base d'indications médicales. Chez une femme enceinte, il convient de débiter ce traitement à partir du deuxième trimestre (fin de la période d'embryogenèse à risque tératogène élevé). Si cette date est passée, il faut commencer le traitement au plus vite. La prescription du traitement devra aussi contenir de préférence les molécules dont l'effet sur la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a été prouvé telles que Azidothymidine, Lamivudine et Névirapine. Une bonne association de première ligne peut être constituée comme suit : Azidothymidine + Lamivudine + Névirapine.

Lorsque la mère n'a pas reçu de prophylaxie et qu'elle est séropositive, il est utile de proposer une prophylaxie à l'enfant lorsqu'il est vu durant les trois premiers jours de la vie. Plusieurs essais commencent à documenter cette question dont celui mené au Malawi

qui montre un taux de transmission à 6 semaines de 20,9 % lorsque la NVP est donnée seule à la deuxième heure de la vie et de 15,3% lorsque la NVP est associée à l'AZT pendant 7 jours. Le taux de transmission sans traitement est de 30 %.

Au moment de l'accouchement, il convient de réaliser un accouchement « propre », c'est-à-dire qui minimise les risques de contamination en diminuant au maximum les quantités de virus présentes dans la filière génitale pendant l'accouchement et en respectant au maximum les barrières naturelles qui empêchent le virus de rentrer chez l'enfant (peau et muqueuses).

Il convient de :

- Eviter les gestes invasifs (épisiotomie, forceps, ventouse etc.) ;
- Eviter de traire le cordon de la mère vers l'enfant ;
- Désinfecter la filière génitale avant et après chaque toucher vaginal ;
- Dégager très prudemment les sécrétions dans les voies respiratoires de l'enfant ;
- Désinfecter la peau de l'enfant après la naissance avec une solution de chlorhexidine 0.25%.

La césarienne électorale à la 38^{ème} semaine est efficace chez les femmes dont la charge virale est mal contrôlée. Elle a des indications exceptionnelles en Afrique du fait du risque de contamination propre à l'acte s'il n'est pas parfaitement effectué et de sa morbidité accrue chez les femmes séropositives pour le VIH.

- La prévention de la transmission du VIH liée à l'allaitement maternel : il convient d'être très clair sur les risques de contamination du VIH propres au lait maternel. Si le lait maternel est toujours meilleur pour les enfants de mères non contaminées, il est toujours dangereux en cas de séropositivité VIH de la mère.

Un des principaux facteurs de différence entre les taux de transmission observés en Europe et en Afrique réside dans l'allaitement maternel qui est responsable à lui seul de 14% de transmission qui peut s'élever à 30% en cas de primo infection maternelle durant l'allaitement. Face à cette situation, la seule solution qui permet d'annuler ce risque est l'alimentation artificielle. Cependant, les conditions socioculturelles et économiques de la famille peuvent rendre impossible le choix de cette alimentation.

Une alternative possible réside alors dans l'allaitement maternel à condition qu'il soit exclusif et court c'est-à-dire que le sevrage complet intervient tôt (idéal de 4 mois). La pratique d'un tel allaitement est très difficile en Afrique du fait du complément alimentaire quasi « obligatoire » qu'une personne souvent autre que la mère va donner à l'enfant. Or, il faut savoir qu'une réaction inflammatoire du grêle d'origine allergique se produit dès que des protéines étrangères sont données à l'enfant et que cette réaction augmente la perméabilité du grêle au virus s'il y a l'allaitement mixte. De ce fait, l'allaitement mixte est le plus dangereux et devrait être proscrit chez les enfants nés de mères VIH positives.

Il faut savoir que la PTME n'aura atteint son objectif que si l'enfant n'est pas contaminé

Il faut organiser d'une façon impérative et facile pour les mères le suivi post-natal des enfants. La plupart des programmes de PTME accusent une grande faiblesse dans ce domaine et la proportion d'enfants perdus de vue est très importante. Il est impératif de déterminer le statut sérologique de l'enfant le plutôt possible. Le diagnostic sera fait par mise en évidence directe du virus avant 15 mois et par sérologie à partir de cet âge. Selon le MINISANTE (2004 : 35) en cas d'infection, l'évolution de l'enfant se fait selon deux modes :

***une forme grave** (5 à 20% des cas) qui correspond le plus souvent à une transmission in utero. Elle est mortelle dans 80 % des cas avant 3 ans.

* **une forme usuelle** (80 à 95% des cas) qui évolue lentement comme chez l'adulte.

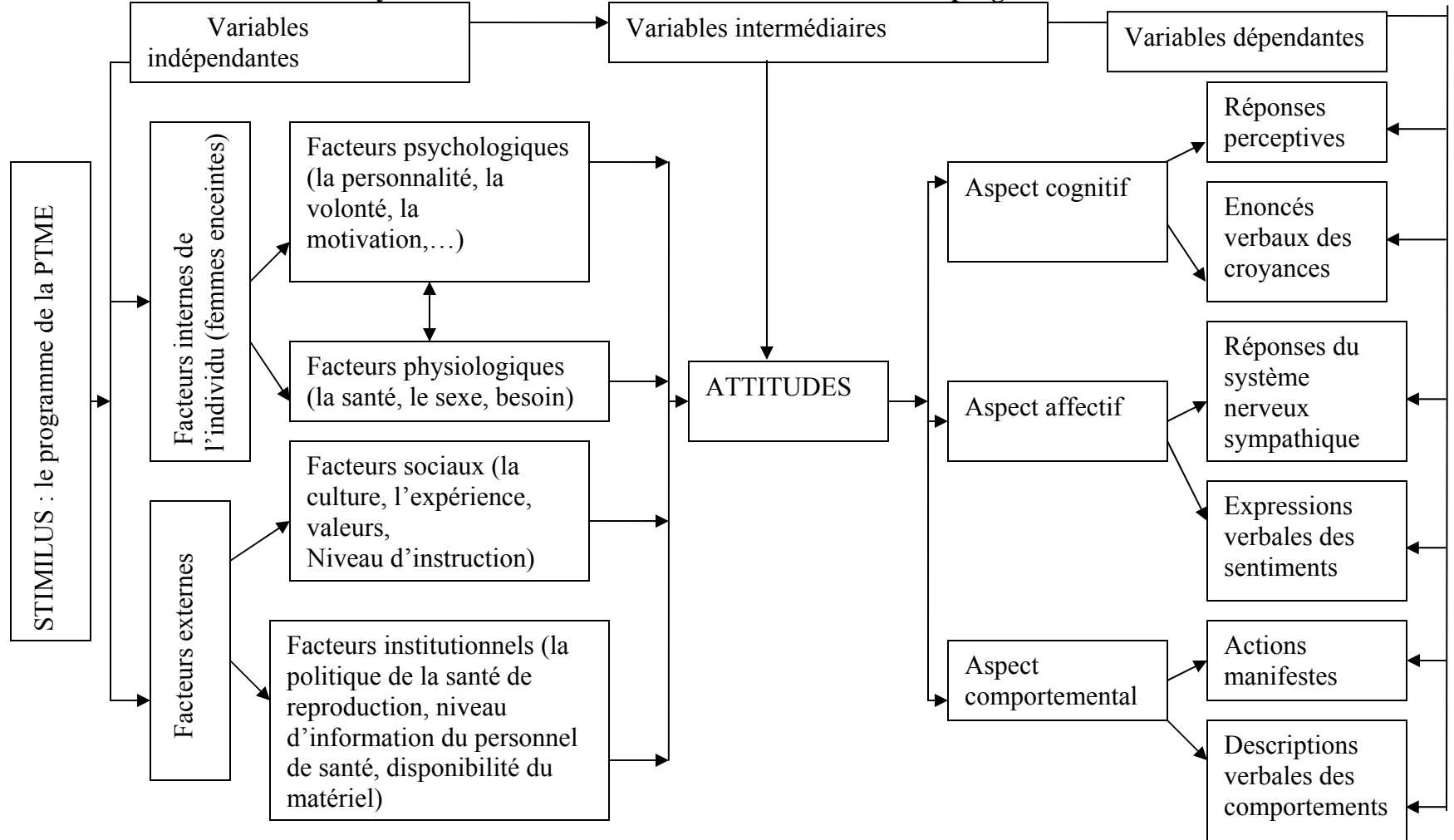
Il est important de toujours situer le couple mère-enfant dans l'intégrité de son environnement et de partir de ce couple pour prendre en compte les autres enfants de la famille et le conjoint c'est ce qu'on appelle **PTME plus**. Tous devront bénéficier d'une prise en charge globale. C'est le concept qu'on appelle PTME Plus. D'après le MINISANTE (2004 : 39), les activités de la PTME devaient être intégrées dans les services de la santé de la reproduction de la formation sanitaire. Le tableau des activités de la PTME à intégrer dans les services de santé de la reproduction d'un Centre de Santé est donné par l'annexe 3 (page 76)

2.3. MODELE D'ANALYSE

L'exploitation des différents documents nous a permis de concevoir le modèle d'analyse à partir des concepts qui composent notre sujet de recherche. Le schéma du modèle d'analyse montre comment se construisent les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME. En premier lieu, il y a les variables indépendantes qui englobent les facteurs internes de l'individu dont les facteurs psychologiques (personnalité, volonté, motivation, ...) et les facteurs physiologiques (santé, sexe, âge, etc.) ; deuxièmement il y a les facteurs externes qui sont de deux sortes. Il s'agit des facteurs sociaux (culture, expérience, niveau d'instruction,...) et les facteurs institutionnels (politique de la santé de la reproduction, niveau d'information des agents de santé et disponibilité du matériel). Troisièmement il y a les variables dépendantes (réponses perceptives, expression verbale des sentiments, actions manifestes etc.). Il y a enfin les variables intermédiaires qui se positionnent entre les deux premiers qui sont les attitudes.

En effet, les variables dépendantes englobent les réponses ou les réactions manifestées à partir d'une attitude adoptée suite à l'influence de l'un des facteurs internes et externes. Dans le cas de notre travail de recherche, les femmes enceintes peuvent manifester des réactions positives ou négatives (attitudes favorables ou défavorables) dues à l'introduction du nouveau programme inhabituel dans les services de la santé reproductive.

Schémas du Modèle d'analyse des attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME



CHAPITRE III. CADRE METHODOLOGIQUE

Dans le présent chapitre, nous présentons le terrain de recherche, la population d'étude ainsi que le matériel utilisé pour recueillir les données, analyser et interpréter les résultats.

3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN DE RECHERCHE

Notre recherche a été effectuée dans la province du Sud, plus précisément dans le district de HUYE. Elle s'est déroulée dans les cinq centres de santé où le programme de la PTME est opérationnel, il s'agit de : Centre Universitaire de Santé Publique (CUSP), Centre de santé de MATYAZO, Centre de santé de KINYAMAKARA, Centre de santé de RUBONA et le Centre de santé de RUSATIRA.

3.2. POPULATION D'ETUDE

D'après R. QUIVY et L.V. CAMPENHOUDT (1995 : 169), une population d'étude consiste à « l'ensemble sur lequel porte l'enquête et qui constitue une collectivité. Il s'agit d'un ensemble d'individus ayant un caractère commun auquel s'intéresse l'étude ». La population mère de notre travail de recherche est constituée des femmes enceintes qui fréquentent lors de leur CPN les centres de santé ci-haut cités au cours de l'année 2007. Le tableau de la page suivante présente les statistiques des femmes qui ont fréquenté les services de la CPN de ces cinq centres de santé dans les trois premiers mois de l'année 2007.

Tableau 2: Statistiques des femmes enceintes ayant fréquenté les services de la CPN dans les C.S. ayant le programme de la PTME au cours des trois premiers mois de l'année 2007.

C. de Santé \ MOIS	MOIS			MOYENNE PAR MOIS
	JANVIER 2007	FEVRIER 2007	MARS 2007	
KINYAMAKARA	53	45	82	60
MATYAZO	70	64	73	69
RUBONA	76	40	83	66.3
RUSATIRA	95	112	71	92.6
CUSP	72	75	77	74.6
TOTAL	366	336	386	362.6 ≈ 363

Source : Rapport trimestriel de 2007 de l'hôpital de district de HUYE

Suivant le tableau ci-dessus nous constatons que le nombre de femmes enceintes qui ont consulté les cinq centres de santé dans les trois mois est de 1088, c'est -à- dire que la fréquentation de ces centres en moyenne par mois est de $362.66667 \approx 363$ femmes enceintes.

3.3. ECHANTILLONNAGE

Selon G. DE LANDSHERE(1982 : 183), « *l'échantillonnage est opération consiste à choisir un nombre limité d'individus dont l'observation permet de tirer des conclusions ou des inférences applicables à la population entière (univers) à l'intérieur de la quelle le choix a été fait.* »

C. JAVEAU (1971) distingue trois types de sondage de la population à savoir : le tirage au sort au hasard, le sondage en boule de neige et le sondage par quotas ou construction du modèle réduit.

Notre étude se base sur la construction du modèle réduit de la population à interroger. Elle consiste à une prise en considération de chaque catégorie ou strate de la population

en les représentant suivant l'importance de leurs effectifs au sein de l'ensemble de la population mère. On parle d' « échantillonnage stratifié » Notre population suivant le niveau d'instruction est composée des femmes enceintes instruites et des femmes non instruites, suivant aussi le lieu de consultation il y a des femmes qui consultent les centres de santé urbains et celles qui consultent les centres de santé ruraux. Les femmes (formées) instruites sont celles qui ont au moins un diplôme des humanités et plus, les femmes (sans formation) non instruites sont celles qui savent lire et écrire mais qui ont fait l'école primaire et/ou l'école secondaire et qui n'ont pas terminé leurs études.

Pour ce qui est niveau d'instruction, les rapports des centres de santé nous montrent que dans les services de CPN, le taux d'instruction des femmes qui consultent les centres de santé ruraux est de 9% contre 22% dans les centres de santé urbains⁹.

