

# INIPSA

*IMPACT DU SOUTIEN NUTRITIONNEL INTÉGRÉ  
POUR LES PATIENTS SOUS TRAITEMENT  
ANTIRÉTROVIRAL*

---

## RAPPORT DE L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE AU BÉNIN

---

PHILIPPE BOCQUIER, DIAL-IRD

KEMAL CHERABI, IMEA

DELPHIN DIASOLUA NGUDI, UNIVERSITÉ DE GAND

CHRISTINE SALOMON, INSERM U687

ANNE STRAUSS, PAM-ROME

FINANCÉ PAR

**DANIDA**

Danish International Development Agency

MINISTÈRE FRANÇAIS  
DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES

Service de coopération et d'action culturelle  
Ambassade de France au Bénin

### Remerciements :

L'équipe d'INIPSA s'associe pour exprimer ses sincères remerciements aux PVVIH qui ont bien voulu donner de leur temps pour répondre à nos questions et ont manifesté leur intérêt pour cette étude, dans un contexte où le sida n'est toujours pas considéré comme une maladie chronique au même titre que d'autres, et fait encore l'objet d'une stigmatisation autant inutile qu'injuste.

Nous remercions sincèrement les personnels des Centres qui ont réservé à l'équipe INIPSA un accueil chaleureux malgré leur charge de travail élevée. Nous souhaitons que ce rapport puisse les aider à améliorer les services qu'ils rendent aux malades autant que leurs conditions de travail.

Le bureau LEADD et les enquêteurs, Lydie Kanhonou, Eric Kouassi Vikey et Émile Hounye, ont mené à bien un travail de qualité et dans les délais impartis, sous la supervision attentive de Patrice Yengo. Nous les remercions tous avec gratitude pour leur contribution.

Nous remercions également le bureau du PAM au Bénin, en la personne de son représentant Jacques Roy, et tout spécialement Guy Onambele qui a assuré le lien constant entre l'équipe INIPSA et les partenaires dans le pays.

Enfin, nous remercions les autorités nationales, Son Excellence Prof. Dorothee Kinde-Gazard qui a donné son appui total au projet, Dr Marcel Zannou, coordinateur PNLIS, qui a facilité l'accès aux Centres, Dr Flore Gangbo, Directrice de la Recherche au Ministère de la Santé, qui a contribué à la mise en place de l'équipe d'enquête, Dr Clément Ahounoussou, qui a mis à jour l'analyse pays. Qu'ils soient tous remerciés pour avoir mobilisé leurs ressources pour que cette étude soit menée à bien.

Ces remerciements ne sauraient se conclure sans une mention spéciale à la DANIDA et à la Coopération Française qui ont fait le pari que nous pourrions achever cette étude dans des délais très courts. Nous espérons nous être montrés dignes de leur confiance et de celle de nos autres partenaires.

## Table des matières

1.	<i>INTRODUCTION</i> .....	5
2.	<i>MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE</i> .....	6
2.1.	Objectifs spécifiques de l'enquête préliminaire.....	6
2.2.	Choix des sites et taille de l'échantillon.....	6
3.	<i>FORMATION ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE</i> .....	7
3.1.	Formation des enquêteurs.....	7
3.2.	Déroulement de l'enquête.....	8
4.	<i>CARACTÉRISTIQUES DES SITES ENQUÊTÉS</i> .....	9
4.1.	La prise en charge médicale.....	9
4.2.	La prise en charge globale.....	10
4.3.	Modalités de la prise en charge psychosociale.....	11
4.4.	Modalités du soutien nutritionnel.....	13
4.5.	Problèmes et insuffisances cités liés au soutien nutritionnel.....	14
5.	<i>ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES PVVIH SOUS ARV AU BENIN</i> .....	15
5.1.	Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée.....	15
5.2.	Caractéristiques socioéconomiques de la population étudiée.....	16
5.3.	Connaissance de la séropositivité et prise en charge des PVVIH sous ARV.....	18
5.4.	Nombre de prises d'ARV et alimentation des PVVIH sous ARV.....	21
5.5.	Caractéristiques biométriques des PVVIH sous ARV.....	22
5.6.	Santé auto-perçue des PVVIH sous ARV.....	25
5.7.	Habitat et conditions d'hygiène des PVVIH sous ARV.....	26
6.	<i>ANALYSE DES DETERMINANTS DE LA SANTE ET DE L'AIDE</i> .....	27
6.1.	Les déterminants de la santé physique.....	28
6.2.	Les déterminants de la santé psychologique.....	29
6.3.	Les déterminants de l'aide et du soutien nutritionnel.....	30
7.	<i>CONCLUSIONS</i> .....	31

### Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition des effectifs interrogés et des effectifs prévus	9
Tableau 2 : Description des sites	10
Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques (INIPSA 2005 / Enquête 1-2-3 Cotonou 2001) :	16
Tableau 4 : Caractéristiques socio-économiques : INIPSA 2005/ Enquête 1.2.3 Cotonou 2001	17
Tableau 5 : Connaissance de la séropositivité	18
Tableau 6 : Durée de consultation dans un centre de traitement	19
Tableau 7 : Durée du traitement ARV	19
Tableau 8 : Partage de l'information sur la séropositivité	19
Tableau 9 : Possibilité de se confier dans les 30 derniers jours	20
Tableau 10 : Participation à la vie associative dans les 30 derniers jours	20
Tableau 11 : Possibilité de dialogue dans le Centre de santé dans les 30 derniers jours	20
Tableau 12 : Nombre de prises d'ARV quotidiennes	21
Tableau 13 : Changement des habitudes alimentaire à cause du traitement	21
Tableau 14 : Aide alimentaire	22
Tableau 15 : Répartition de l'indice de masse corporelle des patients ayant déclaré leur taille et leur poids	23
Tableau 16 : Santé physique	24
Tableau 17 : Santé psychologique	24
Tableau 18 : Effets secondaires du traitement ARV	25
Tableau 19 : Dépenses liées au traitement (en FCFA)	25
Tableau 20 : Habitat des enquêtés	26
Tableau 21 : Conditions d'hygiène des enquêtés	27
Tableau 22 : Effet net des déterminants de la santé auto-perçue	30

### Liste des abréviations

ACDI	Agence Canadienne de Développement International
ARV	Anti-rétro viraux
BASP'96	Bureau d'Appui en Santé Publique'96
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CNHU	Centre National Hospitalier et Universitaire
CNLS	Comité National de Lutte contre le Sida (Ministère de la planification et du développement)
CTA	Centre de Traitement Ambulatoire
DIAL	Développement Institutions et Analyses à Long terme
FAO	Food and Agriculture Organisation
IMEA	Institut de Médecine et d'Epidémiologie Appliquée
IBAARV	Initiative Béninoise d'Accès aux AntiRétroviraux
INIPSA	Impact du soutien Nutritionnel Intégré pour les Patients Sous traitement Antirétroviral
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
LEADD	Laboratoire d'Études Appliquées aux Dynamiques de Développement
MAP	Multi-sectoral Aids program
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA	Organisation des Nations Unies pour la lutte contre le Sida
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PNLS	Programme National de Lutte contre le Sida au Mali
PPLS	Projet Plurisectoriels de Lutte contre le Sida
PTME	Prévention de la transmission Mère- Enfant du VIH
PVVIH	Personne Vivant avec le VIH
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

## 1. INTRODUCTION

Face à la progression de l'épidémie du VIH/Sida, à son ampleur et à son impact considérable dans les pays en développement, notamment en Afrique subsaharienne<sup>1</sup> il y a aujourd'hui un consensus international sur la nécessité de mettre à la disposition des pays du Sud les traitements antirétroviraux (ARV) dans le cadre des programmes nationaux de santé publique, attesté par :

- la baisse des coûts des ARV ;
- la simplification de l'approche thérapeutique et du suivi, qui peut se faire dans un centre de santé (centre ambulatoire de traitement) ;
- la mobilisation forte de la société civile et des acteurs associatifs dont les associations de PVVIH ;
- la volonté politique de la majorité des gouvernements concernés pour traiter les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et leurs efforts pour se doter de plans d'accélération de mise sous ARV ;
- l'engagement de la communauté internationale envers la prise en charge des PVVIH<sup>2</sup> et notamment l'accès aux traitements ARV des pays du Sud (UNGASS<sup>3</sup>, initiative 3\*5<sup>4</sup>, etc.).

Il résulte de cet engagement international un accroissement des ressources financières mises à disposition (Fonds MAP de la Banque Mondiale, Fonds Mondial de lutte contre la Tuberculose, le VIH et le Paludisme). De plus, l'OMS et l'ONUSIDA fournissent une assistance technique et diffusent des guides de bonnes pratiques pour aider les pays à utiliser ces financements dans le cadre de protocoles standardisés pour la prévention, la prise en charge et le traitement ainsi que la gestion financière.

Dans ce contexte favorable à l'accès aux traitements ARV dans les pays du sud, le concept de prise en charge globale des PVVIH est devenu indissociable de la mise sous traitement ARV. La prise en charge globale consiste à faire bénéficier les patients que l'on va traiter d'un paquet minimum de soins : les ARV en constituent le noyau autour duquel s'articulent une éducation à la prévention, le suivi médical et biologique, l'appui psychosocial. En revanche, ces modalités de la prise en charge varient selon les contextes et les politiques nationales et ce n'est que très récemment que le soutien nutritionnel est apparu comme une composante indispensable de cette prise en charge globale. Le directeur exécutif de l'ONUSIDA, Peter PIOT, soulignait en janvier 2005 que « *le traitement des PVVIH est plus que l'accès aux ARV. Les PVVIH ont besoin d'un panel de services allant des centres de dépistage et de conseils au soutien nutritionnel* »<sup>5</sup>. Une déclaration similaire a été faite conjointement par les Directeurs exécutifs de l'OMS et du PAM en avril 2005.

<sup>1</sup> L'Afrique subsaharienne représente 65% des PVVIH, 74,2% des décès dus au sida et 63,3% des nouvelles infections en 2004. ONUSIDA – OMS « Le point sur l'épidémie de Sida, décembre 2004 ».

<sup>2</sup> Nations Unies, « Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida », Session extraordinaire de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida – 25/27 Juin 2001.

<sup>3</sup> Session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/Sida qui a eu lieu en juin 2001.

<sup>4</sup> Initiative de l'OMS dont l'objectif est la mise sous traitement ARV de 3 millions de personnes d'ici 2005.

<sup>5</sup> Joint media release WHO/UNAIDS/Global Fund/US Government, 26 janvier 2005.

Cette prise de conscience des agences internationales fait suite à la pratique des acteurs sur le terrain qui tant à l'échelle associative qu'hospitalière, incluent le soutien nutritionnel dans la prise en charge globale lors de la mise sous ARV. Récemment, certaines propositions soumises au Fonds Mondial demandent explicitement le financement de ce soutien nutritionnel, faisant la preuve que l'attention apportée à ce volet dans le cadre des traitements ARV est croissante au niveau des professionnels sanitaires, sociaux et des gouvernements. Les partenaires au développement et les organisations internationales commencent à envisager le financement de cette composante nutritionnelle pour laquelle ils demandent toutefois des recherches opérationnelles pour en chiffrer précisément le coût et en évaluer l'impact. Certains partenaires au développement ont même commencé à financer cette composante nutritionnelle pour des programmes spécifiques.

## 2. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE PRÉLIMINAIRE

Les enquêtes préliminaires avaient pour objectif général de fournir au projet les données de base nécessaires à l'élaboration d'une méthodologie appropriée afin d'évaluer l'impact du soutien nutritionnel dans le cadre d'une prise en charge globale des patients sous ARV dans les sites de traitement de quatre pays d'Afrique (Bénin, Burundi, Mali et Sénégal) où le PAM fournit de l'aide alimentaire.

### 2.1. Objectifs spécifiques de l'enquête préliminaire

Dans chaque pays, il s'agissait de mener une enquête préliminaire et son analyse descriptive dans plusieurs centres de traitement des malades du VIH, avec trois objectifs spécifiques :

- Recueillir l'information médicale de base au niveau des registres d'accueil des centres de traitement afin de décrire les flux de patients sous ARV ;
- Évaluer l'état socio-économique, médical et nutritionnel d'un échantillon de patients sous traitement ARV à l'aide d'une enquête par questionnaire, ainsi que leur perception de la façon dont ils reçoivent les différentes composantes de la prise en charge globale ;
- Connaître par une approche qualitative le point de vue du personnel (tant soignant qu'associatif) des sites de traitement sur la prise en charge globale, identifier ses composantes locales et observer sa mise en œuvre, en particulier les modes de soutien nutritionnel quand ils existent.

Chacun des trois enquêteurs était en charge d'un de ces trois objectifs.

### 2.2. Choix des sites et taille de l'échantillon

La politique nationale de prise en charge des PVVIH au Bénin qui a été d'emblée décentralisée, explique qu'il y ait 23 Centres dispersés dans le pays. En conséquence, il a fallu procéder à un choix non aléatoire des Centres à enquêter. Les critères qui ont prévalu ont été d'essayer d'obtenir une représentation de la diversité des modalités de prise en charge qui prévaut au Bénin : public/associatif/privé, urbain/semi-urbain, confessionnel ou non. Par ailleurs, le projet a retenu les sites dispensant des ARV qui avaient des activités nutritionnelles (aide alimentaire et/ou conseil nutritionnel) et une file active de plus de 50 malades traités.

L'échantillon INIPSA est donc différent de l'échantillon interrogé par le BASP'96 (549 patients sous ARV ou non) qui, pour évaluer la prise en charge médicale des PVVIH au Bénin de 2000 à 2004, couvrait l'ensemble des Centres de traitement, notamment le Service de Santé des Armées (Camp Guezo) et le Centre de Traitement Ambulatoire (CTA d'Akapka), ayant ou non des activités nutritionnelles. La taille de l'échantillon INIPSA a été déterminée avant le démarrage de l'enquête proportionnellement aux effectifs des patients sous ARV dans chaque Centre de traitement. En effet, étant donné les délais, nous avons opté pour l'objectif d'enquêter 5% de la file active de patients sous ARV, et au minimum 10 patients dans les Centres ayant moins de 200 patients en file active. Au total, l'effectif attendu était de 110 patients.

La sélection des patients s'est faite par tirage aléatoire dans la file d'attente des patients, généralement devant la pharmacie, sur indication du pharmacien ou du médecin pour n'interroger que les patients sous traitement ARV. Cet échantillon ne permet évidemment pas de garantir une représentativité parfaite de l'ensemble de la file active par Centre, du fait que les patients qui interrompent ou suspendent leur traitement pour diverses raisons ne sont pas interrogés. Cependant, la procédure de sélection permet d'avoir au moins une bonne représentativité des patients sous traitement, attesté ici par le retrait de ce traitement auprès du pharmacien. Les effectifs sont en revanche trop faibles pour autoriser les extrapolations à l'ensemble de la file active. Les résultats mentionnent donc simplement les effectifs enquêtés.

### 3. FORMATION ET DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE

#### 3.1. Formation des enquêteurs

La formation, menée les 22 et 23 septembre à Cotonou, s'est déroulée dans l'ordre suivant :

- présentation du projet d'ensemble (genèse, objectifs de l'intervention et de son évaluation, objectifs de l'enquête préliminaire, calendrier),
- présentation générale des outils de collecte auprès des registres, des patients et des Centres de traitement,
- description des objectifs et du guide de l'enquête qualitative auprès des personnels des Centres et sur le fonctionnement de la prise en charge,
- description des objectifs et de la grille de saisie des registres pour l'obtention des flux,
- description des objectifs et du questionnaire patient.

Ensuite, la formation au questionnaire patient comportait les éléments suivants :

- exposé sur la fiche de consentement et approfondissement des principes éthiques (participation volontaire des patients, droit de ne pas répondre à certaines questions, confidentialité des informations recueillies, attitude respectueuse vis-à-vis des patients et du personnel des sites de traitement) de l'enquête préliminaire,
- description de la procédure de sélection des patients dans la file d'attente,
- exposé des modules, question par question, à l'aide du manuel des enquêteurs (certaines modalités de réponse doivent être adaptées au contexte national : énumération des Centres, utilisation ou non du numéro d'identification du patient

et des informations sur le poids et la taille d'après les dossiers des patients, dénomination des organismes de sécurité sociale, dénomination des cycles scolaires),

- simulations d'entretien en français et en langue nationale.

Chaque membre de l'équipe, au nombre de 3 investigateurs, devait en outre effectuer au moins une fois ou deux un entretien par questionnaire, même s'il n'était pas en charge principalement de cette collecte. Ceci avait pour but de permettre aux membres de l'équipe chargés de l'enquête qualitative et du recueil sur registre d'appuyer la collecte auprès des patients en cas de besoin, afin d'atteindre les quotas définis pour chaque Centre de traitement. Cependant, cette substitution n'a pas été nécessaire au Bénin.

À noter que la formation au Bénin a permis de déceler de petites erreurs dans le questionnaire qui ont permis d'ajuster certaines questions et le manuel en conséquence. Ces corrections ont été envoyées au Mali, où le questionnaire était encore testé. Le questionnaire standard définitif INIPSA (établi le 23 septembre) a donc bénéficié à la fois de l'expérience des tests au Mali et des discussions lors de la formation au Bénin.

### 3.2. Déroulement de l'enquête

L'enquête au Bénin a connu un retard important pour des raisons essentiellement administratives. Malgré tout, l'équipe a accepté de partir sur le terrain avant que les contrats et autres documents n'aient été finalisés. Le point fort de l'enquête au Bénin, qui s'est déroulée du 31 septembre au 9 novembre 2005, est la substituabilité. Le coordinateur, anthropologue, a pu venir sur le terrain en appui de l'investigateur chargé de la collecte qualitative, de même que l'investigatrice chargée de l'enquête auprès des patients, qui a une longue expérience du milieu hospitalier. L'investigateur chargé des registres pouvait facilement appuyer l'enquête auprès des patients, tant au niveau du passage du questionnaire (bien que cela ne s'est pas avéré nécessaire) que pour la saisie.

Le CNHU à Cotonou ne dispose pas de données informatisées, de sorte que les registres de la pharmacie, le registre du PPLS et le registre des ordonnances ont été utilisés. À l'ONG Arc-en-ciel de Cotonou, les registres d'accueil et de pharmacie ont été utilisés, à défaut de fichiers informatisés. L'hôpital de zone Saint Jean de Dieu de Tanguiéta ne fournit des ARV que depuis août 2005, les registres de pharmacie, non informatisés, sont donc très récents. En revanche, le registre d'accueil est informatisé et les informations pertinentes pour les PVVIH ont pu en être extraites. Au CHD Parakou, le registre de consultation n'a été instauré qu'en Avril 2005 et il n'y a pas de registre de pharmacie. Les données ont dû être recueillies à partir des ordonnances. À l'hôpital St Camille de Davougou, il n'existe pas de registre de consultation, mais des fiches individuelles de consultation et un registre des PVVIH sous ARV, complété par des informations prises dans les ordonnances. Au CHDO de Porto-Novo, il existe un registre de consultation et un registre de pharmacie qui n'est tenu que depuis février 2005, tous deux manuscrits. À MSF Dogbo, tous les registres sont informatisés, aucun registre n'est manuscrit. Un extrait de la base de données a été fourni par les responsables du Centre. En somme, il n'y a qu'un Centre où toutes les données sont informatisées (MSF) et un pour lequel seules le registre d'accueil l'est (hôpital St Jean de Dieu de Tanguiéta), les autres Centres n'ayant que des registres manuscrits ou d'autres documents papiers (dossiers patients ou ordonnances). La difficulté a donc été d'harmoniser les informations recueillies auprès de sources très disparates. À noter que très peu de Centres utilisent des numéros d'identification anonyme des patients et qu'une bonne partie

de la saisie a dû se faire en utilisant les trois premières lettres des prénoms et noms afin de suivre l'observance des patients sous ARV.

Le tableau 1 montre que les effectifs interrogés sont supérieurs aux effectifs initialement prévus grâce à une bonne planification et un bon déroulement des interventions dans les centres de soins. En définitive, 113 patients ont été interrogés contre 110 prévus et il n'y a eu aucun refus parmi les enquêtés.

La répartition selon le sexe montre qu'il y a une nette dominance des femmes dans la population interrogée, l'échantillon étudié étant à 62% féminin. Ceci concorde avec les études précédentes montrant un taux de prévalence plus important du VIH chez les femmes. Par la suite, on distinguera les caractéristiques de l'échantillon par sexe pour pouvoir observer d'éventuelles différences de genre.

**Tableau 1 : Répartition des effectifs interrogés et des effectifs prévus**

Site de traitement	Hommes	Femmes	Total	Effectifs total interrogés	Effectifs prévus	Taille supposée de la file active
C N H U, Cotonou	33,3	66,7	100	24	20	785
Arc-en-ciel, Cotonou	33,3	66,7	100	12	10	85
Hôpital de zone, Tanguéta	55,5	44,4	100	18	20	100
C H D du Borgou, Parakou	50,0	50,0	100	12	10	150
Hôpital St Camille, Davougou, Abomey	31,2	68,7	100	16	15	283
MSF Dogbos	29,4	70,6	100	17	15	150
C H D de l'Ouémé Porto-Novo	35,7	64,2	100	14	10	150
Total	38,1	61,9	100	113	110	1653

#### 4. CARACTÉRISTIQUES DES SITES ENQUÊTÉS

Rendre accessibles les ARV et améliorer la prise en charge globale constituaient les principaux objectifs de l'IBAARV (2001). Fin 2004 le traitement par les ARV était gratuit ainsi que les consultations de suivi, un bilan minimum pré thérapeutique et de suivi, la prophylaxie des infections opportunistes. La mise en application de cette décision se fait progressivement et, au moment où l'enquête s'est déroulée, les ARV étaient effectivement gratuits dans tous les sites. Les entretiens menés avec les personnels des centres (50) ont concerné un large éventail de catégories professionnelles : médecins (dans tous les sites), personnels en charge des pharmacies, infirmiers, aide-soignants, laborantins, travailleurs sociaux, personnels d'accueil, responsable des stocks, cuisinières, médiateurs de santé.

##### 4.1. La prise en charge médicale

Tous les sites enquêtés permettent une prise en charge avec hospitalisation des patients. La prescription d'ARV apparaît relativement récente. Les deux premiers sites où les ARV ont été dispensés sont le CHNU de Cotonou et le CHD de l'Ouémé à Porto Novo, en 2002. Bien que des patients du centre de santé Saint-Camille de Davougou aient pu auparavant recevoir des ARV au centre médico-social de Gohomey puis au Centre d'Information et de Prise en Charge (CIPEC) du CHD à Abomey, à Saint-Camille la dispensation des ARV ne date que d'avril 2005. A l'hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguéta comme au centre Arc-en-ciel de Cotonou, elle est effective depuis août 2005 seulement.

Tableau 2 : Description des sites

Régions	Sites	Nature du site	Année de début du traitement ARV
Cotonou	CHNU (SMAS, CIPEC)	Hospitalier	2002
	Arc-en-Ciel	Associatif	2005
Tanguiéta	St-Jean de Dieu	Hospitalier	2005
Parakou	CHD du Borgou (CIPEC)	Hospitalier	2004
Abomey	St-Camille Davougon	Associatif	2005
Dogbo	Sonagnon-MSF	Associatif	2004

L'enquête par entretien auprès des soignants n'indique pas de problème de rupture dans l'approvisionnement en ARV. En revanche les professionnels des sites signalent des ruptures récurrentes de médicaments contre les infections opportunistes et de réactifs de laboratoire, ainsi que de réelles carences en matériel technique (tensiomètres, thermomètres), en consommables médicaux, en matériel anthropométrique (toises et balances) ainsi qu'une insuffisance en équipement de laboratoire.

#### 4.2. La prise en charge globale

Tous les centres enquêtés offrent une prise en charge qui dépasse l'aspect médical. L'ensemble des personnels interrogés s'accorde sur la nécessité d'une prise en charge globale, et dans plusieurs centres les bienfaits de l'aide alimentaire sur l'observance ont été soulignés par les soignants. La prise en charge, à vocation globale, est mise en œuvre de façon assez différente selon les centres avec des variations importantes dans le montant des frais médicaux qui restent à charge des patients ainsi que dans l'éventail des services qui leur sont offerts. Les limitations plus ou moins marquées dans un volet ou un autre de la prise en charge sont généralement liées à l'absence de financement et de personnel en charge de ces activités. La surcharge de travail apparaît comme une constante du discours de l'ensemble des soignants et des agents sociaux qui s'occupent des PVVIH et se trouvent débordés par l'affluence des malades. Cette affluence cependant semble témoigner aussi d'un recul de la stigmatisation, de ce que les malades ont fini par « vaincre la peur de la maladie et la honte du qu'en dira-t-on ». Aux conditions de travail difficiles, s'ajoute fréquemment l'évocation d'une rémunération insuffisante.