Considérant le lieu de consultation des femmes enceintes, nous pouvons dire que deux centres de santé sont situés en milieu urbain à savoir le CUSP et le C.S de MATYAZO tandis que les trois autres, le C.S de RUBONA, le C.S de KINYAMAKARA et le C.S de RUSATIRA sont implantés en milieu rural.

3.4. STRUCTURE ET TAILLE DE L'ECHANTILLON

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus notre population est composée de quatre strates à savoirs les femmes enceintes instruites, les femmes enceintes non instruites, les femmes enceintes du milieu rural et les femmes enceintes du milieu urbain. Parlant de la taille de l'échantillon C. JAVEAU (1985, p. 124), précise que : « *la confiance à donner aux informations fournies par l'échantillon représente 20% ou plus de cette population* ». Cet auteur remarque qu'un échantillon représentatif de la population mère doit être aux alentours de 20 à 30% de cette population.

En suivant cette idée, pour une population-mère de 363 individus, nous avons opté pour un échantillon intentionnel composé de 100 personnes. La formule de C. JAVEAU (1976 :16), nous permet de préciser la taille de chaque strate.

La formule de C. JAVEAU se présente comme suit :

⁹ Rapport trimestriel de 2007 de l'hôpital de District de HUYE

$$ni = \frac{Ni \times n}{N} \quad \text{Où } ni = \text{effectif de la strate dans l'échantillon}$$

Ni = effectif de la strate dans la population

n = effectif de l'échantillon

N = effectif de la population mère

Tableau 3: Taille des strates de l'échantillon par Centre de santé

Lieu de Consultation	C. de Santé	Effectif des femmes Consultant le C.S.	Echantillon retenu	Femmes instruites	Femmes non instruites
Rural	KINYAMAKARA	60	16.52 ≈ 16	1.44 ≈ 1	15
	RUBONA	66	18.18 ≈ 18	1.62 ≈ 2	16
	RUSATIRA	93	25.61 ≈ 26	2.34 ≈ 2	24
Urbain	CUSP	75	20.66 ≈ 21	4.62 ≈ 5	16
	MATYAZO	69	19.00 ≈ 19	4.18 ≈ 4	15
	Total	363	100	14	86

3.5. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données est une étape essentielle pour tout travail scientifique où le chercheur doit se servir de certains outils en vue de recueillir les informations nécessaires à la réalisation de l'étude. La collecte d'information s'est faite à l'aide de trois techniques à savoir l'enquête documentaire, l'entretien et le questionnaire.

3.5.1. Enquête documentaire

Dans la phase exploratoire, la consultation de divers documents a permis de circonscrire cette étude, elle a en particulier aidé à concevoir le cadre théorique et conceptuel, à élaborer le modèle d'analyse. D'après J.M. DEKETELE et X. ROEGIERS (1991 : 32)

l'étude des documents dépendra de divers éléments surtout de la nature des documents à analyser, la quantité de ces mêmes documents, l'objet et le but de l'investigation. Ces conditions nous ont guidés et notre enquête documentaire a porté sur les mots clés suivants : attitude ; infection au VIH/SIDA et programme de la PTME.

3.5.2. Entretien exploratoire

Nous avons procédé à une recherche exploratoire, au cours du mois d'avril 2007. Ceci avait pour but de nous familiariser avec le terrain et le champ de l'étude. L'exercice nous a permis de nous adresser à diverses personnes susceptibles de fournir des informations utiles au travail. Nous avons tenu un entretien avec:

- Quatre femmes enceintes instruites ;
- Quatre femmes enceintes non instruites ;
- Deux soignants ;
- Quatre hommes ayant des femmes enceintes ;
- Quatre femmes séropositives admises au programme de PTME.

Cet entretien était chaque fois précédé par une consigne adressée à l'interlocuteur laquelle visait la mise en confiance des interlocuteurs. Après la consigne, trois questions ouvertes étaient adressées une à une à l'interlocuteur. Les réponses de chaque interlocuteur étaient notées dans un carnet. Les données issues des entretiens et celles obtenues grâce à la documentation ont frayé le chemin à la construction du questionnaire d'enquête (échelle d'attitudes).

3.5.3. Questionnaire utilisé

Le questionnaire est un instrument de mise en évidence de l'information fondée sur une cueillette des réponses à un ensemble de questions posées à un échantillon représentatif d'une population. Cette technique permet de faire des généralisations à toute la population.

Pour mesurer les attitudes, nous avons utilisé la technique de l'addition des estimations de LIKERT afin de construire l'instrument de recherche, nous avons fait ce choix en fonction de ses avantages dont la facilité à développer les énoncés devant faire partie de l'instrument de mesure, en comparaison avec d'autres types d'échelles décrits dans le cadre théorique.

En effet, ce questionnaire est composé de différentes propositions avec lesquelles il faut exprimer son accord ou désaccord. Pour ce fait, un certain nombre d'items sont composés en fonction des hypothèses de recherche en respectant les trois dimensions de l'attitude : Cognitive, affective et conative. Pour la dimension cognitive, les propositions sont relatives aux croyances des femmes enceintes vis-à-vis de la PTME ; pour la dimension affective il faut déterminer l'attrait ou la répulsion que les femmes enceintes éprouvent vis-à-vis de la PTME. Enfin pour la dimension conative, il faut relever les décisions que les femmes enceintes prennent face à ce programme. Chaque dimension aura une série d'items qui doivent à l'issue de l'étude, l'affirmer ou l'infirmer. Ces items expriment des opinions et non des faits. Ils sont de deux tendances : tendance positive et tendance négative. Ces items constituaient d'abord un essai de questionnaire (pré-test) parce qu'ils devaient être traités par des méthodes statistiques pour évaluer leur homogénéité.

Pour attribuer une note à chaque item, nous nous référons à sa tendance. La note 5 correspond à la réponse « entièrement d'accord ». Cette réponse montre une attitude favorable vis-à-vis du programme de la PTME. Les items à tendance négative qui attestent une attitude défavorable vis-à-vis de ce programme, « entièrement d'accord » reçoivent une note de 1.

Les items à tendance positive sont cotés de la manière suivante :

- Entièrement d'accord 5
- D'accord 4
- Indécis 3
- Pas d'accord 2
- Absolument pas d'accord 1

Dans le questionnaire expérimental, ces items correspondaient aux numéros 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 28, 30.

Les items à tendance négative étaient cotés comme suit :

- Entièrement d'accord 1
- D'accord 2
- Indécis 3
- Pas d'accord 4
- Absolument pas d'accord 5

Ces items correspondaient aux numéros 2, 9, 10, 11, 15, 16, 17, 22, 24, 26, 27, 29.

Le questionnaire expérimental a été soumis à 25 femmes enceintes du CUSP pour faire le pré-test. D'après C., JAVEAU, (1971 : 100), « *ce qu'on appelle le "pré-test" du questionnaire a pour objet principal d'évaluer l'efficacité de l'instrument dont on a rédigé le projet. Il s'agit de répondre à la question de savoir si le test mesure ce qu'il est censé mesurer et non rien d'autre.* »

Après le pré-test il y a eu la mesure du degré d'homogénéité de chaque item avec le test global. Le calcul du coefficient de corrélation de BRAVAIS -PEARSON nous a servi comme un appui pour éliminer tous les items non homogènes. Il a été aussi question de vérifier si les items sont compréhensibles, si l'ordre ne suscite aucune des réactions de déformation possible, si le questionnaire n'est pas long pour provoquer le désintérêt ou l'irritabilité des interrogées et s'il n'est pas nécessaire de démultiplier certaines questions.

A la suite des différents calculs, sept items ont été éliminés. Nous n'avons gardé que 23 items considérés comme homogènes, se rapportant tous de manière satisfaisante au domaine étudié. Les items éliminés avaient respectivement les coefficients de corrélation de 0,18 ; 0,47 ; 0,45 ; 0,48, 0,40 ; 0,35 ; 0,029. Comme le montrent les tableaux suivants, les coefficients des items restants varient entre 0,50 et 0,88. Un item est considéré comme non homogène au test quand celui-ci a une corrélation inférieure à 0,5 (C. JAVEAU, 1985 : 70-71).

Tableau 4: Items relatifs aux connaissances des femmes enceintes sur le Programme de la PTME

Ancien n ^o d'item	1	6	12	18	19	29
Nouveau n ^o d'item	1	5	9	14	15	22
Corrélation	0,78	0,88	0,66	0,50	0,59	0,55
Tendance de l'item	+	+	+	+	-	-

Tableau 5: Items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du Programme de la PTME

Anciens n ^o d'item	3	5	11	14	17	20	22	23	25	26	30
Nouveau n ^o d'item	2	4	8	10	13	16	18	19	20	21	23
Corrélation	0,60	0,76	0,75	0,58	0,69	0,76	0,64	0,76	0,83	0,71	0,68
Tendance de l'item	+	+	-	+	-	+	-	+	+	-	+

Tableau 6: Items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage prévu dans le programme de la PTME.

Ancien n ^o d'item	4	9	10	15	16	21
Nouveau n ^o d'item	3	6	7	11	12	17
corrélation	0,72	0,57	0,70	0,70	0,76	0,76
Tendance de l'item	+	-	-	-	-	+

3.5.4. Administration du questionnaire proprement dit

En vue de recueillir les données sur les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME, nous avons procédé par la passation du questionnaire auprès de

100 personnes qui composent notre échantillon. Aidé par le personnel soignant, nous avons pris aléatoirement les individus composant notre échantillon, tout en respectant la taille et les caractéristiques de chaque strate. Après avoir rassemblé les femmes enceintes qui savent lire et écrire dans une salle, assises sur des bancs, nous leur avons expliqué le but de notre recherche, pour éviter des inquiétudes qui peuvent biaiser les résultats. Enfin, après avoir expliqué la consigne : chacune des répondantes était invitée à répondre à toutes les questions en cochant dans la case correspondant à sa réponse choisie, puis à donner un commentaire explicitant son choix à cet item.

3.6. INSTRUMENTS D'ANALYSE ET DE TRAITEMENT DES DONNEES

Après que les réponses aient été consignées dans un tableau à double entrée : sujet-item, nous avons calculé le score de chaque individu par groupe d'items et le score à chaque item, les motifs avancés ont été enregistrés item par item. Ces scores grâce au logiciel SPSS version 11.5 nous ont permis de montrer la moyenne, la variance, l'écart type, l'histogramme et courbe de distribution des scores à chaque groupe d'items. Pour pouvoir établir des comparaisons, nous avons utilisé le calcul des pourcentages et du chi-deux (χ^2).

CHAPITRE IV. PRESENTATION, ANALYSE ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Avant de présenter les résultats obtenus, rappelons que les items étaient de deux types et étaient cotés de façons différentes. Pour les items à tendance négative, les réponses « entièrement d'accord » et « d'accord » révélaient une défavorabilité des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME. Pour les items à tendance positive, les réponses « pas d'accord » et « absolument pas d'accord » révélaient aussi une défavorabilité des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME.

Le score total de chaque répondante à l'échelle montre son niveau d'attitude face aux items visant à apprécier : 1) la connaissance du programme de la PTME, surtout en ce qui concerne le test de dépistage des femmes enceintes lors de la CPN et l'adhésion à ce programme pour les femmes enceintes séropositives ; 2) le soutien de l'existence du programme de la PTME pour protéger les enfants contre le VIH/SIDA provenant de sa mère séropositive ; 3) l'importance accordée au test de dépistage prévu dans le programme de la PTME, par les femmes enceintes.

De façon spécifique, les annexes 11 (Résultats de l'enquête aux items relatifs aux connaissances des femmes enceintes au programme de la PTME) ; 12 (Résultats de l'enquête aux items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME et 13 (Résultats de l'enquête aux items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage prévu par le programme de la PTME) montrent comment les individus ont répondu aux items de l'échelle par groupe d'items. En effet tous les items composant l'échelle sont rangés par groupe selon les objectifs assignés à notre étude.

Ainsi, les items relatifs aux connaissances des femmes enceintes au programme de la PTME étaient au nombre 6 à savoir les items 1 ; 5 ; 9 ; 14 ; 15 et 22. Les items qui permettent d'appréhender l'appréciation générale des femmes enceintes, ainsi que les motifs à la base de celles-ci face au programme de la PTME étaient au nombre de 11. Il

s'agit des items 2 ; 4 ; 8 ; 10 ; 13 ; 16 ; 18 ; 19 ; 20 ; 21 et 23. Enfin les items qui permettent d'identifier les attitudes et les motifs vis-à-vis du test de dépistage chez les femmes enceintes étaient au nombre de 6. Ce sont les items 3 ; 6 ; 7 ; 11 ; 12 et 17.

4.1. Identification des attitudes et présentation des motifs

Avant de présenter la façon dont les différents items ont été répondus par les enquêtées, signalons que pour bien mener le dépouillement, nous avons attribué des numéros aux questionnaires et cela par strate des répondantes. Ainsi, de :

- 1 à 9 : ces questionnaires correspondent aux femmes enceintes instruites qui consultent les Centres de santé urbains ;
- 10 à 14 : ces questionnaires concernent les femmes enceintes instruites qui consultent les Centres de santé ruraux ;
- 15 à 46 : ce sont des questionnaires ayant été répondu par les femmes enceintes non instruites qui consultent les Centres de santé urbains ;
- 47 à 100 : il s'agit de questionnaires des femmes enceintes qui consultent les Centres de santé ruraux.

Comme cela peut se remarquer, il n'y a pas eu de déperdition, le questionnaire a été effectivement répondu par 100 personnes comme prévu.

4.1.1. Connaissances des enquêtées sur le programme de la PTME

Tableau 7: Choix des femmes enceintes aux items relatifs à leurs connaissances sur le programme de la PTME.