Les associations à base communautaire, dont la mobilisation favorise la globalité de la prise en charge, ne sont pas impliquées au même niveau dans tous les centres. Les médiateurs et médiatrices de santé, qui sont le plus souvent des PVVIH ou des personnes affectées, jouent déjà dans la plupart d'entre eux un rôle important. Leur formation et leur statut (salarisés, indemnisés, bénévoles) ne semblent toutefois pas identiques. Ils sont le plus souvent chargés des visites à domicile et contribuent au soutien psychosocial. Celui-ci repose sur l'ensemble du personnel des centres, soignants inclus, et plus particulièrement sur les travailleurs sociaux, mais aussi sur des conseiller(e)s formé(e)s au counselling, ainsi que des médiateurs de santé qui tissent avec les patients des relations interpersonnelles d'écoute, d'attention, de dialogue. Un tel type de prise en charge vise à informer et assister face aux perturbations sociales et psychologiques légères, à impliquer la communauté et également prévenir l'extension de l'épidémie. L'accompagnement spirituel apparaît partout une composante importante de la prise en charge y compris dans les structures non confessionnelles, visitées par des aumôniers. Les consultations psychothérapeutiques, qui restent nécessaires dans les cas lourds et dans les situations de crise, ne sont disponibles que dans les trois centres qui emploient un psychiatre. Dans les centres dépourvus de psychiatre ou de médecin formé à

la régulation, les personnels impliqués auprès des PVVIH ne peuvent pas non plus bénéficier d'une telle instance.

Au travers de la création du projet Sèdékon, Caritas/Bénin assure un volet important de la prise en charge des PVVIH en fournissant de l'aide alimentaire, notamment dans certains centres hors de Cotonou. Parmi ces derniers, le projet Sèdékon intervient directement au Centre de Santé Saint-Camille de Davougon et au CHD de l'Ouémé/Plateau. Il intervient indirectement au CHD du Borgou-Alibori dans la mesure où les patients sont adressés pour le soutien nutritionnel au centre médicosocial de Boko, partenaire du Sèdékon. L'Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguéta, au moment de l'enquête, avait rompu son partenariat avec ce programme.

Le soutien nutritionnel est un besoin immédiat et important de la majorité des PVVIH. Il est donc considéré comme un appui intégré à la prise en charge globale. Il comporte la mise à disposition, si nécessaire, de ressources alimentaires adaptées, l'éducation nutritionnelle et des activités favorisant la sécurité alimentaire et l'autonomie socio-économique. Bien que la plupart des centres, à l'exception du CHNU, offrent une aide alimentaire, la périodicité, les quantités disponibles et les critères d'attribution ne sont pas homogènes. Parmi les autres volets de l'appui nutritionnel, une éducation individuelle et parfois collective est prodiguée aux patients dans plusieurs sites, mais les activités comme les ateliers ou démonstrations culinaires et les repas communautaires ne sont pas encore organisées, si ce n'est au centre MSF de Dogbo (cf. plus loin sur les modalités du soutien nutritionnel).

Une expérience intéressante a lieu à Saint-Camille de Davougon : la culture de spiruline (*Spirulina platensis*), une algue du lac Tchad où elle fait partie de l'alimentation traditionnelle des tribus vivant dans le sud de la province du Kanem, par ailleurs produite commercialement et utilisée au Burkina Faso dans un Centre de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN). La spiruline cultivée localement est distribuée aux patients de Saint Camille comme complément alimentaire.

Enfin les activités génératrices de revenus susceptibles d'optimiser l'appui social et nutritionnel n'ont été mises en place que dans deux des centres enquêtés. Ce sont des activités de type artisanal dans un cas et agricole dans l'autre. Le développement de telles activités et l'extension à d'autres sphères économiques (commerce, restauration par exemple) paraît particulièrement nécessaire pour répondre aux besoins économiques exprimés par les patients et pallier leurs demandes d'aide financière non satisfaites dans divers sites enquêtés.

### 4.3. Modalités de la prise en charge psychosociale

Une certaine diversité caractérise la prise en charge psychosociale.

Au CHNU Hubert Koutoukou Maga de Cotonou et au CHD du Borgou Alibori, les frais d'hospitalisation, les analyses et examens qui ne font pas partie du paquet minimum sont payants et le soutien nutritionnel est réduit. Au CHNU de Cotonou il se limite à des conseils individualisés, il n'y a pas d'aide alimentaire, et au CHD du Borgou Alibori, les patients qui en ont besoin sont orientés vers le centre médico-social de Boko. Par ailleurs, il n'y a pas encore de médiateurs de santé au CHD du Borgou Alibori alors qu'une dizaine de médiateurs de santé servent d'interface au CHNU entre les soignants et les patients et assurent les visites à domicile. Dans ces deux sites, la prise en charge psychothérapeutique

est possible puisqu'un psychiatre consulte et, en outre, anime des séances de régulation pour le personnel.

Au **CHD de l'Oueme/Plateau**, les frais à charge des patients sont moindres. Les hospitalisations et les analyses médicales sont prises en charge, même si certains examens demeurent payants (radiographie des poumons) et si, comme ailleurs, les médicaments non disponibles *in situ* doivent être achetés. Les médiateurs, qui ont un rôle important d'accueil et d'information des malades, sont également dotés de moyens de déplacement pour assurer les visites à domicile dans la région. Le psychiatre de l'hôpital paraît ne pas contribuer à la prise en charge des PVVIH. L'aide alimentaire, en principe disponible dans cet hôpital, souffrait au moment de l'enquête d'une rupture depuis deux mois.

L'hôpital **Saint-Jean de Dieu de Tanguéta** requiert pour ses prestations, hors ARV et médicaments contre les infections opportunistes, une participation des patients à hauteur de 25% de leur prix. Ce centre a pour particularité d'être ouvert en permanence et d'être très fréquenté. Les malades qui résident hors de Tanguéta sont suivis à domicile par des médiateurs bénévoles. Des messes et des activités religieuses sont organisées pour les malades dans la chapelle, mais il n'y a pas de possibilité de suivi psychothérapeutique. Le soutien nutritionnel est très réduit. En l'absence d'aide alimentaire à proprement parler du fait de la rupture de partenariat avec Sédékon, quelques vivres (céréales, poissons...) achetés sur place sont distribués, mais de façon irrégulière. Notons que, sous l'impulsion d'une religieuse responsable de la section pédiatrique, un champ de plus d'un hectare a été mis à la disposition d'une association très active de PVVIH « Mieux Vivre » qui le cultive. Les récoltes de maïs de ce champ contribuent à assurer à ces malades leur alimentation.

Au centre associatif laïque **Arc-en-ciel de Cotonou**, à part les ARV, les médicaments génériques et quelques analyses (NFS, CD4), les consultations et services sont payants pour les patients mais à coût réduit, 25% environ de leur valeur. Outre les soignants et les travailleurs sociaux, des médiateurs de santé bénévoles sont impliqués dans la prise en charge psychosociale des patients. Une éducation nutritionnelle est dispensée et les patients démunis peuvent bénéficier en principe d'une aide alimentaire mais qui était indisponible depuis deux mois au moment de l'enquête.

Le centre **Sonagnon/MSF Luxembourg** implanté dans le centre de santé de la commune de **Dogbo** est également laïc. Sa particularité est d'assurer la gratuité complète de tous les services médicaux et de fournir un appui nutritionnel qui comprend une aide alimentaire, des conseils individuels et collectifs ainsi que l'organisation mensuelle de repas communautaires. En plus de l'implication des soignants et des travailleurs sociaux, des médiateurs issus de l'association Nonvignon de Dogbo ont été engagés pour aider à la prise en charge psychosociale. Ils participent au counselling, recherchent les perdus de vue en faisant des visites à domicile et participent à l'éducation à l'observance. Il n'existe pas de possibilités de consultations de psychologue ou de psychiatre. Le personnel est submergé par l'affluence des patients.

Le centre de santé **Saint-Camille de Davougon** est fortement marqué par le charisme de son encadrement religieux appartenant à un ordre qui a pour vocation d'assister les malades, en particulier les plus pauvres, et fait vœu de « servir les malades même au prix de sa propre vie ». L'ensemble de la prise en charge médicale y compris les examens de laboratoire et les hospitalisations y est gratuit, sauf les médicaments génériques vendus à 25% de leur coût. Le transport des malades qui en font la demande est pris en charge. Outre

le médecin, l'infirmier (un prêtre) et les travailleurs sociaux, des conseillers bénévoles, PVVIH ou non, participent à l'accompagnement psychosocial des malades et se chargent des visites à domicile. Il n'y a pas de consultations psychothérapeutiques, mais les offices religieux sont quotidiens. L'aide alimentaire est complétée par des conseils nutritionnels individualisés, la distribution de spiruline ainsi que par des séances d'éducation nutritionnelle collective au moment de la distribution des vivres. En outre, Saint Camille de Davougou dispose d'un centre du jour où des PVVIH, en majorité des femmes, exercent sur place, des activités d'artisanat d'art (gravure, peinture), font du tissage et fabriquent des cierges et des balais. Par ailleurs, l'association des PVVIH possède une coopérative de fabrication et de vente des pains de savons. Ce genre d'expérience montre comment dans le développement d'activités génératrices de revenus, la dimension de genre peut être prise en compte en favorisant le retour à l'autonomie économique des femmes et, au-delà, un processus social de reconnaissance et de promotion de leurs capacités.

#### 4.4. Modalités du soutien nutritionnel

Parmi les sept sites de traitement enquêtés, quatre d'entre eux offrent un soutien nutritionnel aux PVVIH mais à cause de ruptures de stock l'aide alimentaire n'était plus fournie aux patients dans deux d'entre eux depuis deux mois au moment de l'enquête.

En général, le soutien nutritionnel associe à l'aide alimentaire composée de céréales, de légumineuses et d'huile végétale, remise une fois par mois, une éducation nutritionnelle qui n'est pas encore très structurée, à l'exception du centre de santé MSF de Dogbo. Dans les centres où elle existe, la distribution de l'aide alimentaire coïncide avec les jours de consultations et de remise des ARV. Le PAM et le CRS constituent les principaux donateurs. Le CRS achemine trimestriellement les vivres.

**Le CHD de l'Ouémé/Plateau** dispense une aide alimentaire mise en place depuis 2002 grâce au CRS et assurée par Caritas à travers le projet Sédékou et des conseils nutritionnels individualisés. Il n'y a pas de repas communautaires. L'aide alimentaire est constituée de semoule, de riz, de WSB, de lentille et de l'huile végétale. Elle est attribuée à tous les PVVIH sous traitement et donnée une fois par mois. Au moment de l'enquête, il y avait rupture de stock depuis deux mois.

**Le Centre Arc-en-Ciel de Cotonou** dispose depuis février 2002 d'une aide alimentaire du PAM et du CRS. Des conseils nutritionnels individuels sont donnés mais ni repas communautaires ni démonstrations culinaires ne sont organisés. Pour bénéficier de l'aide alimentaire, il faut être membre de l'Association Cercle de Vie et démuné. La distribution de l'aide est mensuelle et la quantité varie selon la taille du ménage (cinq personnes au plus et au-delà la quantité donnée ne varie pas). La ration mensuelle d'un ménage de cinq personnes est la suivante : 10 kg de semoule, 12 kg de soja, 12 kg de lentille et quatre litres d'huile végétale. Pour une personne seule : 2 kg de semoule, de 2 kg de soja, de 2 kg de lentille et de 0,66 litres d'huile végétale. Au moment de l'enquête, il y avait une rupture de stock depuis deux mois.

**A l'Hôpital Saint-Camille de Davougou**, l'aide alimentaire provient de plusieurs organisations dont le PAM, le PPLS, l'ONG Terre des Hommes et le CRS, grâce au projet Sédékou. Cette aide alimentaire est attribuée à tous les PVVIH, sous ARV ou non, et varie selon la taille des ménages. La ration suivante est distribuée une fois par mois et par personne : 4 kg de semoule, 4 kg de WSB (farine enrichie de blé et de soja), 4 kg de lentilles, 2 kg de riz et 1 litre d'huile végétale. Le jour de distribution de l'aide coïncide avec les

consultations et la dispensation des ARV. L'éducation nutritionnelle est faite des conseils aussi bien individualisés que collectifs donnés par le conseiller qui s'occupe de la distribution. Il n'y a pas de démonstrations culinaires ni de repas communautaires.

Par ailleurs, le site a un jardin où est cultivée la spiruline, donnée aux patients dans des sachets de 10 grammes. Les recherches se poursuivent encore sur les propriétés thérapeutiques de ce micro-organisme mais on sait que cette algue a une forte teneur en protéines et que sa concentration en fer est importante. Elle contient aussi de l'acide gamma-linolénique, du bêta-carotène, de la phénylalanine, de la thiamine, de la riboflavine, du magnésium, du phosphore, du calcium, du potassium et des vitamines du groupe B.

Au **Centre de Santé de Dogbo/MSF-Luxembourg**, l'appui nutritionnel est lié à un partenariat avec le CRS et le PAM depuis février 2004. Une aide alimentaire est accordée aux PVVIH ayant un indice de masse corporelle inférieur à 16 (ration 1) ou compris entre 16 et 18 (ration 2) et aux enfants VVIH dont le rapport poids/taille est inférieure à 70% ou compris entre 70% et 80%. L'aide est accordée pour une durée d'un an.

MSF en dehors de l'appui de ses partenaires, achète des vivres à l'intention des PVVIH pour donner à chaque adulte une ration de 2500 Kcal par mois. Les PVVIH bénéficient par personne et une fois par mois d'un kit nutritionnel composé de 5 kg de riz, 6 kg de maïs, 3 kg de soja, 1 kg de lentille, 1 litre d'huile, 1 boîte de conserve de poissons. La distribution de cette aide coïncide avec la consultation pour dispensation des ARV.

L'éducation nutritionnelle est faite de conseils individuels mais aussi de séances collectives organisées une fois par mois avec un repas communautaire et une démonstration culinaire à partir de bouillie enrichie au soja suivie de débats entre les participants.

#### **4.5. Problèmes et insuffisances cités liés au soutien nutritionnel**

- Les effectifs très insuffisants du personnel, peu payé et peu formé en éducation nutritionnelle et en gestion des stocks.
- Les ruptures d'approvisionnement en vivres.
- L'insuffisance des quantités de vivres offertes par rapport à la demande.
- Le manque de matériel d'appréciation de l'état nutritionnel (toises, balances).

<b>5. ANALYSE DES CARACTERISTIQUES DES PVVIH SOUS ARV</b>
---

L'analyse des données s'organise en deux parties : une partie descriptive, ayant pour but essentiellement de décrire l'échantillon selon le sexe et le Centre de traitement ; une partie plus analytique où nous tenterons d'identifier les déterminants de la santé, de la situation nutritionnelle et des attitudes des patients. Nous terminerons par une conclusion faisant la synthèse de nos observations.

### 5.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée

Notre échantillon est en majorité (62%) composé de femmes. Ce chiffre montre une augmentation par rapport aux données épidémiologiques sur le VIH/Sida de l'OMS/ONUSida pour l'année 2003 (56,9%)<sup>6</sup>. Le pourcentage est de 52,3% d'après l'étude du BASP'96 sur 4265 dossiers de PVVIH (sous ARV ou non) des années 2000 à 2004, dont près de la moitié sont des dossiers de l'année 2004 et un quart des dossiers de 2003<sup>7</sup>. Le BASP'96 a mené des entretiens sur un échantillon de 549 patients (dont 318, soit 58%, sous traitement ARV) venus en consultation en janvier-février 2005 (selon une méthode de sélection proche de celle utilisée par INIPSA) et a trouvé un chiffre (61,2%) très proche d'INIPSA. La féminisation de la population des PVVIH enquêtées peut s'expliquer par la féminisation de l'épidémie mais aussi par une plus forte proportion de femmes se faisant soigner que les hommes. On distinguera les caractéristiques de l'échantillon par sexe pour pouvoir observer d'éventuelles différences de genre. Lorsque ces différences sont significatives, nous mentionnons le résultat des tests.

L'analyse du tableau des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon montre que les hommes comme les femmes se distinguent de la répartition observée dans la population urbaine si l'on en juge par la comparaison avec les résultats de l'Enquête 1-2-3 menée à Cotonou en 2001 pour les mêmes âges (20-59 ans)<sup>8</sup>. **Les hommes sont plus souvent chef de ménage** (88% contre 68% dans la population de Cotonou) au détriment des autres catégories mieux représentées dans la population générale. **Les femmes chef de ménage y sont aussi plus représentées** (36% contre 23% à Cotonou) de même que les 'autres parents du chef de ménage', c'est-à-dire les parents hors du noyau du chef de ménage telles que les sœurs, les tantes ou les cousines (16% contre 11% dans la population de Cotonou), alors que la catégorie des épouses est moins représentée (33% contre 50% dans la population de Cotonou).

L'analyse du tableau 2 des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon montre que les enquêtés sont moins souvent en union (43%) que dans la population générale (62%), ce qui semble être surtout expliqué par une plus forte proportion de divorcés (25% contre seulement 3% à Cotonou) et de veufs (15% contre 2%). On remarque une nette différence entre les proportions de veufs (4,6%) et de veuves (21,4%), toutes deux beaucoup plus élevées que dans la population de référence (0,3% et 3,8%) bien qu'aussi beaucoup plus jeune (âge médian de 40 à 42 ans contre 50 ans chez les veufs et veuves de Cotonou). Chez les hommes, la proportion de célibataires est nettement moindre (12%) et ils sont nettement plus âgés (âge médian de 37 ans) que dans la population de Cotonou (41%, âge

<sup>6</sup> OMS/ONUSida 2004.

<sup>7</sup> BASP'96, *Étude sur la prise en charge des PVVIH au Bénin*, mai 2005.

<sup>8</sup> Cette dernière enquête peut être considérée comme assez représentative du milieu urbain, sachant que les PVVIH vivent surtout eux aussi en milieu urbain, même si l'échantillon n'est pas issu de Cotonou.

médian de 24 ans). On note une différence très importante entre les femmes monogames 31% et les femmes polygames 1,4%. Ces dernières sont 11 fois moins représentées que dans la population de Cotonou (16%). Chez les hommes, à l'inverse, les polygames sont 2 fois plus représentés (16%) que dans la population de Cotonou (8%). En somme, **chez les enquêtés INIPSA, les hommes sont plus souvent polygames ou divorcés, et les femmes plus souvent monogames, divorcées ou veuves, que dans la population générale.** Cette disparité entre les taux de la population étudiée et la population générale montre un lien entre VIH et le statut dans le ménage et le statut matrimonial, sans qu'il soit possible de démontrer si le VIH touche plus certaines catégories de personne ou si le VIH a bouleversé les structures familiales. Il est possible en particulier que les époux des femmes polygames aient été touchés plus souvent que les monogames par le VIH, ce qui mènerait plus de femmes polygames au veuvage ou même au divorce.

**Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques (INIPSA 2005 / Enquête 1-2-3 Cotonou 2001) :**

Lien avec le chef de ménage	INIPSA			Enquête 1-2-3 Cotonou (20-59 ans)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Chef de ménage	88,4	35,7	55,8	67,6	22,9	44,8
Épouse / époux du chef de ménage	0,0	32,9	20,4	0,4	49,5	25,5
Enfant du chef de ménage	7,0	15,7	12,4	20,0	15,9	17,9
Père / mère du chef de ménage	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,2
Autres parents du chef de ménage	2,3	15,7	12,4	10,9	9,4	10,2
Autres membres	2,3	0,0	0,9	1,0	1,8	1,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Statut Matrimonial	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Marié(e) monogame	41,9	31,4	35,4	47,6	50,4	49,0
Marié(e) polygame	16,3	1,4	7,1	7,6	15,9	11,8
Union libre	0,0	1,4	0,9	2,0	2,4	2,2
Célibataire (jamais marié)	11,6	20,0	16,8	40,8	22,9	31,7
Divorcé(e) / séparé(e)	25,6	24,3	24,8	1,7	4,4	3,1
Veuf (veuve)	4,6	21,4	15,0	0,3	3,8	2,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Âge médian par statut matrimonial	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Marié(e) monogame	40	30	33,5	37	32	35
Marié(e) polygame	45	24	44	44,5	39	40,5
Union libre	/	24	24	31	30	30
Célibataire (jamais marié)	37	25,5	27	24	23	24
Divorcé(e) / séparé(e)	37	38	37,5	38	39	38
Veuf (veuve)	41,5	40	40	50	50	50
Total	40	32	35	31	30	30

Note : '/' = non déterminé, effectifs trop faibles

## 5.2. Caractéristiques socioéconomiques de la population étudiée

La population étudiée est peu instruite. Un quart de la population des enquêtés n'a bénéficié d'aucun enseignement, mais surtout 52% a suivi un enseignement élémentaire seulement contre 30% dans la population de Cotonou. La population des PVVIH sous traitement étudiée est globalement beaucoup moins instruite que la population urbaine :

seuls 9% de l'échantillon ont fait un second cycle ou des études supérieures contre 27% dans la population urbaine.

La population est active à 93%, sans grande distinction entre les hommes (95%) et les femmes (92%), ce qui différencie nettement l'échantillon de la population urbaine, dont le taux d'activité est de 83%. Les actifs de l'échantillon sont très majoritairement des travailleurs indépendants (75%, essentiellement des emplois du secteur informel) sans grande distinction entre hommes et femmes, ce qui les distingue encore de la population générale (33% chez les hommes et 53% chez les femmes). Les taux de salarisation masculin et féminin chez les enquêtés qui en résultent sont bien moindre que dans la population générale : 23% contre 59% chez les hommes et 16% contre 29% chez les femmes. Le taux de chômage est aussi beaucoup moins élevé dans l'échantillon, surtout chez les femmes.

**Tableau 4 : Caractéristiques socio-économiques : INIPSA 2005/ Enquête 1.2.3 Cotonou 2001**

Niveau d'enseignement	INIPSA			Enquête 1-2-3 Cotonou (20-59 ans)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Aucun/coranique seule	7,0	37,1	25,6	8,8	31,6	20,4
Primaire	55,8	48,6	51,3	29,6	29,7	29,7
Premier cycle général	20,9	8,6	13,3	23,2	20,2	21,6
Premier cycle technique	2,3	0,0	0,9	1,8	1,6	1,7
Deuxième cycle général	9,3	4,3	6,2	11,6	7,5	9,5
Deuxième cycle technique	2,3	1,4	1,8	5,6	3,4	4,5
Supérieur	2,3	0,0	0,9	19,4	6,1	12,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Catégorie socioprofessionnelle	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
cadres, ingénieur	6,9	0,0	2,6	11,2	4,6	7,8
employé, ouvrier qualifié	0,0	1,4	0,9	9,4	3,6	6,4
employé, ouvrier semi-qualifié	9,3	1,4	4,4	6,3	2,1	4,1
manœuvre	0,0	0,0	0,0	4,7	1,9	3,3
Patron	0,0	0,0	0,0	8,3	3,9	6,1
travailleur indépendant	72,1	75,7	74,3	33,0	52,8	43,1
apprenti/aide familiale	4,7	11,4	8,8	6,8	5,8	6,3
inactif	4,7	8,6	7,1	14,3	19,4	16,9
chômeur	2,3	1,4	1,8	5,9	5,9	5,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Effectifs	43	70	113	2767	2895	5662
Principaux taux	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Taux d'activité	95,3	91,4	92,9	85,7	80,6	83,1
Taux de salarisation	22,5	15,9	18,4	58,6	29,3	44,1
Taux de chômage	2,4	1,6	1,9	6,9	7,4	7,1
Taux sous-emploi visible (< 35 h)	85,0	85,7	85,4	16,4	21,6	19,0
Dont... Sous-emploi lié au travail	50,0	50,0	50,0	78,9	72,0	75,0
Sous-emploi lié à la santé	35,3	37,0	36,4	9,3	15,8	13,0
Sous-emploi lié à d'autres raisons	14,7	13,0	13,6	11,8	12,2	12,0

Note : '/' = non déterminé, effectifs trop faibles

Cependant, ce qui est le plus frappant, c'est l'importance du sous-emploi : 85% de l'échantillon, hommes comme femmes, travaille un nombre inférieur à 35 heures, contre 16% des hommes et 22% des femmes dans la population de Cotonou. Parmi les personnes en sous-emploi, 50% ne travaillent pas plus pour des raisons économiques, alors que c'est le motif invoqué par 75% de la population générale. On note que 36% de l'échantillon sont en

sous-emploi pour des raisons de santé, contre 9% et 16%, respectivement pour les hommes et les femmes de Cotonou.

En somme, les personnes sous traitement ARV présentent du point de vue de l'activité remarquablement peu de différences selon le genre, ce qui est moins le cas dans la population de Cotonou. Les hommes et les femmes de l'échantillon de l'INIPSA se distinguent de la population urbaine dans laquelle il vit du point de vue de la participation à l'activité, qui est bien meilleure chez les enquêtés que ce que l'on pourrait penser. Ce résultat est remarquable, en particulier chez les femmes. Nos données ne permettent cependant pas de dire si ces forts taux d'activité sont une conséquence de la maladie, c'est-à-dire une stratégie pour subvenir aux besoins générés par la maladie ou le traitement, ou bien si la maladie frappe plus souvent les actifs, notamment les femmes, du fait d'une plus grande exposition au risque de certaines d'entre elles (cas des commerçantes ambulantes notamment, ou des travailleuses du sexe). Mais il faut bien dire que cette **participation à l'activité est bien souvent peu productive** puisque la plupart des patients qui ont un emploi n'ont en fait pas pu travailler dans la semaine de référence. Le manque de travail en est la principale raison, ce qui souligne la nécessité des mesures d'accompagnement dans le domaine du retour à l'emploi. À cela s'ajoutent, plus que dans la population de référence, des problèmes de santé.