Choix Items	Approuvent fortement	Approuvent	Indécis	Désapprouvent	Désapprouvent fortement	Total
1	55	35	5	2	3	100
5	47	34	15	3	1	100
9	74	17	8	1	0	100
14	72	17	6	3	2	100
15	70	22	5	2	1	100
22	70	9	14	6	1	100
Total	388	134	53	17	8	600
Pourcentage %	Affirmation 87		Indécision 8,84	Négation 4,16		

D'après le tableau ci-dessus, une partie assez importante des femmes enceintes représentées par un pourcentage de 87% affirment connaître suffisamment le programme de la PTME, surtout en ce qui concerne le test de dépistage au VIH/SIDA des femmes enceintes et l'adhésion à ce programme pour celles qui sont séropositives afin de leur augmenter la chance de mettre au monde des enfants non contaminés. Elles précisent que ces connaissances leur viennent de plusieurs sources, notamment l'information sur le programme de la PTME donnée par le personnel soignant, la lecture des ouvrages renfermant les informations sur le programme de la PTME. Il y a également, selon toujours ces enquêtées, l'information sur ledit programme qui est diffusée dans les émissions à la radio et dans les réunions de sensibilisation qui se tiennent dans leurs milieux de résidence.

Une autre partie de femmes enceintes dont le pourcentage est 8,84% manifestent un comportement mitigé. La troisième partie, celle ayant un pourcentage de 4,16 représente les répondantes qui disent qu'elles ne connaissent pas le programme de la PTME. Ces

femmes disent que les explications qu'elles ont reçues sur le programme en question ne sont pas suffisantes.

4.1.2. Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME

Tableau 8: Choix des femmes enceintes aux items relatifs à leurs attitudes vis-à-vis du programme de la PTME.

Choix Items	Approuvent fortement	Approuvent	Indécis	Désapprouvent	Désapprouvent fortement	Total
2	82	15	3	0	0	100
4	76	20	4	0	0	100
8	51	43	6	0	0	100
10	8	8	19	30	35	100
13	89	9	1	1	0	100
16	26	34	19	8	13	100
18	88	12	0	0	0	100
19	12	20	10	25	33	100
20	53	24	11	7	5	100
21	26	25	21	11	17	100
23	82	14	3	1	0	100
Total	593	224	97	83	103	1100
Pourcentage %	Favorables 74,2		Indécision 8,8	Défavorables 17		

En lisant le tableau ci-dessus, on constate que 74,2% des répondantes sont favorables au programme de la PTME, 8,8% des répondantes sont indécises ; tandis que 17% sont défavorables au programme de la PTME.

Les femmes enceintes favorables au programme de la PTME, expliquent leurs positions comme suit : Ce programme est très important car il donne chance aux familles

contaminées de mettre au monde des enfants non contaminés. En plus, ce programme vient pour sauver les enfants que les mamans contaminent. La répondante n° 38 s'est exprimée ainsi : *« le programme de la PTME est un programme sans égal (incomparable) car il intervient dans l'amélioration de la santé reproductive et infantile dans ces temps où le fléau du VIH/SIDA fait rage, il donne espoir aux personnes vivant avec le VIH/SIDA de pouvoir mettre au monde des enfants sains. Ce programme est nécessaire pour prévenir contre le VIH/SIDA chez les enfants qui naissent des parents séropositifs qui ne cessent d'augmenter. »*

D'après la répondante n° 12 : *« il est déplorable que le programme ne soit pas encore répandu dans toutes les formations sanitaires, surtout à la campagne, mais cela ne peut pas être un obstacle pour celui qui souhaite une vie saine à son enfant, la prévention du VIH à son enfant est une responsabilité pour toute femme ».*

Les femmes qui sont favorables au programme de la PTME sont convaincues qu'il est mieux d'y adhérer car cela permet de bénéficier de tous les avantages y relatifs.

La répondante n° 4 a souligné que : *« lorsqu'on adhère au programme de la PTME, on a beaucoup de chance de mettre au monde un enfant non contaminé que celui qui n'a pas adhéré à ce programme ».* La répondante n° 44 affirme quant à elle que : *« l'adhésion au programme de la PTME pour la femme séropositive a un sens positif car si on y adhère on a un cœur tranquille avec un espoir de mettre au monde un enfant sain ».* Pour la répondante n° 60, il n'est pas juste d'affirmer que le programme de la PTME favorise plus les femmes ayant des moyens financiers considérables que d'autres. Elle s'est exprimée ainsi : *« je ne suis pas d'accord car même si ces femmes ont des moyens de pouvoir trouver un substitut au lait maternel, ce n'est pas le seul moyen de prévenir la transmission verticale du VIH/SIDA, il y a aussi l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Cet allaitement est possible à toutes les femmes qu'elles soient riches ou pauvres à condition qu'elles suivent toutes les directives et les conseils que les soignants leur prodiguent (donnent) ».*

Pour les femmes qui manifestent des attitudes d'indifférence face au programme de la PTME, elles se sont abstenues quant à la motivation de leurs réponses. Celles qui ont évoqué quelque chose c'était pour dire *« je ne sais pas »*. La raison qui peut être donnée

ici est de ne prendre aucune position pour ne pas se compromettre et se détacher de leur groupe d'appartenance. De ce fait il n'est pas possible de connaître leurs raisons. Mais, il y a quelques répondantes comme les numéros 24 ; 60 et 72 qui disent qu'il n'est pas facile qu'une femme enceinte séropositive puisse mettre au monde un enfant sain, même si cela peut avoir lieu c'est par la grâce de Dieu. Elles déclarent encore que, comme le VIH/SIDA n'a ni vaccin ni médicament, il est impossible de prévenir la transmission verticale.

Les femmes enceintes qui ont des attitudes défavorables expliquent aussi leurs positions. Ces femmes donnent beaucoup d'arguments contre ce programme et même contre ceux qui l'ont mis en place.

Voici quelques exemples de leurs déclarations : pour la répondante n° 91, ce n'était pas par pitié que les chercheurs ont instauré le programme. Ils voulaient identifier (connaître) les personnes séropositives parce que la population n'aime pas faire le test de dépistage au VIH/SIDA. La répondante n° 81 stipule quant à elle que la connaissance de la séropositivité peut être une des causes des conflits qui règnent dans la plupart des familles des PVVIH. Parmi les conséquences de ces conflits nous pouvons citer la stigmatisation ou la marginalisation, le divorce, la séparation et l'abandon des foyers. Et cela peut être aussi une raison d'empêcher ces personnes de mettre au monde surtout pour les familles pauvres, alors que les autres continuent à mettre au monde sans problème.

Il y en a parmi les femmes enceintes celles qui critiquent la manière dont le programme de la PTME propose d'allaiter exclusivement leurs enfants pendant au moins six mois. Elles disent que, comme la plupart de leurs familles sont pauvres, ceci les empêche de trouver un substitut au lait maternel. D'autres disent que, si réellement ce programme est là pour diminuer le taux de cette transmission, on ne voit pas comment l'Etat peut accepter que les enfants qui naissent des familles pauvres séropositives soient contaminés par leurs mères suite au manque d'un substitut au lait maternel. L'Etat a le devoir d'assister sa population.

4.1.3. Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage

Tableau 9: Choix des femmes enceintes aux items relatifs à leurs attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Choix Items	Approuvent fortement	Approuvent	Indécis	Désapprouvent	Désapprouvent fortement	Total
3	80	19	1	0	0	100
6	1	5	5	17	72	100
7	22	35	11	15	17	100
11	9	5	17	23	46	100
12	36	20	2	8	34	100
17	87	8	5	0	0	100
Total	235	92	41	63	169	600
Pourcentage %	Favorables 54,5		Indécision 6,8	Défavorables 38,7		

Au vu du tableau ci-dessus, nous constatons que 54,5% des répondantes ont des attitudes favorables au test de dépistage au VIH/SIDA qui est prévu dans le programme de la PTME, 6,8% des répondantes sont indécises, tandis que 38,7% des répondantes ont des attitudes défavorables au test de dépistage au VIH/SIDA.

Les répondantes qui ont des attitudes favorables face au test de dépistage au VIH/SIDA, justifient leur choix en disant qu'il est basé sur la confiance qu'elles ont gagné, confiance provenant des avantages du programme de la PTME une fois qu'une femme enceinte trouve qu'elle est contaminée et aussi de l'avantage du test de dépistage dans la vie de chaque jour. C'est ainsi par exemple que la répondante n°19 s'exprime en ces termes : « *je juge très important le test de dépistage tant pour les femmes enceintes que pour d'autres personnes* ». Selon elle le test de dépistage permet de connaître son statut sérologique, ce qui donne la paix pour celles qui hésitent et leur permet de changer de comportements.

Pour d'autres, le test de dépistage ouvre une autre voie pour des personnes contaminées par le VIH/SIDA car on ne peut pas bénéficier des médicaments anti-rétroviraux sans qu'on sache son statut sérologique. Chez la répondante n° 15, il y a conviction comme quoi : « *nul ne peut bénéficier des ARV sans qu'on soit dépisté* ».

Chez la majorité des indécises, il n'y a pas d'explications « pertinentes ». Celles qui se donnent la peine de le faire déclarent seulement « *je ne sais pas* ».

Pour celles dont les attitudes sont défavorables vis-à-vis du test de dépistage au VIH/SIDA, il y en a celles qui ne donnent pas de raisons, mais la plupart avance des raisons dont les principales sont celles que nous allons montrer ci-dessous :

La répondante n° 89 dit que le test de dépistage au VIH chez les femmes enceintes fait peur, il vaudrait mieux ne pas le faire vu les conséquences qui en découlent surtout en cas de séropositivité. La répondante n° 39 ajoute que pour elle Dieu a fait grand-chose, car si lors de son test de dépistage, elle avait trouvé qu'elle était contaminée, elle aurait préféré se pendre au lieu de continuer à souffrir d'une maladie incurable, qui fait que tout le monde se moque de toi tout en t'étiquetant de prostituée.

Selon la répondante n° 32, « *le test de dépistage au VIH exige beaucoup de courage et de prise de conscience car la connaissance de sa séropositivité trouble le sujet* ».

Pour ce groupe d'enquêtées, beaucoup d'explications ont été enregistrées comme raisons avancées à leur choix. Ainsi par exemple chez la répondante n° 80, les gens pensent que la médecine n'est à mesure de réaliser ce qu'elle déclare à propos des avantages prévus après le test de dépistage en cas de séropositivité. Cependant, à l'item 11, une des femmes enceintes déclare ceci : « *les femmes qui sont encore jeunes et celles de la ville mais surtout les mères célibataires refusent catégoriquement le test de dépistage pour ne pas rater leurs partenaires une fois qu'elles sont séropositives. Pour les veuves et les femmes dont leurs maris sont incarcérés, les raisons du refus du test de dépistage sont basées sur leurs mauvais comportements ou sur des rapports sexuels qu'elles font avec divers partenaires, par peur d'être contaminées, elles préfèrent ne pas se faire dépister* ».

Voici certaines des raisons avancées pour expliquer leurs choix au test de dépistage au VIH/SIDA, tels que nous les avons relevés chez les numéros 85 ; 92 ; 50 ; 24 ; 30 ; 35 et 18, raisons qui résument plus ou moins toutes les autres raisons données par les enquêtées :

- On ne peut pas se faire dépister, parce que si on découvre qu'on est séropositif on risque de perdre ses amis, d'être stigmatisée ou d'être marginalisée ;
- Il y a celles qui se sentent humiliées vis-à-vis de leur séropositivité ;
- Celles qui doivent se faire dépister sont celles qui ont fait des rapports sexuels hors de leurs foyers ou celles qui pensent que leurs partenaires sont infidèles ;
- Les femmes qui rencontrent plusieurs partenaires, pensent que ce qu'elles font les dépasse. Elles ne croient pas en l'efficacité des ARV et de la PTME ;
- Quand on se fait dépister on saura comment on peut planifier son avenir ;
- La prise en charge thérapeutique n'est pas satisfaisante quand on trouve qu'on est séropositif ;
- Les femmes ayant des maris polygames, ce sont celles qui doivent se faire dépister ;
- Quelques femmes enceintes préfèrent ne pas se faire dépister seules une fois que leurs maris le refusent. Elles le font surtout quand c'est le mari qui le veut pour éviter toute mésentente pouvant naître au sein du foyer et au sein de la famille élargie en cas de séropositivité d'un des conjoints.

4.2. Commentaires sur les attitudes manifestées par les enquêtées

D'après les résultats que nous venons de montrer, les attitudes sont un peu divergentes et un peu partagées. Pour chaque groupe d'items, deux directions ont été enregistrées à savoir l'orientation vers les attitudes favorables et l'orientation vers les attitudes défavorables ; et entre les deux orientations, la tendance intermédiaire (celle

d'indécision). Pour présenter nos résultats, nous avons considéré les « entièrement d'accord » et « d'accord » comme désignant les attitudes favorables, les « pas d'accord » et « absolument pas d'accord » comme indicateurs des attitudes défavorables ; sans oublier cependant la tendance générale des différents items qui est de deux sortes, comme nous l'avons mentionné à plusieurs endroits de ce travail. Nous avons constaté qu'à chaque partie dans la direction des attitudes, il y avait des enquêtées qui s'y positionnent comme le montrent les différents tableaux au point IV.1 ; cela marque en effet leur degré de sentiments aux stimuli proposés à travers les items.

Quelque fois, les différentes attitudes manifestées ont été chargées d'objectivité, quelques fois elles ont été chargées d'affectivité, selon les arguments qui ont été donnés par les enquêtées pour motiver leur choix de réponse. Nous pensons que les attitudes manifestées ont été acquises et subissent beaucoup d'influences surtout culturelles ou ayant trait à leurs croyances.

Tentons d'attribuer un sens aux différents motifs avancés pour expliquer les attitudes des enquêtées.

Aux items relatifs aux connaissances du programme de la PTME, les femmes enceintes qui affirment avoir des connaissances sur le programme de la PTME viennent en première position, la seconde place est occupée par les indécises et enfin ce sont celles qui nient la connaissance de ce programme.