### 5.3. Connaissance de la séropositivité et prise en charge des PVVIH sous ARV

La connaissance de leur statut séropositif est récente : seuls 9% des patients des centres connaissent leur statut séropositif depuis plus de 5 années, la connaissance la plus ancienne remontant à 10 ans. On note une très forte augmentation des taux de connaissance du statut à partir de 2003. Ceci peut être le reflet :

- d'une amélioration de l'offre des services de santé et des mesures de dépistage ;
- d'une meilleure acceptation sociale de la maladie ces dernières années ;
- d'une prise en charge à un stade avancé de la maladie ;
- d'un biais induit par la courte durée de vie des malades.

**Tableau 5 : Connaissance de la séropositivité**

Depuis quand connaissez-vous votre séropositivité ?	Hommes	Femmes	Total
2000 ou avant	9,2	8,6	9,0
2001	9,3	0,0	3,5
2002	4,7	7,1	6,2
2003	18,6	17,1	17,7
2004	25,6	35,7	31,9
2005	32,6	31,4	31,9
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113

La connaissance du statut sérologique semble concorder avec une augmentation de l'offre de soins : on observe ainsi une nette augmentation des consultations dans les centres de soins au cours des deux dernières années. On peut supposer que cette augmentation des personnes dépistées et traitées ces dernières années est liée à la mise en place de soins gratuits depuis 2002 au Bénin (92% des PVVIH interrogés ont débuté leur traitement en 2004-2005). On ne peut cependant exclure l'effet des autres facteurs cités.

**Tableau 6 : Durée de consultation dans un centre de traitement**

Depuis quelle année venez-vous au centre ?	Hommes	Femmes	Total
2000 ou avant	4,6	1,4	2,6
2001	2,3	0,0	0,9
2002	9,3	1,4	4,4
2003	11,6	17,1	15,0
2004	32,6	40,0	37,2
2005	39,5	40,0	39,8
total	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113

**Tableau 7 : Durée du traitement ARV**

Depuis quelle année avez-vous commencé le traitement ARV ?	Hommes	Femmes	Total
2002 ou avant (35 mois ou plus)	4,7	0,0	1,8
2003 (23-34 mois)	7,0	5,7	6,2
2004 (11-22 mois)	20,9	27,1	24,8
2005 (moins de 10 mois)	67,4	67,1	67,2
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113

En ce qui concerne le secret gardé sur la maladie, on notera que près de 20% des personnes interrogées disent n'avoir confié à personne leur séropositivité, avec une nette différence entre les hommes (30%) et les femmes (13%). On note également que les femmes ont plus souvent partagé l'information avec leur père ou mère (34%) que les hommes (14%). Parmi les enquêtés en couple, **une bonne majorité confie l'information sur leur séropositivité à leur conjoint** (67%), sans grande distinction entre les couples monogames et polygames, **mais beaucoup plus souvent les femmes que les hommes** (79% des femmes ont partagé l'information avec leur conjoint, contre seulement 56% des hommes). Ces pourcentages relativement élevés sont encourageants mais soulignent qu'il reste encore des progrès à faire pour améliorer l'acceptation de la maladie, surtout chez les hommes.

**Tableau 8 : Partage de l'information sur la séropositivité**

Avez-vous partagé l'information sur votre séropositivité avec quelqu'un avec qui vous cohabitez ?	Hommes	Femmes	Total
Avec personne	30,2	12,9	19,5
Avec le père ou la mère	13,9	34,3	26,5
<i>Effectifs</i>	43	70	113
Avec le conjoint (pour ceux en couple)	56,0	79,2	67,3
Dont monogame	55,5	77,2	67,5
polygame	57,1	/	62,5
union libre	/	/	/
<i>Effectifs en couple</i>	25	24	49

**Tableau 9 : Possibilité de se confier dans les 30 derniers jours**

Avez-vous eu la possibilité de parler en toute liberté de votre maladie, de vos difficultés, de vos gênes et problèmes de santé ?	Hommes	Femmes	Total
Avec personne	41,9	50,0	46,9
Avec un parent avec qui je cohabite	25,6	30,0	28,3
Avec un parent avec qui je ne cohabite pas	4,7	7,1	6,2
Avec un employé de ce Centre	32,2	28,6	31,9
Avec un membre d'une association	2,3	1,4	1,7
<i>Effectifs</i>	43	70	113

**Tableau 10 : Participation à la vie associative dans les 30 derniers jours**

Durant les 30 derniers jours, avez-vous participé aux activités d'une association de :	Hommes	Femmes	Total
Lutte contre le SIDA, PVVIH	44,2	22,9	31,0
Proximité (quartier, village)	0,0	1,4	0,9
Sportive, culturelle	2,3	0,0	0,9
Corporative (syndicat, artisan...)	2,3	4,3	3,5
Religieuse, confessionnelle	13,9	21,4	18,6
<i>Effectifs</i>	43	70	113

**Tableau 11 : Possibilité de dialogue dans le Centre de santé dans les 30 derniers jours**

Dans ce Centre, à part le médecin et le personnel infirmier, avez-vous été eu contact dans les 30 derniers jours avec :	Hommes	Femmes	Total
Personnel d'accueil	0,0	1,4	0,9
Pharmacien	16,3	5,7	9,7
Assistant social	14,0	20,0	17,7
Psychologue	0,0	0,0	0,0
Médiateur de santé	9,3	7,1	7,9
Nutritionniste	2,3	0,0	0,9
Membre d'une association PVVIH	2,3	0,0	0,9
Autre professionnel	11,6	10,0	10,6
Participation à un groupe de parole	39,5	32,9	35,7
<i>Effectifs</i>	43	70	113

La possibilité de se confier a été évaluée à partir d'une question sur la possibilité de parler en toute liberté à quelqu'un de son entourage au cours du mois passé. L'analyse montre que 47% des patients n'ont pas eu cette possibilité, ce qui contraste avec le pourcentage cité plus haut sur le partage de l'information. Les employés des centres de soins (32%) et les membres du ménage (28%) sont les plus sollicités par les patients de l'enquête pour se confier sur leur maladie. Par contre très peu des enquêtés se tournent vers des personnes extérieures au ménage et encore moins aux associations de lutte contre le SIDA et associations de PVVIH. Ce dernier résultat est surprenant car, dans le même temps, ces patients sont fortement impliqués dans ces associations. En effet, 31% des enquêtés a été impliqué dans leurs activités associatives au cours du dernier mois, avec notamment une participation importante des hommes (44%) par rapport aux femmes (23%). Les femmes

participent plus souvent aux activités des associations religieuses ou confessionnelles (21%) que les hommes (14%). En somme, il semble que **la communication des personnes enquêtées avec leur entourage passe plus par la participation à des activités collectives associatives que par un dialogue intime avec l'entourage immédiat**. Cette hypothèse semble confortée par le fait que 36% des enquêtés participent à un groupe de parole (33% des femmes et 40% des hommes).

Le dialogue avec le personnel de santé dans les centres de soins, au-delà du personnel soignant, du personnel d'accueil et le pharmacien a également été mesuré. Une minorité a eu un contact (c'est-à-dire une conversation au-delà des simples salutations d'usage) avec d'autres personnels que le personnel médical. La personne la plus sollicitée est l'assistant social (18%). Une vision optimiste pourrait être que les enquêtés n'en ont pas besoin, mais nous pensons que cela témoigne plutôt de la **faiblesse des effectifs de personnel comme les psychologues, les nutritionnistes et même les travailleurs sociaux dans les Centres**, qui influe également sur le manque de suivi, notamment psychosocial des patients.

#### 5.4. Nombre de prises d'ARV et alimentation des PVVIH sous ARV

L'analyse du nombre de prises des ARV montre qu'une très forte majorité (86%) des patients prennent 2 prises d'ARV par jour ce qui concorde avec la posologie prescrite pour les combinaisons d'ARV de première intention les plus répandus au Bénin (*Duovir/zidovudine+lamivudine, Lamivir/stavudine+lamivudine qui se prennent 2 fois par jour, Stocrin/efavirenz, Viramune/nevirapine qui se prennent 1 fois par jour*). *Aucune personne de notre échantillon n'a déclaré de valeurs suspectes (3 fois ou plus par jour)*. Par ailleurs, 92% des personnes interrogées déclarent ne pas avoir omis de prendre ses ARV au cours des 7 derniers jours. **Ces résultats indiquent une bonne observance et une bonne adhérence au traitement**. Ce résultat encourageant est révélateur d'une **bonne transmission de l'information** sur les modalités du traitement de la part du personnel soignant ainsi que d'une **bonne compréhension de la part des patients**.

Tableau 12 : Nombre de prises d'ARV quotidiennes

Nombre de prises d'ARV par jour	Hommes	Femmes	Total
2	86,1	85,7	85,8
3	14,0	14,3	14,2
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113

Tableau 13 : Changement des habitudes alimentaire à cause du traitement

Votre façon de vous nourrir est-elle différente à cause du traitement?	Hommes	Femmes	Total
Oui, beaucoup	97,7	85,7	90,3
Oui, un peu	2,3	14,3	9,7
Non, pas du tout	0,0	0,0	0,0
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113

Le tableau ci-dessus souligne à quel point **les habitudes alimentaires des personnes enquêtées sous traitement ARV sont fortement modifiées par leur maladie et leur traitement**. Ainsi, personne n'a déclaré n'avoir pas eu à changer ses habitudes alimentaires

et 90% de l'échantillon déclarent avoir beaucoup modifié leurs habitudes alimentaires. Ce résultat est en accord avec les besoins énergétiques accrus des PVVIH et les troubles métaboliques qui résultent du traitement surtout pendant les premiers temps. On note que les hommes ont plus changé leurs habitudes alimentaires (98%) que les femmes (86%).

Le tableau suivant montre que malgré les besoins alimentaires accrus par la maladie et le traitement, **l'aide alimentaire est restreinte** : 80% de l'échantillon n'a pas reçu d'aide au cours des 7 derniers jours. Ceci est confirmé par le fait que seuls 21% des PVVIH interrogées disent avoir bénéficié d'une aide alimentaire institutionnelle (c'est-à-dire autre que celle reçue de la famille ou de proches). On remarque par ailleurs une disparité de la distribution de l'aide selon le sexe : les femmes bénéficient plus souvent de l'aide (29% ; à noter que 11% sont totalement dépendantes de l'aide pour tous leur repas) que les hommes (7%) avec une différence significative au seuil de 2% (test de Fisher). Ceci contraste avec le fait qu'**un bon tiers des personnes interrogées déclarent n'avoir pas toujours ou pas souvent manger à leur faim**, et ceci plus souvent chez les hommes (40%) que chez les femmes (31%). Néanmoins, 50% des personnes ont pu bénéficier d'un conseil pour leur alimentation au cours des 7 derniers jours, le plus souvent par un personnel infirmier ou une assistante sociale. **Les centres ont donc bien des activités liées à l'appui nutritionnel aux PVVIH, même si l'aide alimentaire directe est faible et ne semble pas répondre aux besoins, surtout des hommes.**

Seulement 1% des enquêtés se disent tout à fait satisfaits de l'aide qu'ils reçoivent, mais 73% se disent à peu près satisfaits. Aucun n'a déclaré n'avoir pas besoin d'aide et 26% n'être pas satisfaits (23% des femmes et 30% des hommes). Il semble que **la demande d'aide, notamment alimentaire, des personnes interrogées n'est pas totalement satisfaite** ou que **l'aide offerte pas adaptée à leurs besoins**. Cela questionne également la façon dont la composante nutritionnelle est intégrée à la prise en charge globale. Est-elle régulière ? L'évaluation des besoins de la personne suivie au plan thérapeutique est-elle faite ?

**Tableau 14 : Aide alimentaire**

Combien de repas avez-vous eus grâce à l'aide alimentaire ?	Hommes	Femmes	Total
pas d'aide alimentaire	93,0	71,4	79,7
3 repas	0,0	1,4	0,9
7 repas	0,0	5,7	3,5
10 repas	0,0	2,9	1,8
12 repas	0,0	2,9	1,8
14 repas	7,0	2,9	4,4
18 repas	0,0	1,4	0,9
21 repas	0,0	11,4	7,1
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113
% bénéficiant d'une aide institutionnelle	11,6	27,1	21,2
% n'ayant pas souvent ou pas toujours mangé à sa faim	39,5	31,4	34,5

Seuil de significativité : Pearson test = 13,6% Fisher's test = 2,2%

### 5.5. Caractéristiques biométriques des PVVIH sous ARV

L'analyse systématique du poids et de la taille, notamment à travers l'indice de masse corporelle, a pu être menée grâce aux déclarations des enquêtés. Ces déclarations ne sont

pas nécessairement exactes, du fait d'oublis ou d'erreur, mais elles constituent tout de même une source intéressante. En effet, seuls 4,2% des enquêtés ont déclaré ne pas savoir leur poids et 28% ne savent pas non plus leur taille (39% des femmes et 12% des hommes). La meilleure mémorisation du poids par rapport à la taille peut s'expliquer par le fait que le personnel soignant ne prend pas toujours ou régulièrement les mesures des patients, en particulier la taille : ce personnel s'est plaint lors de l'enquête de ne pas disposer d'instruments de mesure appropriés. Il est cependant encourageant de constater que les patients retiennent ces mesures ce qui témoigne au passage que le personnel soignant les communique aux patients. Le fait que les femmes connaissent moins souvent leur taille est dû en partie au manque d'instruction (62% des femmes non instruites ne connaissent pas leur taille contre 25% des femmes instruites) mais aussi sans doute à un manque d'intérêt puisque les hommes se remémorent mieux leur taille qu'ils soient instruits (chez qui 10% seulement ne la connaissent pas) ou non instruits (33%).

**Tableau 15 : Répartition de l'indice de masse corporelle des patients ayant déclaré leur taille et leur poids**

Indice de masse corporelle	Non-instruits			Instruits			Total		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
IMC < 18,5	/	50,0	41,7	17,1	9,1	13,2	16,2	18,6	17,5
18,5 ≤ IMC < 25	/	50,0	58,3	71,4	57,6	64,7	73,0	55,8	63,8
25 ≤ IMC	/	0,0	0,0	11,4	33,3	22,1	10,8	25,6	18,8
Effectifs	2	10	12	35	33	68	37	43	80
% non-déterminé	33,3	61,5	58,6	12,5	25,0	19,1	14,0	38,6	29,2

Note : '/' = non déterminé, effectifs trop faibles

Pour les enquêtés dont on dispose à la fois de la taille et du poids, nous avons calculé l'indice de masse corporelle ( $IMC = \text{poids}/\text{taille}^2$ ) qui donne une bonne idée de l'état de sous-nutrition des patients. Cet indice est malheureusement biaisé puisqu'il a pu être calculé essentiellement pour les personnes interrogées instruites, et pour les hommes mieux que pour les femmes. Néanmoins, **il semblerait d'après les IMC calculés qu'au moins 18% des PVVIH enquêtées soient sousnutries. Une grande inégalité est observée chez les femmes selon le niveau d'instruction** (seulement 9% des femmes instruites seraient sousnutries contre la moitié des femmes non-instruites). À l'inverse, le surpoids concernerait 19% de l'échantillon, avec une grande différence selon le sexe (26% des femmes contre 11% des hommes) et aussi selon l'instruction chez les femmes (33% des femmes instruites contre aucune des femmes non-instruites). Ces chiffres doivent être cependant validés par des mesures plus précises recueillies, par exemple, dans les dossiers des patients, et comparées aux données pour la population totale.

Dans tous les cas, **nous recommandons l'investissement dans les instruments de mesure et une communication systématique du poids et de la taille aux patients**, qui doivent pouvoir suivre par eux-mêmes, tout comme le personnel soignant, leur prise de poids en rapport avec leur taille dans le cadre de leur traitement.

Quant au taux de CD4, seuls 20% des enquêtés le connaissait, ce qui peut aussi s'expliquer par les mêmes raisons évoquées pour le poids et la taille (aucune des femmes non-instruites ne connaissait ce taux, tandis que 74% des instruits, hommes comme femmes, ne le connaissent pas non plus). Mais surtout, cela s'explique par le manque de disponibilité des examens de laboratoire.

Tableau 16 : Santé physique

Combien de jours votre santé physique (maladie et incidents de santé) n'a pas été bonne ce mois ci ?	Hommes	Femmes	Total
0	23,3	18,6	20,4
2	4,7	1,4	2,7
3	11,6	11,4	11,5
4	4,7	4,3	4,4
5	16,3	14,3	15,0
6	0,0	5,7	3,5
7	16,3	18,6	17,7
8	4,7	2,9	3,5
10	4,7	1,4	2,7
12	0,0	1,4	0,9
14	2,3	1,4	1,8
15	4,7	12,9	9,7
16	0,0	1,4	0,9
17	2,3	2,9	2,7
20	2,3	0,0	0,9
25	0,0	1,4	0,9
28	2,3	0,0	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de jours médians	5	5	5
<i>Effectifs</i>	43	70	113

Tableau 17 : Santé psychologique

Combien de jours votre santé mentale (dépression, stress, problèmes émotionnels) n'a elle pas été bonne ce mois ci ?	Hommes	Femmes	Total
0	27,9	32,9	31,0
2	2,3	0,0	0,9
3	9,3	12,9	11,5
4	4,7	2,9	3,5
5	18,6	11,4	14,2
6	0,0	4,3	2,7
7	16,3	12,9	14,2
8	2,3	1,4	1,8
10	6,9	2,9	4,4
12	0,0	1,4	0,9
14	2,3	1,4	1,8
15	4,7	10,0	8,0
16	0,0	1,4	0,9
17	2,3	2,9	2,7
20	2,3	0,0	0,9
25	0,0	1,4	0,9
Total	100,0	100,0	100,0
Nombre de jours médians	5	5	5
<i>Effectifs</i>	43	70	113

### 5.6. Santé auto-perçue des PVVIH sous ARV

La santé physique des personnes interrogées est inégale (voir tableaux pages précédentes). Tandis que 20% des enquêtés déclarent ne pas avoir souffert physiquement au cours des 30 derniers jours, 40% des personnes disent avoir souffert entre une semaine et un mois, sans différence notable entre les hommes et les femmes.

L'état psychologique des patients suit une distribution semblable avec 30% des patients qui n'ont pas souffert de troubles émotionnels ce mois-ci, un autre tiers en a souffert plus d'une semaine sans grande distinction entre les hommes et les femmes.

Le tableau suivant montre que les personnes interrogées semblent dans l'ensemble bien supporter leur traitement ou du moins ont pu s'y habituer : **plus de 80% des personnes interrogées ne souffrent pas trop des effets secondaires du traitement**, et ceci sans différence significative entre les hommes et les femmes.

**Tableau 18 : Effets secondaires du traitement ARV**

Comment supportez-vous les effets secondaires du traitement ?	Hommes	Femmes	Total
Très mal	2,3	5,7	4,4
Mal	2,3	2,9	2,7
un peu mal	16,3	10,0	12,4
Pas trop mal	79,1	81,4	80,5
Total	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113

**Tableau 19 : Dépenses liées au traitement (en FCFA)**

Sexe	Quartile	Transport jusqu'au centre	Coûts médicaux (consultations, médicaments, analyses laboratoires)	Dont : Dépenses en analyses laboratoires	suppléments alimentaires	Dépenses totales liées au traitement
Hommes	1er quartile	300	0	0	0	500
	2e quartile = médiane	500	0	0	0	1 400
	3e quartile	1 000	1 300	0	0	3 000
Femmes	1er quartile	400	0	0	0	400
	2e quartile = médiane	600	0	0	0	750
	3e quartile	1 000	200	0	0	2 000
Total	1er quartile	400	0	0	0	400
	2e quartile = médiane	500	0	0	0	900
	3e quartile	1 100	800	0	0	2 200

Enfin, les dépenses liées au traitement sont faibles dans l'ensemble car le dernier quartile ne dépense pas plus de 2 200 FCFA. Par ailleurs, **les dépenses liées au traitement sont essentiellement concentrées sur le transport entre la résidence habituelle et le Centre de traitement**. Les coûts médicaux représentent le second poste budgétaire lié au traitement. Cependant, 69% des PVVIH n'ont fait aucune dépense médicale (un chiffre identique à celui trouvé par le BASP'96), et un quart seulement dépensent plus de 800 FCFA (1 300 FCFA chez les hommes, seulement 200 FCFA chez les femmes) ce qui confirme le fait que **l'accès aux consultations et aux médicaments est quasi gratuit**. **Les dépenses pour les analyses de laboratoire sont quasi inexistantes**, sans qu'on puisse dire si elles sont prises en charge gratuitement ou si elles ne sont simplement pas effectuées,

faute de moyen ou faute de disponibilité, notamment en réactifs, dans les Centres de traitement ou à proximité.

### 5.7. Habitat et conditions d'hygiène des PVVIH sous ARV

L'habitation des enquêtés INIPSA se distingue fortement de la population urbaine. En effet, alors que 15% de la population urbaine vit dans des appartements, des villas ou des maisonnettes, cela ne concerne que 1% de notre échantillon. Les enquêtés vivent à 76% dans des maisons en bandes<sup>9</sup> (contre seulement 12% dans la population de Cotonou) et à 22% dans des concessions (contre 45% à Cotonou), ce qui laisse supposer un habitat plus modeste et de moins grande qualité que dans la population urbaine en général, même si les PVVIH habitent beaucoup moins souvent (moins de 1%) dans des pièces sans dépendances (toilettes, cuisine) que la population en général (28%).

**Tableau 20 : Habitat des enquêtés**

Type de logement	INIPSA			Enquête 1-2-3 Cotonou (20-59 ans)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Appartement, villa, maisonnette	0,0	1,4	0,9	13,5	15,5	14,5
Maison dans une concession	25,6	20,0	22,1	46,3	43,7	45,0
Maison en bandes	72,1	78,6	76,1	11,6	12,5	12,1
Pièces sans dépendances	2,3	0,0	0,9	28,5	28,0	28,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Qualité des murs	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Béton, ciment, pierre	27,9	31,4	30,1	78,6	79,0	78,8
Briques cuites et non	14,0	15,7	15,0	9,2	8,3	8,7
Semi-dur (banco amélioré)	30,2	15,7	21,2	3,5	3,8	3,6
Terre-battue(pisé)	20,9	24,3	23,0	0,2	0,1	0,2
Bois, planches	4,7	7,1	6,2	6,2	6,8	6,5
Végétaux	2,3	4,3	3,5	1,5	1,5	1,6
Autre	0,0	1,4	0,9	0,7	0,5	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Statut d'occupation	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Propriétaire ayant un titre	4,7	7,1	6,2	21,0	23,7	22,2
Propriétaire sans titre	16,3	2,9	8,0	19,6	20,6	20,1
Propriétaire sans précision	2,3	2,9	2,7	/	/	/
Locataire	11,6	25,7	20,4	35,5	33,6	34,5
Logé par l'employeur	2,3	0,0	0,9	0,9	0,8	0,8
Logé gratuitement par tiers	62,8	61,4	62,0	18,8	17,7	18,2
Autre	0,0	0,0	0,0	4,2	3,9	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113	2782	2905	5687

La vétusté du logement des enquêtés est plutôt confirmée par la qualité des murs de leur logement. En effets, seuls 45% des personnes de l'échantillon possèdent des murs en dur (béton, briques), contre 87% dans la population générale à Cotonou, et 45% des enquêtés ont des habitations en semi-dur ou en terre battue, contre moins de 4% à Cotonou. Enfin, il est important de souligner que seul 15% des enquêtés est propriétaire (42% à Cotonou) avec une disparité entre les hommes (22%) et les femmes (13%) qu'on ne retrouve pas dans la population de Cotonou. Les femmes sont plus souvent locataires (26%) que les hommes

<sup>9</sup> Maison de catégorie modeste, construites en alignement, mitoyenne les unes aux autres.

(12%) alors qu'il n'y a pas non plus de différence selon le sexe à Cotonou (36-34%). Mais surtout environ 62% des personnes interrogées, hommes comme femmes, sont hébergées gratuitement par un tiers contre 18% dans la population générale.

La précarité des logements des enquêtés est doublée de moins bonnes conditions par rapport aux conditions d'hygiène observées dans la population générale. Les enquêtés ont plus souvent accès à un robinet dans leur logement (66%) que la population de Cotonou (48%) qui utilise aussi à 45% le robinet d'un ménage voisin. Près de 28% de l'échantillon s'approvisionne en eau par un puits, ce qui pourrait augmenter les risques de contamination par l'eau. Mais les mauvaises conditions d'hygiène sont surtout visibles au niveau des sanitaires. Près de 58% des enquêtés ont des latrines ordinaires comme seul lieu d'aisance (un simple trou creusé, sans carreau de faïence ou de chasse d'eau) contre moins de 2% dans la population de Cotonou, dont 74% bénéficient de latrines améliorées (15% chez les PVVIH) et 11% de toilettes avec chasse d'eau (4% chez les PVVIH). De plus, 22% des enquêtés n'ont pas du tout de lieu d'aisance et se soulagent dans la nature, contre 12% dans la population de Cotonou. La différence au niveau des sanitaires avec la population urbaine est importante, et s'observe quel que soit le sexe.