Aux items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME, les femmes enceintes qui ont des attitudes favorables viennent en première position, la seconde place est occupée par les femmes enceintes qui ont des attitudes défavorables tandis que la troisième place est occupée par celles qui restent indécises.

Aux items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage prévu lors de la CPN dans le programme de la PTME, les femmes qui ont des attitudes favorables occupent la première place, celles qui ont des attitudes défavorables viennent en deuxième position et les indécises occupent la troisième place.

Quel sens pouvons-nous attribuer aux différents motifs que nous avons déjà relevés par groupe d'items ?

Nous avons estimé que la recherche de la sécurité et de l'équilibre du moi pousse de nombreuses femmes à avoir des attitudes favorables. Nous avons vu, au premier chapitre que les attitudes et comportements ne sont pas toujours liés, rien ne prouve donc que même celles-là qui ont des attitudes favorables prévoient toutes se faire dépister ou se sont fait dépistées.

Les résultats ont révélé qu'il y a des femmes qui déclarent que les informations reçues sur le programme de la PTME sont insuffisantes. Des études devraient être faites pour vérifier si le personnel en charge du programme dans les différents centres de santé sont suffisamment sensibilisés, formés et outillés.

Nous nous posons également la question de savoir si les femmes qui n'ont pas fait le test de dépistage alors qu'elles sont enceintes ne veulent pas expliquer cela par le manque d'information. Ne serait-il pas qu'un moyen de se défendre ?

Aux items relatifs à l'appréciation générale du programme de la PTME, les explications qui se donnent sont en rapport avec les réponses aux problèmes auxquels les femmes enceintes sont confrontées à l'intérieur d'elles-mêmes. C'est ainsi que certaines d'entre elles affirment que le programme de la PTME est sans égal car il est venu pour aider l'humanité qui est en lutte acharnée contre le fléau incurable du VIH/SIDA. D'autres dont la majorité sont séropositive se réjouissent de l'existence de ce programme, car elles disent que si le programme de la PTME n'aurait pas existé, elles n'auraient pas su qu'elles étaient déjà contaminées, elles auraient mis au monde des enfants contaminés. Nous comprenons aussi que les femmes s'expliquent en disant que ce n'est pas par pitié que l'Etat a instauré ce programme dans les services de formations sanitaire, le font pour se défendre, pour tenter d'expliquer leur position. C'est une façon de ne pas perturber leur moi.

La lecture des réponses émanant des femmes enceintes ayant des attitudes négatives face au test de dépistage permet de constater que les motifs avancés peuvent être expliqués par

le statut des répondantes. Ces femmes sont généralement celles qui n'ont pas de maris et rencontrent plusieurs partenaires. Certaines femmes enceintes qui manifestent le besoin de se faire dépister, le font en attendant certains avantages. Elles font référence aux femmes qui suivent déjà le programme de la PTME qui ont bénéficié de certains avantages visibles. Elles partent par exemple de l'expérience que les enfants à venir peuvent être préservés contre le VIH/SIDA.

4.3. Vérification des hypothèses de la recherche

Pour pouvoir se rendre compte des attitudes que les femmes enceintes manifestent face au programme de la PTME nous faisons référence aux résultats obtenus à l'échelle ensuite pour vérifier si les attitudes des enquêtées varient suivant le niveau d'instruction et/ou le milieu de consultation, nous avons comparé les scores que ces femmes ont réalisés par strate et par groupe d'items. Selon J. RYAN¹⁰, en cas de groupes indépendants comme les nôtres, la comparaison se fait à l'aide du test de chi-deux (χ^2).

4.3.1. Influence des avantages de la PTME sur les attitudes des femmes enceintes

En se basant sur des résultats issus des tableaux 7, 8 et 9 qui montrent les attitudes des femmes enceintes face au programme de la PTME ainsi que les motifs avancés pour ces attitudes nous constatons que les attitudes de ces femmes sont diverses, mais ce sont celles qui ont des attitudes favorables qui dominent. Dès lors, nous pouvons affirmer que les femmes enceintes du District de HUYE ont des attitudes favorables vis-à-vis du programme de la PTME compte tenu de ses avantages. A partir de ses résultats nous pouvons dire que la première hypothèse est confirmée.

¹⁰<http://www.math.hws.edu/javanmath/ryan/chiquare.html>

Tableau 12: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME

Attitudes Instruction	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord
Instruites	1,08	0,03	5,55	0,16	1,12
Non instruites	0,17	0,005	0,9	0,02	0,18

$$\chi^2 = 1,08 + 0,03 + 5,55 + 0,16 + 1,12 + 0,17 + 0,005 + 0,9 + 0,02 + 0,18$$

$$\chi^2 = 9,215$$

$$dl = (2-1) \times (5-1) \quad dl = 1 \times 4 = 4$$

En consultant la table de chi-deux (χ^2) à la ligne 4, on remarque que $9,215 < 9,49$ au seuil de probabilité de 5 %. Il n'y a pas de différence significative. D'où l'hypothèse qui dit que les connaissances des femmes enceintes sur le programme de la PTME varient suivant leur niveau de formation est infirmée.

4.3.2. Influence du milieu de consultation sur le degré de connaissances des enquêtées sur le programme de la PTME

Tableau 13: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord	Total
C.S urbains	157	57	17	7	2	240
C.S ruraux	231	77	36	10	6	360
Total	388	134	53	17	8	600

Tableau 14: Effectifs théoriques aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d' accord	Pas du tout D'accord	Total
C.S urbains	155,2	53,6	21,2	6,8	3,2	240
C.S ruraux	232,8	80,4	31,8	10,2	4,8	360

Tableau 15: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux connaissances sur le programme la PTME

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d' accord	Pas du tout D'accord
C.S urbains	0,02	0,21	0,83	0,005	0,45
C.S ruraux	0,01	0,14	0,55	0,003	0,3

dl = 4

$$\chi^2 = 0,02 + 0,21 + 0,83 + 0,005 + 0,45 + 0,01 + 0,14 + 0,55 + 0,003 + 0,3$$

$$\chi^2 = 2,518$$

La table de χ^2 à la ligne 4 au seuil de probabilité de 0,5% donne la valeur de 9,5.

2,518 < 9,49 d'où les différences observées ne sont pas significatives. La différence serait significative si le chi-deux trouvé était supérieur à la valeur tabulaire de chi-deux. L'hypothèse qui dit que les connaissances des femmes enceintes varient suivant le milieu de leur consultation prénatale est infirmée. Ce la veut dire qu'en tenant compte de leur milieu de consultation prénatale, leurs connaissances ne sont pas significativement différentes.

4.3.2. Influence du niveau d'instruction sur les attitudes des enquêtées vis-à-vis du programme de la PTME

Tableau 16: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME

Attitudes Instruction	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord	Total
Instruites	84	24	12	15	19	154
Non instruites	511	199	85	67	84	946
Total	595	223	97	82	103	1100

Tableau 17: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME

Attitudes Instruction	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord	Total
Instruites	83,3	31,22	13,58	11,48	14,42	154
Non instruites	511,7	191,78	83,42	70,52	88,58	946

Tableau 18: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME

Attitudes Instruction	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord
Instruites	0,005	1,67	0,18	1,08	1,45
Non instruites	0,001	0,27	0,03	0,17	0,23

dl= 4

$$\chi^2 = 0,005 + 1,67 + 0,18 + 1,08 + 1,45 + 0,001 + 0,27 + 0,03 + 0,17 + 0,23$$

$$\chi^2 = 5,086$$

La table de χ^2 à la ligne 4 au seuil de probabilité de 5% donne 9,49, or $5,086 < 9,49$ d'où les différences observées ne sont pas significatives. C'est-à-dire que l'hypothèse qui dit que les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME varient suivant leur niveau de formation est infirmée.

4.3.3. Influence du milieu de consultation sur les attitudes vis-à-vis du programme de la PTME

Tableau 19: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d' accord	Pas du tout D'accord	Total
C.S urbains	227	84	33	42	54	440
C.S ruraux	368	139	64	40	49	660
Total	595	223	97	82	103	1100

Tableau 20: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d' accord	Pas du tout D'accord	Total
C.S urbains	238	89,2	38,8	32,8	41,2	440
C.S ruraux	357	133,8	58,2	49,2	61,8	660

Tableau 21: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du programme de la PTME

Attitudes	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord
C.S urbains	0,51	0,3	0,86	2,6	3,97
C.S ruraux	0,34	0,2	0,58	1,72	2,65

dl = 4

$$\chi^2 = 0,51 + 0,3 + 0,86 + 2,6 + 3,97 + 0,34 + 0,2 + 0,58 + 1,72 + 2,65$$

$$\chi^2 = 13,73$$

La table de χ^2 à la ligne 4 au seuil de probabilité de 5% donne la valeur de 9,49 or 13,73 > 9,49 : d'où nous trouvons une différence significative. Ici nous pouvons confirmer l'hypothèse qui dit que les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME varient suivant les centres de santé où elles font leur consultation prénatale. Et ce sont les femmes enceintes des centres de santé ruraux qui ont des attitudes plus favorables que celles des centres de santé urbains. Cela peut dépendre d'informations insuffisantes sur ce programme que les femmes de la ville possèdent

4.3.3. Influence du niveau d'instruction des enquêtées sur les attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Tableau 22: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Attitudes	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord	Total
Instruites	28	8	11	10	27	84
Non instruites	207	84	30	53	142	516
total	235	92	41	63	169	600

Tableau 23: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Attitudes Instruction	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord	Total
Instruites	32,9	12,88	5,74	8,82	23,66	84
Non instruites	202,1	79,12	35,12	54,18	145,34	516

Tableau 24: Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Attitudes Instruction	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d'accord	Pas du tout D'accord
Instruites	0,73	1,85	4,82	0,15	0,47
Non instruites	0,12	0,3	0,78	0,02	0,07

dl =4

$$\chi^2 = 0,73 + 1,85 + 4,82 + 0,15 + 0,47 + 0,12 + 0,3 + 0,78 + 0,02$$

$$\chi^2 = 9,31$$

En consultant la table de χ^2 , la valeur la plus élevée de la ligne 4 est 9,49 au seuil de probabilité de 5%, cette valeur est supérieure au χ^2 observé d'où une différence non significative. Donc, l'hypothèse qui dit que les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage varient suivant leur niveau d'instruction est infirmée. Cela veut dire que les femmes enceintes ayant une formation scolaire ou académique et celles qui n'en ont pas manifestent toutes des attitudes favorables vis-à-vis du test de dépistage, mais les différences peuvent être constaté d'une femme à une autre.

4.3.4. Influence du milieu de consultation sur les attitudes des enquêtées vis-à-vis du test de dépistage

Tableau 25: Scores (effectifs observés) aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d' accord	Pas du tout D'accord	Total
C.S urbains	86	35	18	25	76	240
C.S ruraux	149	57	23	38	93	360
Total	235	92	41	63	169	600

Tableau 26: Effectifs théoriques aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d' accord	Pas du tout D'accord	Total
C.S urbains	94	36,8	16,4	25,2	67,6	240
C.S ruraux	141	55,2	24,6	37,8	101,4	360

Tableau 27 : Valeur de chi- deux aux items relatifs aux attitudes vis-à-vis du test de dépistage

Attitudes Lieu de CPN	Entièrement D'accord	D'accord	Indécises	Pas d' accord	Pas du tout D'accord
C.S urbains	0,68	0,09	0,15	0,001	1,04
C.S ruraux	0,45	0,06	0,1	0,001	0,69

dl= 4

$$\chi^2 = 0,68 + 0,09 + 0,15 + 0,15 + 0,001 + 1,04 + 0,45 + 0,06 + 0,1 + 0,001 + 0,69$$

$\chi^2 = 3,262$. D'où une différence non significative car la valeur de χ^2 trouvée est inférieure à la valeur de χ^2 de la table qui est de 9,49 au seuil de probabilité de 5%. Dans ce cas nous affirmons que les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage prévu par le programme de la PTME varient suivant le milieu de consultation. Ce sont donc les femmes enceintes des centres de santé ruraux qui ont les attitudes plus favorables que celle des centres de santé urbains. Cela peut s'expliquer par le fait que la plupart de ces femmes enquêtées sont des mères célibataires ou veuves et elles ont toujours peur du test de dépistage.

4.4. Conclusion sur les différentes comparaisons

Après les calculs statistiques, nous nous rendons compte que dans la majorité de cas, les attitudes sont les mêmes, la variable instruction ou formation n'influence pas les attitudes ce qui est un signe de cohésion au sein des femmes enceintes du district de HUYE. Signalons aussi que nous avons constaté que la variable milieu de consultation influence les attitudes surtout vis-à-vis du programme de la PTME et vis-à-vis du test de dépistage. Ce sont les femmes enceintes qui fréquentent les centres de santé ruraux qui ont plus d'attitudes favorables que celles qui fréquentent les centres de santé urbains.

Cela peut avoir une explication : premièrement dans le sens que les femmes enceintes des milieux urbains accusent une certaine négligence vis-à-vis d'un programme nouveau soit disant cela ne leur regarde pas. Deuxièmement, ces femmes ne trouvent pas le temps de participer dans des formations et dans des séances de sensibilisation soit disant qu'elles sont toujours occupées et elles ne disposent pas de temps libre pour ce fait, ce qui dit qu'elles ont peu d'informations sur ce programme.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant s'avère un problème tant médical, social que psychologique. Ceci fait qu'actuellement un nombre non négligeable de pays surtout subsaharienne se heurte à un taux élevé des enfants qui deviennent contaminés par leurs mères séropositives.

Pour que cette transmission puisse être diminuée (stoppée) la plupart des pays ont instauré dans leurs systèmes de santé reproductive et infantile un programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA. Sur ce, notre pays n'est pas resté bras croisés, il a augmenté le nombre de centres de santé qui dispense les services du programme de la PTME à travers tout le pays. C'est dans le cadre de faciliter les citoyens, surtout les femmes enceintes à connaître leur statut sérologique et la prise en charge de celles qui sont séropositives en vue de les assister pour qu'elles puissent mettre au monde des enfants sains. De leur part, les femmes enceintes séropositives qui adhèrent à ce programme en tirent profit.