**Ainsi, les caractéristiques de logement mettent en évidence à la fois une faible qualité des logements, de mauvaises conditions d'hygiène, une grande dépendance vis-à-vis des tiers et une précarité foncière de la population interrogée qui la distingue nettement de la population générale. L'hygiène des logements est donc un enjeu majeur étant donné les risques d'infection des PVVIH.**

**Tableau 21 : Conditions d'hygiène des enquêtés**

Approvisionnement en eau	INIPSA			Enquête 1-2-3 Cotonou (20-59 ans)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Robinets	65,1	65,7	65,5	46,9	48,4	47,6
Forage	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,2
Borne fontaine	0,0	0,0	0,0	0,3	0,4	0,4
Robinet autre ménage	0,0	0,0	0,0	45,3	43,8	44,6
Puits	30,2	27,1	28,3	7,2	7,2	7,2
Source, rivière, cours d'eau	4,7	7,1	6,2	0,1	0,1	0,1
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Sanitaires	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Intérieur privé avec chasse	2,3	5,7	4,4	10,2	12,3	11,3
Extérieur privé avec chasse	2,3	0,0	0,9	/	/	/
Latrines améliorées	14,0	15,7	15,0	74,4	72,8	73,8
Latrines ordinaires	62,8	54,3	57,5	1,1	1,2	1,6
Nature	18,6	24,3	22,1	12,6	11,9	12,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Effectifs</i>	43	70	113	2782	2905	5687

## 6. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DE L'AIDE

Pour identifier les principaux déterminants de la santé physique et mentale des personnes enquêtées ainsi que les déterminants de l'aide et du soutien nutritionnel qu'elles reçoivent, nous avons eu recours à différents modèles statistiques. Cela est nécessaire pour deux raisons :

- les effectifs enquêtés sont faibles, de sorte que l'analyse descriptive atteint vite ses limites (les différentes catégories ne sont pas toutes représentées dans les tableaux croisés);
- le nombre de déterminants potentiels est relativement élevé, de sorte qu'il faut faire un tri entre ces déterminants pour identifier les plus significatifs.

Les résultats ne sont cependant pas présentés dans le détail pour chaque modèle car les explications techniques risqueraient d'alourdir l'exposé (les lecteurs intéressés se référeront aux annexes). Les modèles d'analyse multivariée ont été construits à partir des variables caractéristiques de l'enquêté comme l'âge, le sexe, le statut matrimonial, la catégorie socioprofessionnelle, mais aussi les caractéristiques d'hygiène de son foyer (accès à l'eau, lieu d'aisance) et son statut résidentiel. Des variables caractérisant le lieu du traitement, la prise en charge ou l'état de santé sont également prises en compte. Le détail de ces variables figure dans les résultats en Annexe.

Plutôt que de présenter ces résultats détaillés, nous avons préféré faire un commentaire général sur les variables les plus significatives pour chaque variable à expliquer et ensuite présenter l'effet de quelques unes de ces variables permettant d'identifier couramment les PVVIH dans les Centres. Ces variables n'ont pas toujours un effet significatif dans les modèles, mais nous les présentons systématiquement par souci de comparabilité des résultats d'un modèle à l'autre. Ces variables sont le Centre de traitement, la catégorie socioprofessionnelle et la durée du traitement. Il s'agit de variables qui peuvent être corrélées au phénomène étudié, mais qui n'en sont pas nécessairement la cause. Par exemple, un des Centres de traitement peut accueillir, en comparaison des autres Centres, une clientèle de patients en particulièrement mauvaise santé du fait d'un environnement défavorable sans que ce Centre soit responsable de l'état de santé de ces patients. C'est seulement lors de l'étude longitudinale approfondie que l'on pourra déceler des liens de causalité.

Pour analyser les déterminants de la santé des enquêtés, on a construit deux modèles pour analyser la santé physique et la santé mentale, pour lesquels nous présentons ici les effets nets de trois variables qui apparaissent significatives dans au moins un des modèles : le Centre de traitement, la catégorie socioprofessionnelle, et la durée du traitement. Rappelons que pour la santé physique et mentale, nous avons utilisé les réponses aux questions inspirées du questionnaire sur la qualité de vie liée à la santé du *Center for Disease Control and Prevention* (CDC HRQOL-14).

Le tableau en fin de section résume l'effet net attendu résultant du modèle statistique, c'est-à-dire toute chose égale par ailleurs, pour chacune des variables indépendantes choisies que sont le Centre de traitement, la catégorie socioprofessionnelle et la durée du traitement. Par la suite, nous reprenons chacun des modèles et en résumons les principaux effets significatifs

### 6.1. Les déterminants de la santé physique

La santé physique a été analysée en faisant l'hypothèse que le nombre de jours de mauvaise santé physique suit une loi binomiale négative. Il ressort du modèle de régression que les principaux facteurs corrélés au nombre de jours de mauvaise santé physique sont (dans l'ordre du degré de significativité) :

- le fait d'être un homme, qui augmente le risque d'une demi-journée, en comparaison des femmes ;
- le fait de participer à un groupe de parole, qui diminue le risque d'une demi-journée ;
- le fait de mal supporter les effets secondaires au cours des 30 derniers jours, qui augmente le risque d'une demi-journée à une journée ;
- un traitement ancien (datant de 3 ans ou plus), qui diminue le risque de 0,7 jours ;
- le lieu du traitement, les patients à Porto-Novo ayant un risque diminué de 0,7 jour.

On notera l'absence d'effet de l'âge, du statut matrimonial, de la catégorie socioprofessionnelle, des conditions de logement et des conditions sanitaires, et d'avoir ou non mangé à sa faim. Globalement, il n'y a pas de grandes variations de santé physique entre les personnes interrogées qui s'expliquent par les variables testées. Ces variables ne permettent pas d'identifier, parmi l'échantillon déjà très homogène, des sous-catégories sociales, ou des conditions sociales particulières, générant une mauvaise santé physique.

### 6.2. Les déterminants de la santé psychologique

De même que pour la santé physique, nous avons analysé la santé psychologique en nombre de jours de dépression, stress et problèmes émotionnels durant les 30 jours avant l'enquête. Les principaux facteurs corrélés au nombre de jours de mauvaise santé psychologique sont (dans l'ordre du degré de significativité) :

- mal supporter les effets secondaires augmente le risque d'une journée ;
- être un homme augmente le risque d'une demi-journée, en comparaison des femmes ;
- la participation à un groupe de parole diminue le risque d'une demi-journée ;
- le fait de n'avoir pas souvent ou pas toujours mangé à sa faim augmente le risque d'une demi-journée ;
- l'âge a aussi un effet significatif, indépendant de la durée du traitement, puisque le risque est augmenté de 2 jours par 10 ans d'âge ; l'effet n'est cependant pas linéaire de sorte que la différence est moindre aux âges élevés ;
- le risque est d'une journée inférieur à Porto-Novo.

On notera l'absence d'effet du statut matrimonial, de la catégorie socioprofessionnelle et des conditions de logement. L'effet du type de sanitaire a aussi été testé : il est significatif (le risque étant moins élevé pour les personnes ayant des latrines améliorées et pour ceux utilisant la nature) mais l'effet n'est probablement pas direct sur la santé psychologique, mais indirect à travers des conditions sociales particulières que la variable 'type de sanitaire' approche. Globalement, comme pour la santé physique, il n'y a pas de grandes variations de santé psychologique entre les personnes interrogées qui s'expliquent par les variables testées. De la même façon, il faut donc conclure que les variables testées ne permettent pas d'identifier des sous-catégories sociales, ou des conditions sociales particulières, générant une mauvaise santé psychologique. La population interrogée semble très homogène.

### 6.3. Les déterminants de l'aide et du soutien nutritionnel

L'étude préliminaire visant à évaluer non seulement l'état de santé des PVVIH sous traitement ARV mais aussi les manques alimentaires à pourvoir et l'aide nutritionnelle déjà mise en place, nous avons tenté d'analyser les déterminants des besoins et de cette aide.

En ce qui concerne la satisfaction des besoins, nous avons regroupé les diverses modalités de la non satisfaction des besoins pour créer une variable dichotomique : besoins satisfaits *versus* besoins non satisfaits. Le modèle de régression, de type logistique, ne donne pas de résultats cohérents et robustes, du fait du faible échantillon.

Il en est de même du modèle sur la satisfaction de la faim (établit sur une variable dichotomique : mange à sa faim *versus* ne mange pas toujours à sa faim), du modèle sur la sécurité alimentaire (moins de 3 jours *versus* plus de 3 jours de sécurité alimentaire) ou du modèle sur le nombre de repas grâce à l'aide alimentaire (modèle de régression de type binomial négatif, établit sur le nombre de repas reçus grâce à une aide alimentaire, institutionnelle ou non).

**Tableau 22 : Effet net des déterminants de la santé auto-perçue**

Centres	Jours de mauvaise santé physique au cours du dernier mois		Jours de mauvaise santé mentale au cours du dernier mois		
	Coefficient de régression	Prédiction en jours	Coefficient de régression	Prédiction en jours	
CNHU, Cotonou	Réf	8,9	réf	7,6	
Arc en Ciel, Cotonou	-0,3	8,6	0,0	7,6	
Hôp. de Tanguiéta	-0,2	8,7	0,3	7,3	
CHD Parakou	0,0	8,9	0,3	7,3	
Hôp. Davougon	0,0	8,9	0,0	7,6	
MSF Dogbo	-0,3	8,6	-0,1	7,5	
CHD Porto-Novo	-0,7*	8,2	-0,7*	6,9	
Catégorie d'activité	Coefficient de régression	Prédiction en jours	Coefficient de régression	Prédiction en jours	
	Salarié qualifié	0,1	4,5	0,5	6,9
	Salarié non qualifié	-0,5	3,9	-1,3	5,1
	Indépendant	réf	4,4	Réf	6,4
	Apprenti-aide	-0,4	4,0	-0,4	6,0
	Inactif	-0,7	3,7	-1,0	5,4
	Chômeur	0,5*	4,9	0,4	6,8
Durée du traitement	Coefficient de régression	Prédiction en jours	Coefficient de régression	Prédiction en jours	
	Moins de 10 mois	réf	7,0	réf	6,2
	11-22 mois	-0,4	6,6	-0,5*	5,7
	23-34 mois	-0,4	6,6	-0,5	5,7
	35 mois et plus	-0,7**	6,3	-0,3	5,9

Note : significativité au seuil de \* = 10%, \*\* = 5%, \*\*\* = 1%.

Nous ne présentons pas ces modèles en détail car les faibles effectifs de l'échantillon ne permettent pas de faire des déductions cohérentes. Il est possible également que nous n'ayons pas saisi dans l'enquête les variables qui auraient permis de comprendre la variation des besoins et de l'aide reçue par les PVVIH sous ARV interrogées. Nous pensons en particulier aux variables contextuelles (disponibilité de l'aide dans le Centre, variations de

l'aide d'un Centre à l'autre et d'un jour à l'autre, nature de l'aide fournie, etc.) que le questionnaire auprès des patients ne permettait pas facilement de saisir. Il importe d'être vigilant lors de l'étude longitudinale à venir afin de recueillir les informations pertinentes dans ce domaine.

## 7. CONCLUSIONS

Cette étude préliminaire a permis de mettre en évidence d'une part des caractéristiques majeures des PVVIH sous traitement au Bénin et d'autre part des facteurs déterminants pour certaines variables étudiées.

La description de la population sous ARV et des Centres de traitement a permis de constater :

- Un lien fort entre VIH et statut dans la famille, avec d'une part une **surreprésentation des hommes polygames, et des femmes divorcées ou veuves** (dont on peut supposer que nombre d'entre elles sont issues d'un mariage polygame, du fait d'une sousreprésentation des femmes mariées polygames), et d'autre part une surreprésentation des chefs de ménage, autant chez les hommes que chez les femmes, ce qui dénote des **responsabilités familiales importantes**. Par ailleurs, les femmes sont plus souvent des sœurs, tantes ou cousines dépendantes d'un chef de ménage que dans l'ensemble de la population. Par ailleurs, les PVVIH sous ARV enquêtées vivent dans un habitat précaire, le plus souvent logés par un tiers et dans des logements de plus mauvaise qualité que la population moyenne, avec des **conditions sanitaires qui les rendent plus vulnérables aux risques d'infections**.
- Un besoin d'activité ou de retour à l'activité refreiné par la maladie ou par le manque de moyens, en particulier pour la majorité qui exercent leur activité en tant qu'indépendant dans le secteur informel. **Les enquêtés semblent refuser le statut d'assisté, ils veulent travailler**, mais une grande majorité se trouve frustrée dans leur aspiration à l'activité, du fait de la maladie ou du manque de moyens.
- **La séropositivité est encore vécue dans la solitude pour 20% des enquêtés** qui n'osent pas confier à quiconque leur séropositivité. Une proportion encore importante ne partage pas l'information sur leur séropositivité avec leur conjoint. **Il reste encore difficile pour les enquêtés de se confier dans un rapport intime, de personne à personne, que ce soit dans le cercle familial ou dans le couple**. Dans ce contexte, les Centres de santé et les associations jouent un rôle avéré de soutien psychologique, notamment au travers des groupes de parole malgré la faiblesse des effectifs de personnel non soignant.
- **Les prises d'ARV semblent bien observées**, même si notre échantillon est à cet égard biaisé puisque les entretiens ont eu lieu dans les Centres, en particulier au moment où les patients viennent prendre leur traitement. En effet, le nombre d'omissions de prise d'ARV est faible, et ce malgré un bouleversement important dans les habitudes alimentaires à cause du traitement. **Les traitements sont très positivement appréciés** quant à leur efficacité et **bien supportés** puisque les effets secondaires sont jugés peu ou pas gênants par la majorité des patients.
- **L'aide alimentaire est restreinte**, même dans les Centres que nous avons sélectionnés sur le critère de l'aide alimentaire, ce qui contraste avec l'image

d'assistés véhiculée sur les PVVIH. **Il semble cependant que la demande d'aide, alimentaire ou non, des PVVIH ne soit pas satisfaite.** Si l'on en juge par nos observations sur l'activité, il serait nécessaire d'orienter cette aide vers les activités génératrices de revenus (AGR), sans toutefois retirer l'aide alimentaire indispensable en début de traitement et pour le tiers des PVVIH qui déclarent n'avoir pas toujours ou pas souvent manger à leur faim ou pour le cinquième des PVVIH sousnutries pour lesquelles une ré-alimentation thérapeutique doit être mise en place.