Pour pouvoir atteindre ces objectifs, il faut, entre autres stratégies, que les femmes enceintes aient des connaissances sur ce programme et des attitudes favorables. C'est dans ce cadre que nous avons voulu mener une recherche pour évaluer cela et nous sommes fixés des objectifs. Pour réaliser ce travail, il a été nécessaire de consulter les documents traitant des attitudes, ceux relatifs au VIH/SIDA et au programme de la PTME, ce qui a permis d'élaborer un cadre théorique et conceptuel du travail. L'identification des attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME a été effectuée grâce à l'échelle d'attitudes (questionnaire) élaborée sous le modèle de LIKERT et validée par le calcul des coefficients de corrélation de Bravais- Pearson après passation du pré-enquête.

Nous avons pu identifier différentes attitudes chez les femmes enceintes qui fréquentent les cinq centres de santé du district de HUYE où le programme de la PTME a été instauré, ainsi que les motifs à la base de ces attitudes. A l'aide d'un cadre théorique préalablement tracé, nous avons attribué un sens aux attitudes et motifs recueillis. C'est

après cela que nous avons cherché à vérifier si les attitudes sont les mêmes ou différentes en tenant compte des différentes strates rencontrées parmi les femmes enceintes enquêtées.

Nous avons trouvé à partir des items relatifs à des connaissances des femmes enceintes au programme de la PTME que la majorité des femmes enceintes enquêtées ont des connaissances sur ce programme. Cela s'explique par le fait que les femmes enceintes ont été suffisamment informées sur le programme de la PTME, surtout en ce qui concerne le test de dépistage au VIH/SIDA des femmes enceintes et l'adhésion à ce programme des femmes séropositives afin de leur augmenter les chances de mettre au monde des enfants non contaminés.

Pour les items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME, nous avons trouvé que la majorité des femmes enceintes qui ont répondu au questionnaire ont des attitudes favorables. Les motivations qui ont été faites aux différents choix chez les enquêtées favorables au programme de la PTME sont basées surtout sur les avantages de ce programme et l'espoir que ce programme offre aux femmes séropositives d'avoir une descendance saine.

Pour les items relatifs aux attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du test de dépistage prévu par le programme de la PTME, nous avons constaté que leurs attitudes sont un peu partagées mais ce sont les favorables qui dominent. Cela s'explique aussi, par le profit qu'elles tirent du test de dépistage au VIH/SIDA dans la vie de chaque jour, notamment dans la construction de la confiance chez les conjoints et le profit que les femmes enceintes séropositives tirent des services du programme de la PTME.

Les centres de santé étant éparpillés à travers tout le pays et étant fréquentés par différentes catégories des femmes enceintes, nous n'avons pas constaté de différences significatives entre les strates rencontrées aux différentes variables de notre étude. [Les différences significatives d'attitudes sont constatées entre les attitudes des femmes](#)

enceintes qui fréquentent les C.S. ruraux et celles qui fréquentent les C.S urbains vis-à-vis au programme de la PTME et vis-à-vis du test de dépistage.

Nonobstant les efforts fournis, nous ne prétendons ni avoir épuisé tous les aspects du sujet aussi complexe que vaste, ni formulé toutes les conclusions extrapolables à toute l'étendue du territoire rwandais. Notre étude s'est limitée seulement sur les variables, instruction et lieu de consultation prénatale alors que bien d'autres peuvent influencer sur les attitudes des femmes enceintes en l'occurrence l'âge, la situation socio-économique, la confession religieuse, etc.

Notre questionnaire n'a pas embrassé tous les aspects du programme de la PTME. Nous croyons, toutefois, avoir suscité l'intérêt et l'attention des gens sur un sujet d'actualité qu'est le programme de la PTME dans le monde entier. Nous pensons également avoir suscité l'intérêt des autres chercheurs qui pourraient travailler par exemple sur les sujets suivants :

- Influence de l'âge sur les attitudes des femmes enceintes face au programme de la PTME ;
- Problématique de la prise en charge psychologique des femmes enceintes séropositives soumises au programme de la PTME ;
- Attentes psychologiques des femmes enceintes vivant avec le VIH/SIDA.

Au terme de cette étude les recommandations suivantes sont formulées et s'adressent :

***Aux femmes enceintes :**

- Prendre conscience que la connaissance de leur statut sérologique est l'un des moyens de la PTME et prendre le devant pour protéger leurs enfants ;
- Abandonner les idées erronées qui inhibent leurs comportements face aux sollicitations du programme de la PTME, favoriser davantage le soucis d'avoir un enfant sain.

***Au personnel soignant :**

- Persuader les maris des femmes enceintes des avantages du programme de la PTME par des sensibilisations régulières afin qu'ils puissent y adhérer massivement au même titre que leurs femmes car ce programme concerne les deux conjoints ;
- Renforcer la qualité du counseling donné surtout aux femmes séropositives pour repérer les problèmes les plus profonds du sujet en vue de l'aider à améliorer son état psychologique ;
- Créer un système de travail qui pourrait permettre un bon suivi des femmes et des enfants perdus de vue dans un centre de santé ;
- Sensibiliser les femmes enceintes en général et les femmes séropositives en particulier sur l'intérêt d'accoucher dans un C.S et sur la prophylaxie par NVP chez le couple mère-enfant.

***A l'Etat et ses Partenaires :**

- Décider sur le sort des enfants dont les mères refusent de se faire dépister soit en ordonnant un test dépistage à toute femme enceinte qui se présente à la CPN ;
- Prévoir des aides pour assister des familles séropositives afin de trouver un substitut au lait maternel et une alimentation équilibrée à leurs enfants ;
- Renforcer la politique de sensibilisation de la population aux bienfaits du programme de la PTME par des réunions régulières avec la population.

Nous espérons que la mise en application de ces recommandations peut contribuer à l'amélioration des attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME et à une prise en charge adéquate des enfants nés des mères contaminées par le VIH/SIDA.

BIBLIOGRAPHIE

I. Ouvrages :

1. AUBERT, N. et al. (1997). *Management, aspects humains et organisationnels*.
Paris: PUF.
2. DE LANDSHEERE, G. (1982). *Introduction à la recherche en éducation*.
Bruxelles :Edition Labor
3. DEKETELE, J.M. et ROEGIERS, X. (1991). *Méthodologie du recueil d'information*.
Fondement des méthodes d'observation et
d'études de documents. Bruxelles : De Boeck.
4. D'HAINAUT, L. (1986). *Concepts et méthodes de la statistique*. Bruxelles : Edition
Labor
5. FERNANDEZ, L. et CATTEUW, M. (2001). *La recherche en Psychologie clinique*.
Paris : Nathan.
6. FESTINGER, L. (1974). *Les méthodes de recherche dans les sciences sociales*.
Paris : PUF.
7. FISCHER, G.N (1997). *La Psychologie sociale*. Paris : Editions du Seuil.
8. JAVEAU, C. (1971). *Le questionnaire dans l'Enquête psychosociale*. Bruxelles :
Editions de l'université Libre de Bruxelles.
9. JAVEAU, C.(1978). *L'enquête par questionnaire*. Bruxelles : Edition De l'Université
de Bruxelles
10. JAVEAU, C. (1985). *L'Enquête par questionnaire*. Bruxelles : Editions de
l'Université Libre de Bruxelles.
11. KILEWO, C. et col. (2000). *HIV Counseling and testing of pregnant woman in*
Sub-Saharan African: Experience from a study of prevention of
Mother to child HIV-1 Transmission in Dar es Salaam. Tanzania.
12. LEYENS, J. P. (1979). *Psychologie sociale*. Bruxelles: Mardaga
13. MAISONNEUVE, J., (2001). *Introduction à la Psychologie*. Paris: PUF.
14. MORISETTE, D. & GINGRAS, M. (1989). *Enseigner les attitudes*. Bruxelles :
Editions de Boeck
15. MOSCOVICI, S. (1998). *Psychologie Sociale*. Paris: PUF.

16. MUCHIELLI, R. (1972). *Opinions et changement d'opinions*. Paris : éd. ESF
17. MUCHIELLI, R. (1989). *La Dynamique des groupes*. Connaissance du problème.
Paris : éd. ESF.
18. NUTTIN, J. (1980). *Théorie de la motivation humaine : du besoin au projet d'action*.
Paris : PUF
19. QUIVY, R. & CAMPENHOUDT, L.V. (1995). *Manuel de recherche en sciences
Sociales*. Paris : Bordas.
20. SIVADON, P. (1973). *Traité de Psychologie*. Paris: PUF.
21. THOMAS, R. & ALAPHILIPPE, D. (1993). *Les attitudes*. Paris : PUF.
22. VALLERAND, R.J. (1994). *Les fondements de la Psychologie sociale*. Montréal :
Gaétan Morin.

II. Dictionnaires :

1. *Grand Larousse Encyclopédique* (1984). Paris : Librairie Larousse.
2. SILLAMY, N. (1980). *Dictionnaire Encyclopédique de Psychologie*. Paris : Bordas

III. Revues et Journaux

1. ARTHUR, J. A. (2003). *Pediatric Human Immunodeficiency virus infection*.
BMJ.N°326, pp1342-1343
2. DE COCK et al. (2000:). *Timing of HIV-1 perinatal transmission in untreated
mothers/Infants*. JAMA N° 283,pp1175-1185.
3. MINISANTE / TRAC. (2000). *Protocole de prévention de la Transmission du
Virus de l'immunodéficience humaine de la mère à
l'enfant au Rwanda*. Kigali.
4. MINISANTE (2002). *Protocole de prévention de la transmission du virus de
l'Immunodéficience humaine de la mère à l'enfant au Rwanda*.
Kigali.
5. MINISANTE, (2004). *Guide du Formateur en Conseil et Dépistage Volontaire et
prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant*.
Kigali.

6. UNICEF (2007). *Unissons-nous pour les enfants contre le Sida : Un bilan de la situation : Enfants et Sida*. New York.

IV. Mémoires :

1. HAKIBA, I.S. (2005). *Couverture du VCT/PMTCT : Cas des femmes accouchant dans le Centre de santé de Gitega*. Butare : UNR. (Mémoire inédit).
2. NDAGIJIMANA, J.C. (2005). *Evaluation de l'impact du programme de prévention de la transmission mère enfant du VIH : Cas du Centre de santé de Kabgayi*. Butare : UNR. (Mémoire inédit).
3. NSENGIMANA, V. (2006). *Impact de l'administration des antirétroviraux aux femmes séropositives sur la planification familiale*. Butare:UNR. (Mémoire inédit).
4. RUGWIZANGOGA, M.(1992). *Les Attitudes des couples vis-à-vis du planning familial proposé par l'ONAPO*. RUHENGERI : UNR (Mémoire inédit)
5. RUTAYISIRE, K. A. (2007). *La composante psychopathologique chez les patients souffrant du SIDA : Quelle figure clinique dominante ?* Butare : UNR (Mémoire inédit)

V. Rapports :

1. CNLS (2005). *Politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA*. Kigali.
2. Hôpital de KABUTARE (2007). *Rapport trimestriel*.
3. Groupe De GANT (1998). *Rapport sur la PTME 1998*
4. MINISANTE, (2003). *Rapport annuel 2002*.
5. MINISANTE/TRAC : *Rapport de séro-surveillance du VIH parmi les femmes enceintes au Rwanda 2002*.
6. Présidence de la République du Rwanda et Commission Nationale de Lutte contre le SIDA (2006). *Rapport annuel des activités de lutte contre le VIH/SIDA au Rwanda*.
7. ONUSIDA. (2003). *Rapport sur l'épidémie mondiale du sida*. Genève
8. TRAC (2005). *Rapport annuel*.

9. TRAC (2006). *Rapport annuel*.

VI Références électroniques :

1. <http://www.fhi.org/AfricanNetwork> for the care of children affected by AIDS: [Handbook on pediatric AIDS in Africa, 2004](#). Consulté en date du 10/6/2007
2. <http://www.mth.hws.edu/javamath/ryan/chiquare.html>. [Septembre 2007](#). Consulté en date du 20 septembre 2007

ANNEXES

**Annexe 1: Lettre de
recommandation**



**UNIVERSITE NATIONALE DU RWANDA
NATIONAL UNIVERSITY OF RWANDA**

FACULTE D'EDUCATION
FACULTY OF EDUCATION

RECOMMANDATION

Je soussigné, **Mr. Alphonse SEBAGANWA**, Vice-Doyen de la Faculté d'Education, atteste par la présente que le nommé **Bonaventure UWIMANA** étudiant en Bac IV Psychologie clinique, effectue une recherche dans le cadre de son travail de fin d'études intitulé: « **Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH /SIDA (PTME). Cas du District de Huye** ».

Toute aide apportée à l'intéressé sera hautement appréciée.

*Fait à Butare, le 02/05/2007
Mr. Alphonse SEBAGANWA
Vice-Doyen de la FED*

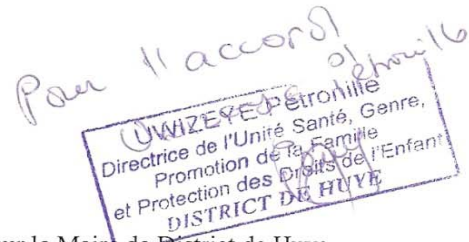
B.P. 56 Butare
Bureau de liaison Kigali
RWANDA B.P. 4285 KIGALI
Tél.: (250)82878

Tél: (250)530868; EXT: 125/129
Fax: (250)530121
E- mail : facedu@nur.ac.rw

Annexe 2: Lettre de demande d'autorisation

UWIMANA Bonaventure
 Etudiant à l'UNR BUTARE
 Faculté de l'Education
 Département de Psychologie clinique
 C /o : Tél. mob : 08559377
 E-mail : uwibona2000@yahoo.

Huye, le 6 juillet 2007



Monsieur le Maire de District de Huye
Province du Sud

Objet : Demande d'autorisation de
 faire une recherche dans le
 District de HUYE

Monsieur le Maire,

L'honneur m'échoit de recourir auprès
 de votre haute autorité en vue de vous demander l'autorisation de faire une recherche au
 sein du district dont vous assurez la responsabilité.

En effet, Monsieur le Maire, j'ai un
 travail de recherche de fin d'étude intitulé : « **Attitudes des femmes enceintes vis - à-
 vis du programme de la transmission mère enfant du VIH/SIDA (PTME)** ». Par la
 dite recherche j'aimerais travailler avec les femme enceintes qui fréquentent les services
 de CPN des centres de santé de KINYAMAKARA, MATYAZO, RUBONA,
 RUSATIRA et le CUSP où le programme de la PTME est opérationnelle.

Espérant une suite favorable à ma
 demande, je vous prie d'agréer Monsieur le Maire, l'expression de ma très haute
 considération.

UWIMANA Bonaventure

Copie pour information :

- ✓ -Madame la directrice de l'unité de santé,
 Genre et Protection de l'enfant.

Annexe 3: Activités de la PTME à intégrer dans les services de santé de la reproduction

Services	Activités	Activités à intégrer
Consultation Prénuptiale et préparation à la vie commune	IEC Prévention des IST Planification familiale	Prévention primaire du VIH
Consultation prénatale	-IEC	-Information sur le VIH et la PTME
	-CPN	- Offre de Counseling pré-test à la femme et à son partenaire en routine
	-Vaccination de la mère	-Prélèvement et acheminement des échantillons au laboratoire
		-Orientation des femmes VIH positives
		-Provision d'ARV
Laboratoire	Diagnostique biologique	Test de dépistage du VIH
Soins obstétricaux (travail et accouchement) et Consultation postnatale immédiate	Travail et accouchement	-offre des ARV en début du travail
		-accouchement à moindre risque de TME
	Consultation postnatale immédiate	-ARV chez le nouveau-né
		Soins postnataux de la mère
		Désinfection du nouveau-né à la chlorhexidine 0,25%
		Renforcement de la planification familiale,
Consultation postnatale	IEC	Renforcer l'information sur le VIH et la PTME
	Consultation postnatale Tardive et vaccination	Renforcement de la planification familiale
		Prise en charge globale de la famille,
	Suivi de l'enfant	Counseling nutritionnel et appui nutritionnel Suivi et référence pour test de dépistage

Source : MINISANTE (2004 :39)

Annexe 4: Protocole d'entretien version française et version Kinyarwanda.

1. a) Comment comprenez-vous le programme de la PTME, surtout en ce qui concerne le dépistage volontaire et l'adhésion à ce programme pour les femmes enceintes séropositives (question réservée à des femmes enceintes et à leurs maris)
- b) D'après vous, pensez-vous que les femmes comprennent le programme de la PTME en ce qui concerne le dépistage et l'adhésion à ce programme pour les femmes enceintes séropositives (question réservée aux interlocuteurs non directement concernés par la cette recherche)
2. D'après vous, quelles sont les raisons qui handicapent le processus de dépistage au VIH et l'adhésion au programme de la PTME pour les femmes enceintes ainsi que leurs maris. (question réservée à tous les interviewés)
3. D'après vous, les femmes enceintes qui se font dépister le font pour quelles raisons ? (question réservée à tous les interviewés)

Ibibazo biyobora ikiganiro (version Kinyarwanda)

- 1) a) Gahunda yo kurinda ababyeyi batwite banduye SIDA kwanduza abana babo agakoko ka SIDA, ku birebana no kwipimisha umugore utwite no kwitabira iyo gahunda ku bagore bamaze kwandura SIDA kugira ngo babashe kongererwa amahirwe yo kubyara abana batanduye uyumva ute ? (ikibazo kigenewe abagore batwite)
- b) Gahunda yo kurinda ababyeyi batwite banduye SIDA kwanduza abanababo agakoko ka SIDA ukeka ko bayumva gute ? (ikibazo kigenewe abandi bantu twaganiriye)
- 2) Ubona impamvu zituma hatabaho kwitabira kw'abagore base batwite kwipimisha ubwandu bw'agakoko ka SIDA, no kwitabira iyi gahunda ku bagore bose banduye ari izihe ? (ku bantu bose)
- 3) Abagore batwite bipimisha ubwandu bw'agakoko ka SIDA ndetse nabitabira iyi gahunda ubona babikora kubera izihe mpamvu ku bwawe ? (kuri bose)

Annexe 5: Calcul des coefficients de corrélation entre les items relatifs aux connaissances des femmes enceintes sur le programme de la PTME

N ^o d'items Sujets	1	6	7	12	13	18	19	29	total
1	5	4	3	5	3	4	3	4	31
2	4	4	3	4	3	5	2	1	26
3	1	2	5	1	4	2	4	3	22
4	4	5	5	4	3	3	3	4	31
5	1	1	2	2	1	2	1	2	12
6	2	2	3	3	3	5	3	3	24
7	5	3	3	3	3	4	3	5	29
8	2	2	2	2	3	3	3	4	21
9	5	5	4	4	4	4	4	4	34
10	1	2	4	4	4	4	4	3	26
11	3	5	4	3	4	4	4	4	31
12	5	5	3	4	4	3	3	3	30
13	2	2	2	2	4	3	3	3	21
14	5	5	4	3	3	3	3	4	30
15	3	2	2	3	4	3	3	3	23
16	5	5	3	3	3	3	3	4	29
17	3	5	5	3	3	3	4	3	29
18	1	2	3	3	4	3	3	4	23
19	1	2	5	3	3	3	3	3	23
20	4	5	3	4	3	5	3	4	31
21	3	5	3	3	3	4	4	4	29
22	5	5	4	3	4	3	3	5	32
23	5	5	4	3	4	3	4	3	31
24	5	5	3	5	3	4	3	3	31
25	2	2	2	2	2	2	2	2	16
total	82	90	84	79	82	85	78	85	665
moyenne(m)	3,28	3,6	3,36	3,16	3,28	3,4	3,12	3,4	26,6
corrélacion(r)	0,78	0,88	0,47	0,66	0,48	0,5	0,59	0,55	

**Annexe 6: Calcul des coefficients de corrélations entre les items relatifs aux attitudes
des femmes enceintes face au programme de la PTME**

N° d'item sujets	3	5	8	11	14	17	20	22	23	24	25	26	27	28	30	total
1	5	5	3	5	3	4	5	4	5	3	4	5	4	2	4	61
2	5	5	3	5	2	5	3	4	5	2	4	3	2	2	5	55
3	1	2	4	2	3	2	1	2	2	4	1	1	5	2	2	34
4	5	3	5	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	1	5	52
5	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	27
6	5	3	3	3	3	3	3	5	3	3	3	5	4	1	3	50
7	5	4	3	3	5	4	4	3	4	5	4	4	5	1	3	57
8	1	2	3	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	2	4	48
9	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	5	59
10	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	2	3	52
11	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	3	56
12	5	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	49
13	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	41
14	5	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	3	4	1	4	52
15	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	41
16	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	5	3	50
17	5	5	5	4	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	57
18	1	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	3	5	4	3	48
19	1	3	5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	44
20	5	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4	2	5	52
21	5	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	4	54
22	5	3	4	3	3	3	4	3	3	3	4	3	5	2	3	51
23	5	3	4	3	4	3	3	3	3	4	4	3	3	1	3	49
24	5	5	3	3	3	2	3	4	3	3	3	3	3	4	3	50
25	5	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	34
total	93	82	86	81	81	80	79	81	82	85	84	82	90	52	85	1223
moyenne (m)	3,72	3,28	3,44	3,24	3,24	3,2	3,16	3,24	3,28	3,24	3,36	3,28	3,6	2,08	3,4	49,92
Corrélation(r)	0,6	0,76	0,45	0,75	0,58	0,69	0,76	0,64	0,76	0,4	0,83	0,71	0,35	0,02	0,68	

**Annexe 7: Calcul des coefficients de corrélation entre les items relatifs aux attitudes
des femmes enceintes face au test de dépistage**

N° d'Items sujets	2	4	9	10	15	16	21	total
1	2	3	3	5	3	5	3	24
2	1	4	3	5	5	3	4	25
3	3	2	4	2	2	1	2	16
4	4	4	5	3	3	4	4	27
5	2	2	1	2	1	1	2	11
6	2	2	3	3	5	3	3	21
7	1	5	3	3	3	4	4	23
8	4	2	2	2	3	3	3	19
9	2	5	4	4	4	4	4	27
10	3	2	4	4	4	4	4	25
11	1	4	4	3	4	3	3	22
12	2	3	3	4	4	3	3	22
13	3	1	2	2	2	3	3	16
14	2	5	4	3	3	3	3	23
15	2	1	2	3	3	3	3	17
16	5	4	4	4	3	3	3	26
17	3	5	5	3	4	3	3	26
18	4	2	3	3	3	3	3	21
19	2	2	5	3	3	3	3	21
20	2	5	3	5	4	4	3	26
21	3	5	3	3	3	4	4	25
22	2	5	4	3	3	3	3	23
23	1	5	4	3	3	3	3	22
24	4	5	3	5	4	4	4	29
25	2	2	3	3	2	2	2	16
total	62	85	84	83	81	79	79	553
Moyenne(m)	2,48	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	22,1
Correlation®	0,18	0,72	0,57	0,7	0,7	0,76	0,76	

Annexe 8: Lettre accompagnant les questionnaires

Bonaventure UWIMANA

Huye, juillet 2007

Etudiant à l'UNR

Faculté de l'Education

Département de Psychologie clinique

Chères mères,

Dans le cadre de l'élaboration du travail de fin études de licence en Psychologie clinique, nous nous sommes proposé comme thème : « Attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la prévention de la transmission mère -enfant du VIH (PTME) ».

Nous recourons à votre bienveillance pour vous demander des informations y relatives. En répondant franchement à ce questionnaire, vous nous rendrez un grand service et vous contribuerez à l'avancement de notre étude. De notre part, nous vous garantissons l'anonymat des informations que vous nous aurez fournies car elles ne seront utilisées que pour les seules fins académiques.

Espérant une suite favorable à notre demande nous vous prions d'agrèer, chères mères, l'expression de nos remerciements anticipés.

Bonaventure UWIMANA

(Sé)

**Annexe 9: Echelle d'attitudes réservée aux femmes enceintes du district de Huye
vis-à-vis du programme de la PTME**

Consigne :

- Pour garder l'anonymat, n'écrivez ni nom ni prénom;
- Lisez attentivement la question, puis donnez la réponse en mettant un signe de croix dans la case correspondant à la réponse choisie et expliquez brièvement pourquoi vous faites ce choix.

I. Identification :

Age :

Niveau d'études ou Etudes faites :

Etat civil :

Secteur de résidence :

Nombres de grossesses :

Avez-vous fait un test de dépistage ? Oui

Non

II. Questionnaire sur les attitudes des femmes enceintes vis-à-vis du programme de la PTME

1. Je sais bien qu'il existe un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications

2. Le programme instauré pour la PTME est un programme très important car il augmente la chance aux femmes enceintes séropositives de pouvoir mettre au monde des enfants non infectés

Entièrement d'accord

- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications

3. Le test de dépistage au VIH pour les femmes enceintes est très important car il leur permet de connaître leur statut sérologique et leur permet de prendre les décisions en adoptant les comportements de lutte contre le VIH.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications

4. Le programme de PTME est un signe qui montre la bonne volonté de l'Etat et ses partenaires en matière de prévention du VIH/SIDA chez les enfants et cela aussi pour la préparation d'un avenir meilleur pour notre pays.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications

5. Je comprends très bien le programme de PTME surtout en ce qui concerne le dépistage volontaire des femmes enceintes et l'adhésion de celles qui sont séropositives à ce programme afin de leur augmenter de chance d'accoucher des enfants non contaminés.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

6. Les hommes qui n'acceptent pas de se faire dépister avec leurs femmes au cours de leur CPN handicapent l'atteinte de l'objectif de la PTME.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications

7. Les femmes enceintes ne font pas le test de dépistage à cause de la peur qu'elles éprouvent face à la séropositivité qui peut être une cause de divorce ou de remariage de leurs maris.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications

8. Le programme de la PTME devrait augmenter son assistance en prévoyant d'autres aides pour les femmes séropositives après l'accouchement afin de bien s'occuper de leurs enfants.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

9. Dans le programme de la PTME, je sais qu'on procède d'abord au dépistage volontaire des femmes enceintes afin de pouvoir identifier celles qui sont séropositives puis on les sensibilise à adhérer à ce programme.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

10. Je sursaute de joie quand on m'informe qu'il y a une femme séropositive qui a accouché d'un enfant non contaminé grâce à l'assistance de la PTME.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

11. Je pense que les femmes enceintes qui ne se font pas dépister lors de leur CPN ne connaissent pas les avantages du programme de la PTME .

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

12. Lors de CPN il n'est pas beau de se faire dépister au cours de la première visite de la femme enceinte au centre de santé.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

13. Je vois que le programme de la PTME présente plus d'avantages aux riches. Les femmes pauvres qui adhèrent à ce programme ont des problèmes à acheter ce qui remplace le lait maternel pour leurs enfants à cause des moyens financiers limités.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

14. Je sais que toute femme enceinte qui se fait dépister et qui trouve par malheur qu'elle a été contaminée par le VIH/SIDA est assistée quand elle adhère au programme de la PTME.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

15. Les femmes séropositives qui allaitent moins de six mois ne contaminent pas leurs enfants.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

16. Le programme de PTME est un programme à apprécier car il soulage positivement des personnes vivant avec le VIH/SIDA à ce qui concerne la naissance d'un enfant non contaminé.

Entièrement d'accord

- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

17. Je soutiens le dépistage volontaire des femmes enceintes car en identifiant celles qui sont séropositives, on saura quoi faire pour protéger les bébés qui vont naître contre l'infection au VIH/SIDA.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

18. Les femmes enceintes séropositives du milieu urbain n'adhèrent pas massivement au programme de la PTME.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

19. Je soutiens n'importe quel moyen qu'on peut utiliser pour prévenir la TME du VIH à tout enfant qui naît d'une mère séropositive.

- Entièrement d'accord
- D'accord
- Indécis
- Pas d'accord
- Absolument pas d'accord

Explications.....

20. Les femmes enceintes séropositives qui sont instruites adhèrent plus que les autres femmes au programme de la PTME.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

21. Je vois que le programme de la PTME n'est pas nécessaire car il favorise les couples à continuer à s'exposer davantage à l'infection au VIH.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

22. Je ne sais rien à propos du programme de la PTME.

Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications

23. Je crois que les femmes enceintes séropositives ont une grande responsabilité de protéger leurs enfants contre l'infection au VIH en adhérant au programme de la

PTME. Entièrement d'accord

D'accord

Indécis

Pas d'accord

Absolument pas d'accord

Explications.....

Annexe 10: Ibaruwa n'ibibazo bigenewe abagore batwite

UWIMANA Bonaventure

Huye, Nyakanga 2007

Umunyeshuri muri Kaminuza y'u Rwanda

Babyeyi,

Mu rwego rwo kurangiza amashuri makuru mu gashami k'iy'igamyitwarire y'abantu, twatekereje gukora ubushakashatsi kubyerekeye : « **uko abagore batwite babona gahunda yo kurinda ubwandu bw'agakoko ka SIDA abana bavuka ku bagore babana n'agakoko ka SIDA** ».

Ni muri urwo rwego tubasaba kudufasha muri ubwo bushakashatsi musubiza ibibazo biri kunyomeko y'iyi baruwa kandi tubamenyesha ko ibisubizo mutanga bizakomeza kuba ibanga bikazakoreshwa gusa muri ubu bushakashatsi.

Mugihe tugitegereje ibisubizo byanyu, tubaye tubashimiye umutima mwiza musubizanya ibi bibazo.

UWIMANA Bonaventure

AMABWIRIZA :

- Kugira ngo turusheho kugira ibanga ntiwandike izina ryawe ;
- Soma witonze maze wumve icyo ikibazo gishatse kuvuga, nyuma urashyira akamenyetso ku gukuba uvuga niba ibyo usomye,
 - ubyemera cyane
 - ubyemera mu rugero
 - ntacyo ubivugaho
 - utabyemera neza
 - utabyemera na busa
- Nurangiza imbere ya buri kibazo urandika mu magambo make impamvu iguteye gusubiza uko ushubije niba bishoboka ;

3. Gupima agakoko ka sida ku bagore batwite ni ingenzi kuko bituma bamenya aho bahagaze, bigatuma kandi bafata ingamba zituma bagira imyitwarire myiza yo kurwanya agakoko ka sida. Sobanura
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
4. Gahunda yo kurinda abagore batwite banduye sida kwanduza abana babo ni ikimenyetso cyerekana ubushake bwa Leta n'abatera nkunga bayo bagaragaza mu kurwanya sida mu bana bavuka no mu gutegura amizero meza yahazaza. Sobanura
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
5. Nsobanukiwe neza na gahunda yo kurinda abagore batwite banduye sida kwanduza abana babo cyane cyane kubyerekeye kwipimisha ubwandu bw'agakoko ka SiDA, no kwitabira iyi gahunda ku bagore banduye kugira ngo bongererwe amahirwe yo kubyara abana batanduye. Sobanura
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
6. Abagabo batemera kwipimisha ubwandu bw'agakoko ka SIDA hamwe na bagore babo batuma intego y'iyi gahunda yo kurinda ubwandu abana bavuka itazagerwaho. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero

- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
7. Abagore batwite ntibipimisha ubwandu bw'agakoko ka SIDA bitewe n'ubwoba bwogusanga baranduye, bikaba byaba intandaro yuko abagabo babo babaharika cyangwa bagatandukana. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
8. Iyi gahunda yagombye kongera uburyo bwo gufasha itegura imfashanyo zagenerwa abagore banduye nyuma yo kubyara kugira ngo bashobore gukomeza kwita ku bana babo neza. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
9. Nzi ko muri iyo gahunda yo kurinda umwana ubwandu bwa SIDA babanza gupima ubwandu bw'agakoko ka SIDA abagore batwite kugira ngo babashe kumenya abunduye, nyuma bakabakangurira kwitabira iyo gahunda. Sobanura ...
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
10. Ngira ibyishimo byinshi iyo numvise ko hari umwana wavutse atanduye kandi yarabyawe n'umubyeyi wanduye SIDA byose abifashijwe n'iyi gahunda. Sobanura
- Ndabyemera cyane

- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
11. Nkeka ko abagore batwite batipimisha ubwandu bw'agakoko ka SIDA ari abatazi ibyiza by'iyi gahunda yo kurinda umwana ku bagore iyo basanze banduye SIDA. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
12. mu gihe cyo kwipimisha ku bagore batwite, sibyiza guhita upimaubwandu bw'agakoko ka Sida abagore batwite baje bwa mbere ku gipimo. Sobanura
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
13. Mbona iyi gahunda yo kurinda ubwandu bwa SIDA abana ifitiye akamaro kanini abagore bifashije. Abagore b'abakene bagiye muri iyi gahunda bahura n'ibibazo bitandukanye birimo nko kubura ubushobozi bwo kugura insimbura-bere kubera ubushobozi buke butewe n'ubukene. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
14. Nzi ko umugore wese utwite wipimishije bagasanga yaranduye SIDA afashwa n'iyi gahunda igihe cyose yemeye kuyitabira. Sobanura.....

- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
15. Abagore bose banduye agakoko ka SIDA bonsa abana amezi agera kuri atandatu ntibanduzwa abana babo agakoko ka SIDA. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
16. Iyi gahunda yo kurinda abana bavuka ubwandu bw'agakoko ka SIDA ni gahunda yo kwishimira kuko iha icyizere abantu babana n'ubwandu bw'agakoko ka SIDA cyo kuba babyara umwana utanduye. Sobanura
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
17. Nshyigikiye igikorwa cyo gupima ubwandu bw'agakoko ka SIDA ku bagore batwite kuko iyo bamenye abanduye ni bwo bamenya icyakorwa kugira ngo babashe kurinda ubwandu abana bazavuka. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
18. Abagore banduye agakoko ka SIDA bo mu mugwi ntibitabira gahunda yo kurinda ubwandu abana babo kuburyo bugaragara. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane

- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
19. Nshyigikiye uburyo bwose bwakoreshwa muri iyi gahunda kugira ngo babashe kurinda ubwandu bw'agakoko ka SIDA umwana wese uvuka ku mubyeyi wanduye. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
20. Abagore bize banduye agakoko ka SIDA bitabira gahunda yo kurinda ubwandu abana babo kurusha abandi bagore. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
21. Mbona gahunda yo kurinda abana ubwandu bw'agakoko ka SIDA itari ngombwa kuko ituma abashakanye bakomeza kurushaho kwishora mu myitwarire mibi ituma bakwandura SIDA. Sobanura.....
- Ndabyemera cyane
- Ndabyemera murugero
- Ntacyo mbivugaho
- Ntacyo mbivugaho
- Simbyemera neza
- Simbyemera na busa
22. Ntacyo nzi kuri gahunda yo kurinda umwana ubwandu bwa SIDA.
Sobanura.....
- Ndabyemera cyane

Ndabyemera murugero

Ntacyo mbivugaho

Simbyemera neza

Simbyemera na busa

23. Nemeza ko abagore batwite banduye SIDA bafite uruhare runini mu kurinda abana babo ubwandu bw'agakoko ka SIDA. Sobanura.....

Ndabyemera cyane

Ndabyemera murugero

Ntacyo mbivugaho

Simbyemera neza

Simbyemera na busa

Annexe 11: Scores aux items relatifs aux connaissances sur le programme de la PTME

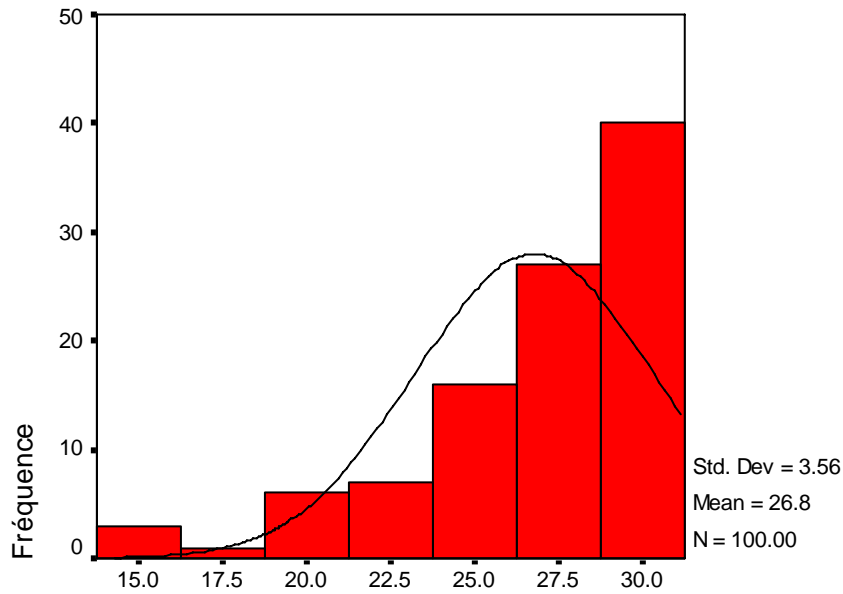
Items sujets	1	6	12	18	19	29	TOTAL
1	5	5	5	5	5	5	30
2	5	5	5	5	5	4	29
3	5	4	5	5	4	4	27
4	5	5	5	5	5	5	30
5	5	4	5	5	5	5	29
6	5	5	5	5	5	5	30
7	5	5	5	2	5	5	27
8	5	4	5	5	2	4	25
9	5	5	5	5	5	5	30
10	4	4	5	5	5	4	27
11	4	3	4	5	5	2	23
12	4	4	4	4	4	4	24
13	5	5	5	5	5	5	30
14	5	5	5	5	5	5	30
15	5	5	5	5	5	5	30
16	5	5	5	5	5	5	30
17	5	5	5	5	2	5	27
18	5	5	5	5	5	5	30
19	2	3	3	5	3	3	19
20	4	3	5	3	5	5	25
21	5	4	5	5	5	3	27
22	4	5	4	5	4	5	27
23	4	4	5	4	5	5	27
24	4	4	4	4	4	5	25
25	4	4	5	2	5	5	25
26	5	5	5	5	5	5	30
27	5	5	5	5	5	5	30
28	5	4	5	5	5	5	29
29	4	5	5	5	5	5	29
30	4	5	4	4	4	5	26
31	5	4	4	5	5	5	28
32	5	5	5	5	5	5	30
33	5	5	5	5	5	5	30
34	5	5	5	1	5	5	26
35	4	3	3	4	4	2	20
36	5	5	5	5	4	4	28
37	4	5	4	4	4	2	23
38	5	4	3	5	1	3	21
39	5	5	5	5	4	3	27
40	5	4	5	5	5	5	29
41	4	3	4	4	4	3	22
42	5	4	5	4	4	3	25
43	5	3	4	4	4	3	23
44	4	5	5	5	5	4	28

45	5	4	4	4	5	5	27
46	4	4	4	5	5	5	27
47	4	4	5	5	5	5	28
48	5	4	5	4	5	5	28
49	5	5	5	5	5	3	28
50	4	4	4	5	5	5	27
51	4	5	5	5	5	5	29
52	4	4	5	5	5	2	25
53	4	5	4	5	5	3	26
54	4	4	5	5	5	5	28
55	5	5	5	5	5	5	30
56	4	4	4	4	5	3	24
57	5	5	5	5	5	5	30
58	3	3	5	5	3	2	21
59	5	4	5	4	5	5	28
60	4	4	5	5	4	5	27
61	4	3	5	4	4	3	23
62	4	4	5	4	4	5	26
63	5	5	5	5	4	5	29
64	4	3	5	5	5	4	26
65	5	5	5	5	5	1	26
66	1	1	3	4	5	5	19
67	3	3	3	1	3	3	16
68	4	4	4	4	4	5	25
69	5	5	5	5	5	5	30
70	4	5	5	5	4	5	28
71	1	3	2	3	3	2	14
72	4	5	5	5	4	5	28
73	4	4	5	5	5	5	28
74	5	5	5	5	5	5	30
75	5	5	5	5	5	5	30
76	5	5	5	5	5	5	30
77	3	2	4	3	4	5	21
78	4	5	5	5	5	5	29
79	2	2	3	2	4	5	18
80	5	5	5	5	4	5	29
81	4	3	5	3	5	3	23
82	1	3	3	3	3	3	16
83	5	5	5	5	5	4	29
84	5	5	5	5	5	5	30
85	5	5	5	5	5	5	30
86	3	3	3	5	5	5	24
87	4	4	5	5	5	5	28
88	5	5	5	5	5	5	30
89	5	5	5	5	5	5	30
90	5	5	5	5	5	5	30
91	5	5	5	5	5	5	30
92	5	4	4	5	5	5	28

93	5	4	5	5	5	5	29
94	5	4	5	5	5	5	29
95	5	4	5	5	5	5	29
96	4	5	5	5	5	5	29
97	5	3	5	5	5	5	28
98	5	4	5	5	5	5	29
99	4	4	5	5	5	5	28
100	3	2	5	3	5	5	23

Annexe 12 : Histogramme et la courbe de distribution des scores

VAR00001



VAR00001

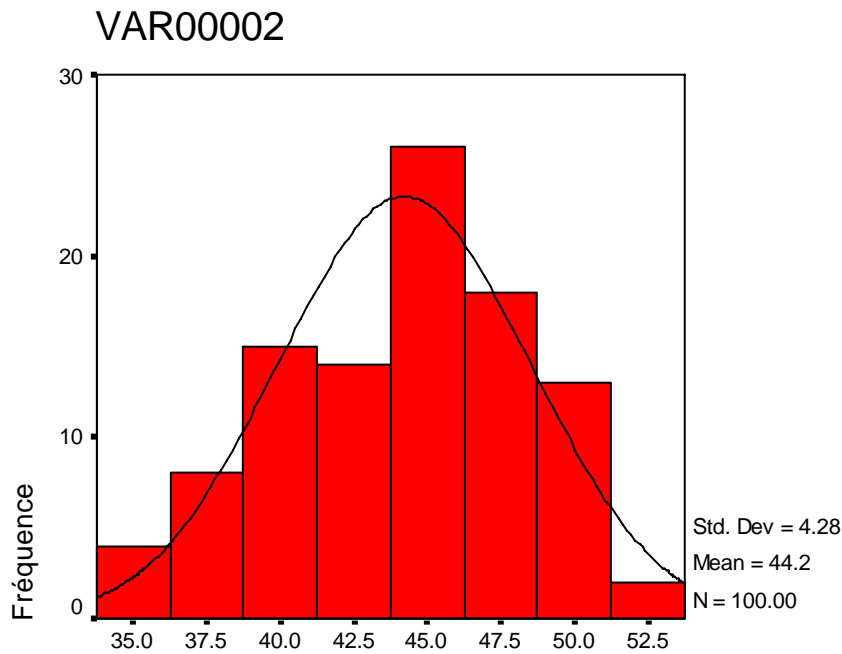
Annexe 13: Scores aux items relatifs aux attitudes face au programme de la PTME

Items sujets	3	5	11	14	17	20	22	23	25	26	30	total
1	5	5	5	1	5	5	5	1	5	2	5	44
2	5	5	5	3	3	2	5	1	2	3	5	39
3	5	5	4	1	5	2	5	4	5	5	5	46
4	5	5	5	1	5	2	5	2	4	1	5	40
5	5	5	5	1	5	5	5	1	5	2	5	44
6	5	5	5	1	5	4	5	2	5	1	5	43
7	5	5	5	1	2	1	5	1	3	1	5	34
8	4	3	3	2	5	4	5	3	3	4	3	39
9	5	5	5	1	5	4	5	5	5	5	5	50
10	5	4	4	2	5	5	4	2	4	2	4	41
11	5	4	5	2	5	5	4	4	5	3	4	46
12	4	4	4	2	4	3	4	3	5	4	5	42
13	5	5	5	1	5	4	5	1	5	5	5	46
14	5	5	5	1	5	5	5	1	5	5	5	47
15	5	5	5	2	5	1	5	1	2	1	5	37
16	5	5	5	1	5	4	5	1	1	4	5	41
17	5	5	4	1	5	3	5	2	5	4	5	44
18	5	5	5	1	5	1	5	1	3	1	5	37
19	3	4	3	3	5	3	5	4	3	3	4	40
20	5	4	4	3	4	3	5	2	5	4	5	44
21	4	4	4	2	5	4	4	4	5	3	4	43
22	5	4	4	2	5	5	5	1	5	1	5	42
23	4	5	4	2	5	5	5	1	5	3	5	44
24	5	5	5	2	5	5	5	4	4	2	5	47
25	4	5	5	1	5	4	5	2	1	1	5	38
26	5	5	5	1	5	2	5	2	5	4	4	43
27	5	5	5	1	5	2	5	1	5	4	5	43
28	5	5	4	2	5	4	5	5	5	3	5	48
29	5	5	5	3	5	4	5	4	5	5	5	51
30	4	5	4	1	4	1	4	2	2	4	5	36
31	5	5	4	4	5	5	5	2	5	3	5	48
32	5	5	5	1	5	1	5	1	1	4	5	38
33	5	5	5	1	5	1	5	1	1	1	5	35
34	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	51
35	5	4	4	2	4	4	4	2	2	1	5	37
36	5	5	4	2	5	1	4	5	3	4	5	43
37	5	5	4	4	5	5	5	1	5	3	5	47
38	5	4	4	2	5	5	4	2	2	3	5	41
39	5	5	4	4	5	4	5	2	5	3	5	47
40	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	51
41	4	3	4	2	5	1	5	2	5	4	4	39
42	5	4	3	1	5	4	5	4	5	3	4	43
43	5	5	4	4	4	4	5	4	5	2	4	46
44	5	5	5	1	5	5	5	4	3	2	5	45

45	5	4	4	2	4	3	5	2	2	4	5	40
46	5	5	4	5	5	5	5	4	4	3	5	50
47	5	5	4	3	5	4	5	2	4	4	5	46
48	5	5	5	5	5	4	5	4	3	4	5	50
49	5	5	4	3	5	3	5	1	4	3	5	43
50	5	5	4	4	5	3	5	4	5	1	5	46
51	5	5	4	3	5	4	5	3	4	3	2	43
52	4	4	4	3	5	3	5	4	4	5	5	46
53	5	5	4	3	4	4	5	1	3	1	3	38
54	4	5	5	3	5	3	5	1	5	4	5	45
55	5	5	4	2	5	3	5	2	4	1	5	41
56	4	4	4	3	4	5	5	1	3	5	5	43
57	5	5	5	3	5	3	5	4	4	3	5	47
58	4	5	4	4	5	3	5	4	4	5	4	47
59	5	5	4	3	5	3	5	1	4	5	5	45
60	4	5	5	1	5	1	5	1	3	5	5	40
61	5	4	4	2	5	2	5	2	3	2	4	38
62	5	5	4	5	5	1	5	1	1	4	5	41
63	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	51
64	4	4	4	2	5	3	4	4	4	4	4	42
65	5	5	5	1	5	4	5	5	5	5	5	50
66	5	4	4	2	5	5	5	1	4	5	5	45
67	3	3	3	3	5	3	4	5	4	1	5	39
68	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	4	51
69	5	5	5	2	5	5	5	5	5	5	5	52
70	5	5	5	4	5	3	5	5	5	5	5	52
71	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	4	47
72	5	4	4	2	5	2	5	1	5	1	5	39
73	5	5	5	1	5	4	5	1	4	2	5	42
74	5	5	5	1	5	4	5	1	4	5	5	45
75	5	5	5	1	5	5	5	3	5	5	5	49
76	5	5	5	2	5	4	5	3	5	4	5	48
77	4	5	4	2	5	3	5	1	4	1	5	39
78	5	5	5	1	5	5	5	4	5	3	5	48
79	4	5	4	1	5	2	5	1	5	1	5	38
80	5	5	5	2	5	4	5	1	5	2	5	44
81	5	4	5	2	5	4	5	4	5	3	5	47
82	3	3	3	3	5	3	5	1	2	5	3	36
83	5	5	5	2	5	4	5	2	5	5	5	48
84	5	5	5	1	5	5	5	4	4	5	5	49
85	5	5	5	1	5	4	5	2	5	3	5	45
86	5	5	3	1	5	5	5	2	5	5	4	45
87	5	5	5	5	5	1	5	2	5	5	5	48
88	5	5	5	1	5	4	5	3	5	4	5	47
89	5	5	5	1	5	4	5	3	5	4	5	47
90	5	5	5	1	5	4	5	1	5	5	5	46
91	5	5	5	1	5	5	5	3	5	4	5	48
92	5	5	4	2	5	1	5	3	5	3	5	43

93	5	4	4	2	5	3	4	3	4	5	5	44
94	5	5	4	2	5	4	5	2	5	3	5	45
95	5	5	5	3	5	4	5	1	4	2	5	44
96	5	5	5	4	5	5	5	2	4	3	5	48
97	5	5	4	3	5	4	5	2	4	4	5	46
98	5	5	5	3	5	4	5	2	5	2	5	46
99	5	5	5	5	5	5	5	1	5	4	5	50
100	5	5	4	3	5	4	5	5	4	4	5	49

Annexe 14 : Histogramme et courbe de distributions des scores



VAR00002

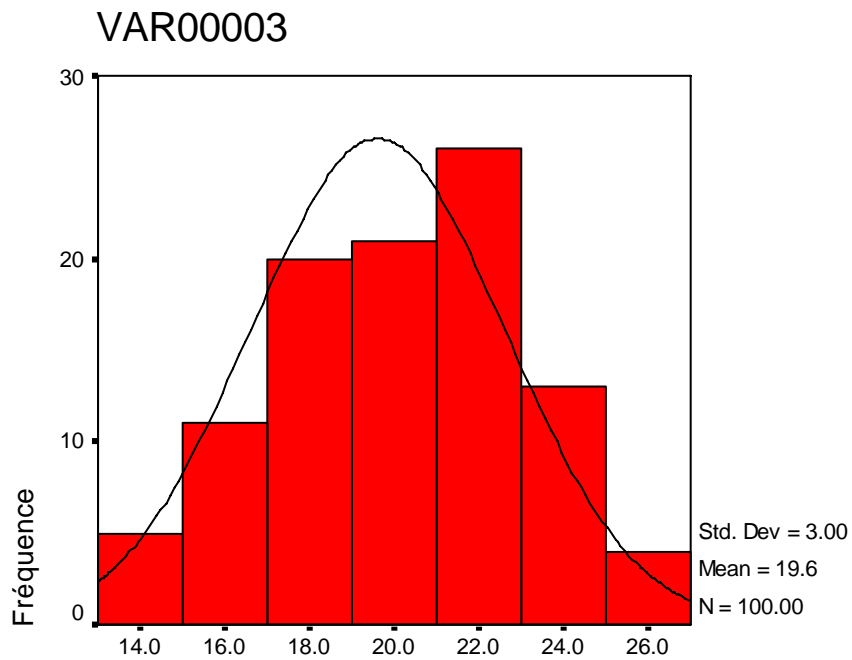
Annexe 15: Scores aux items relatifs aux attitudes face au test de dépistage

Items sujets	4	9	10	15	16	21	Total
1	5	1	1	1	2	5	15
2	5	1	3	2	3	5	19
3	5	2	5	1	2	5	20
4	5	1	1	1	1	5	14
5	5	1	4	1	5	5	21
6	5	1	1	1	1	5	14
7	5	1	3	3	1	5	18
8	4	3	5	3	3	3	21
9	5	1	4	1	4	5	20
10	4	2	2	3	2	5	18
11	5	1	1	2	1	5	15
12	4	3	3	2	4	5	21
13	5	1	2	1	1	5	15
14	5	1	4	1	5	5	21
15	5	1	2	2	2	5	17
16	5	1	4	1	2	3	16
17	5	1	5	3	1	5	20
18	5	1	1	1	2	5	15
19	5	2	4	3	4	5	23
20	4	4	2	3	4	5	22
21	5	1	5	1	5	5	22
22	4	1	1	1	5	5	17
23	4	1	1	1	1	5	13
24	5	1	2	2	1	5	16
25	5	1	2	1	4	3	16
26	5	1	1	4	1	5	17
27	5	4	4	4	1	5	23
28	5	1	3	1	4	5	19
29	5	1	5	1	5	5	22
30	5	1	1	2	1	5	15
31	5	1	4	3	5	5	23
32	5	4	1	1	1	5	17
33	5	2	1	1	5	5	19
34	5	1	5	1	5	5	22
35	4	2	2	2	1	3	14
36	5	2	3	1	1	5	17
37	5	2	4	2	4	5	22
38	4	1	5	1	5	5	21

39	5	2	4	3	4	5	23
40	5	4	5	1	1	5	21
41	4	1	1	5	5	4	20
42	5	2	5	4	1	4	21
43	5	1	4	5	1	4	20
44	4	1	1	5	1	5	17
45	4	1	2	5	1	5	18
46	5	5	2	1	5	5	23
47	5	1	4	4	5	5	24
48	5	2	5	2	5	5	24
49	5	3	1	3	5	5	22
50	5	1	4	1	1	5	17
51	5	1	3	3	4	5	21
52	4	1	4	1	5	5	20
53	5	4	3	2	1	5	20
54	5	1	5	3	1	5	20
55	5	1	4	3	4	5	22
56	4	1	2	2	4	5	18
57	5	1	4	2	5	5	22
58	4	2	3	2	5	4	20
59	5	1	4	2	5	5	22
60	4	1	4	2	1	5	17
61	5	2	2	1	4	5	19
62	4	1	1	1	1	5	13
63	5	1	4	1	4	5	20
64	4	2	2	3	1	4	16
65	5	1	4	1	4	5	20
66	5	1	4	1	1	5	17
67	5	1	4	4	2	5	21
68	5	1	5	1	5	5	22
69	5	1	5	1	1	5	18
70	5	1	4	1	1	5	17
71	5	1	3	2	4	4	19
72	5	1	2	5	5	5	23
73	5	1	4	3	5	5	23
74	5	1	4	2	5	5	22
75	5	1	5	2	5	4	22
76	5	1	4	1	1	5	17
77	5	1	4	5	5	5	25
78	5	1	5	5	5	5	26
79	4	2	4	5	5	5	25

80	5	2	4	2	4	4	21
81	4	2	4	1	4	5	20
82	3	3	4	3	5	5	23
83	5	1	4	1	5	5	21
84	5	1	5	3	5	5	24
85	5	1	3	1	1	5	16
86	5	1	5	1	5	3	20
87	5	1	5	2	1	5	19
88	5	1	5	1	1	5	18
89	5	1	5	1	1	5	18
90	5	1	1	1	2	5	15
91	5	1	5	2	5	5	23
92	5	1	4	1	1	5	17
93	5	2	2	1	4	5	19
94	5	1	2	1	4	5	18
95	5	1	4	5	4	5	24
96	5	1	1	2	5	5	19
97	5	3	4	3	5	5	25
98	5	1	4	1	5	5	21
99	5	1	5	1	5	5	22
100	5	1	3	2	5	5	21

Annexe 16: Histogramme et courbes de distributions des scores



VAR00003