- **Les effets secondaires du traitement ARV, la participation à un groupe de parole et le sexe sont des facteurs qui agissent autant sur la santé physique que mentale.** Il y a une légère tendance à ce que les PVVIH traitées au CHD de l'Ouémé à Porto-Novo soient également en meilleure santé physique et psychologique, sans que l'on puisse dire si cela est dû à un effet de sélection, à l'environnement ou bien à la prise en charge dans ce Centre. **L'ancienneté du traitement ARV est un facteur qui s'ajoute pour expliquer la santé physique, tandis que la faim et l'âge influent sur la santé psychologique.** L'homogénéité sociale et des conditions de vie des PVVIH interrogées est probablement à l'origine de la quasi-absence d'effet de la catégorie socioprofessionnelle, du statut matrimonial, de la position dans le ménage ou des conditions de logement.

## ANNEXE 1 : Résultats du modèle de régression sur la santé physique auto-perçue

Negative binomial regression	Number of obs	=	113
	Wald chi2(38)	=	.
	Prob > chi2	=	.
Log likelihood = -302.26582	Pseudo R2	=	0.0856

Variable dépendante : Nb jours mauvaise santé	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
femmes	.5187795	.1919034	2.70	0.007	.1426557 .8949034
âge (année)	.0997912	.0865484	1.15	0.249	-.0698405 .2694229
âge au carré	-.00105	.001097	-0.96	0.338	-.0032001 .0011
marié(e) monogame	-.1550947	.4002798	-0.39	0.698	-.9396287 .6294392
union libre	.3725581	.9640406	0.39	0.699	-1.516927 2.262043
célibataire	.2467262	.2769233	0.89	0.373	-.2960334 .7894859
divorcé(e)	-.0665973	.2093677	-0.32	0.750	-.4769505 .3437558
veuf/veuve	-.2126898	.2754055	-0.77	0.440	-.7524746 .3270951
salarié qualifié	.1358176	.5210556	0.26	0.794	-.8854327 1.157068
salarié non qualifié	-.5052134	.7049162	-0.72	0.474	-1.886824 .8763969
apprenti/aide familiale	-.3726873	.4109669	-0.91	0.364	-1.178168 .432793
inactif	-.6612095	.4292215	-1.54	0.123	-1.502468 .1800492
chômeur	.4579347	.4778638	0.96	0.338	-.478661 1.394531
puits	.1874808	.2168799	0.86	0.387	-.237596 .6125576
borne fontaine	-.3490736	.477807	-0.73	0.465	-1.285558 .5874108
propriétaire avec titre	-.244791	.7078042	-0.35	0.729	-1.632062 1.14248
propriétaire sans titre	.283244	.3747945	0.76	0.450	-.4513398 1.017828
propriétaire non précisé	.6435157	.5418831	1.19	0.235	-.4185557 1.705587
locataire	.0319087	.1799288	0.18	0.859	-.3207452 .3845626
logé par l'employeur	-24.42555	1.440393	-16.96	0.000	-27.24867 -21.60244
intérieur avec chasse	-1.028168	.6807435	-1.51	0.131	-2.3624 .306065
extérieur avec chasse	1.291198	.803095	1.61	0.108	-.2828397 2.865235
latrines améliorées	-.3820586	.2976499	-1.28	0.199	-.9654417 .2013244
dans la nature	-.373459	.2180801	-1.71	0.087	-.8008881 .0539702
arc-en-ciel	-.2501289	.363263	-0.69	0.491	-.9621114 .4618535
Hôpital Zone Tanguiéta	-.1896958	.3859127	-0.49	0.623	-.9460707 .5666791
CHD Parakou	-.0195652	.3254873	-0.06	0.952	-.6575086 .6183781
Hôp. StCamille Davougon	-.0454722	.4491861	-0.10	0.919	-.9258607 .8349164
MSF Dogbo	-.2820702	.3665483	-0.77	0.442	-1.000492 .4363514
CHD Porto-Novo	-.7061634	.3807407	-1.85	0.064	-1.452402 .0400747
Groupe de parole	-.539258	.1781678	-3.03	0.002	-.8884604 -.1900555
Traitement 11-22 mois	-.3720219	.2504283	-1.49	0.137	-.8628524 .1188086
Traitement 23-34 mois	-.38797	.4151212	-0.93	0.350	-1.201593 .4256525
Traitement 35mois et+	-.738975	.3609681	-2.05	0.041	-1.446459 -.0314906
3 prises d'ARV	-.2930817	.2336715	-1.25	0.210	-.7510695 .164906
Omission des ARV	.0895481	.4357427	0.21	0.837	-.7644919 .9435881
Supporte très mal effets	.7544365	.3288807	2.29	0.022	.1098421 1.399031
Supporte mal effets	.9641495	.5704078	1.69	0.091	-.1538292 2.082128
Supporte un peu mal	.7060249	.2506979	2.82	0.005	.2146659 1.197384
Pas tjrs mangé à sa faim	.2707024	.1792038	1.51	0.131	-.0805306 .6219355
Pas svt mangé à sa faim	-.4623128	.4398475	-1.05	0.293	-1.324398 .3997724
(constante du modèle)	-.7666098	1.788493	-0.43	0.668	-4.271991 2.738772
-----					
/lnalpha	-.9432433	.2834997		-1.498892	-.3875941
-----					
alpha	.389363	.1103843		.2233774	.6786878
-----					

## ANNEXE 2 : Résultats du modèle de régression sur la santé psychologique auto-perçue

Negative binomial regression	Number of obs	=	113
	Wald chi2(38)	=	.
	Prob > chi2	=	.
Log likelihood = -276.68427	Pseudo R2	=	0.1160

Variable dépendante : Nb jours mauvaise santé	Coef.	Robust Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
femmes	.5779552	.2386893	2.42	0.015	.1101329	1.045778
âge (année)	.1986284	.0992782	2.00	0.045	.0040468	.39321
âge au carré	-.0022587	.0012609	-1.79	0.073	-.00473	.0002126
marié(e) monogame	-.4221959	.3442891	-1.23	0.220	-1.09699	.2525983
union libre	.0284063	1.078051	0.03	0.979	-2.084534	2.141347
célibataire	.2393738	.3327789	0.72	0.472	-.4128607	.8916084
divorcé(e)	.0313078	.2565219	0.12	0.903	-.4714658	.5340814
veuf/veuve	-.2913163	.3094461	-0.94	0.346	-.8978196	.315187
salarié qualifié	.5159342	.6488733	0.80	0.427	-.755834	1.787702
salarié non qualifié	-1.27253	.8344207	-1.53	0.127	-2.907964	.3629046
apprenti/aide familiale	-.4377419	.5128544	-0.85	0.393	-1.442918	.5674343
inactif	-1.015632	.6667785	-1.52	0.128	-2.322493	.2912301
chômeur	.4338482	.5060982	0.86	0.391	-.558086	1.425782
puits	.3699999	.2460831	1.50	0.133	-.1123141	.8523138
borne fontaine	-.5904654	.5548042	-1.06	0.287	-1.677862	.496931
propriétaire avec titre	.6597537	.8120491	0.81	0.417	-.9318332	2.251341
propriétaire sans titre	.3612887	.3062057	1.18	0.238	-.2388634	.9614408
propriétaire non précisé	.7542215	.7875905	0.96	0.338	-.7894275	2.297871
locataire	.1126288	.2016804	0.56	0.577	-.2826576	.5079151
logé par l'employeur	.2907466	1.482737	0.20	0.845	-2.615364	3.196857
intérieur avec chasse	-20.36875	.6750887	-30.17	0.000	-21.6919	-19.0456
extérieur avec chasse	2.02808	.9202432	2.20	0.028	.224437	3.831724
latrines améliorées	-.7260684	.3385487	-2.14	0.032	-1.389612	-.0625252
dans la nature	-.6670747	.2573986	-2.59	0.010	-1.171567	-.1625827
arc-en-ciel	-.0116414	.4156559	-0.03	0.978	-.8263119	.8030292
Hôpital Zone Tanguiéta	.2566532	.4602562	0.56	0.577	-.6454324	1.158739
CHD Parakou	.3393245	.3454802	0.98	0.326	-.3378043	1.016453
Hôp. StCamille Davougon	.0015615	.5793889	0.00	0.998	-1.13402	1.137143
MSF Dogbo	-.0513309	.4520732	-0.11	0.910	-.9373781	.8347164
CHD Porto-Novo	-.6911104	.4112562	-1.68	0.093	-1.497158	.1149369
Groupe de parole	-.5161766	.2335551	-2.21	0.027	-.9739361	-.0584171
Traitement 11-22 mois	-.4756681	.2525107	-1.88	0.060	-.97058	.0192438
Traitement 23-34 mois	-.5187935	.5356658	-0.97	0.333	-1.568679	.5310922
Traitement 35mois et+	-.2911546	.4623782	-0.63	0.529	-1.197399	.6150901
3 prises d'ARV	-.1489291	.2603664	-0.57	0.567	-.6592378	.3613797
Omission des ARV	.3457272	.4288502	0.81	0.420	-.4948037	1.186258
Supporte très mal effets	.9200017	.3168282	2.90	0.004	.2990298	1.540974
Supporte mal effets	1.073929	.6300956	1.70	0.088	-.1610362	2.308893
Supporte un peu mal	1.138657	.3020361	3.77	0.000	.5466768	1.730636
Pas tjrs mangé à sa faim	.4434212	.2000956	2.22	0.027	.051241	.8356015
Pas svt mangé à sa faim	-.286935	.5302397	-0.54	0.588	-1.326186	.7523158
(constante du modèle)	-3.281374	2.156637	-1.52	0.128	-7.508305	.9455577
/lnalpha	-.6577905	.3218646		-1.288634	-.0269474	
alpha	.5179946	.1667241		.2756472	.9734125	

### ANNEXE 3 : Guide destiné aux investigateurs chargés de l'enquête qualitative

La partie qualitative de l'étude préliminaire doit permettre :

- de se faire une idée du fonctionnement de chaque site et de la prise en charge globale,
- de décrire sa composante nutritionnelle, les expériences locales en la matière,
- de connaître le degré d'implication et l'opinion des professionnels,
- d'identifier les obstacles au soutien nutritionnel et ses conditions d'optimisation.

#### **Méthodologie :**

Des entretiens formalisés (sur la base du volontariat) seront menés avec au moins un représentant de chaque catégorie d'acteurs impliqués dans la prise en charge médicale et sociale des patients sous ARV du site, professionnels de santé et associatifs : personnel d'accueil, médecin prescripteur, infirmier, pharmacien, psychologue, nutritionniste, travailleur social, médiateur de santé, représentant d'association d'ONG ou de PVVIH... Si l'aide alimentaire est remise par des personnes qui ne sont sur le site lui-même et /ou ne font pas partie de son personnels, les inclure dans ces entretiens.

Vu le temps imparti à l'enquête sur chaque site et les délais de remise du rapport, les entretiens ne sont pas nécessairement enregistrés, ils peuvent être pris en note. Essayez toutefois de retranscrire le plus exactement possible les propos de vos interlocuteurs sur les points importants. Les entretiens sont de préférence individuels ; mais si les conditions ne s'y prêtent pas, ils peuvent être menés avec deux ou trois professionnels.

Une connaissance de la problématique VIH et une expérience antérieure en sociologie ou anthropologie de la santé étant demandée, une grille d'entretien n'est pas imposée. Toutefois, à l'issue de votre enquête sur le site, les questions à renseigner doivent l'être précisément. Si celles qui se rapportent aux problèmes identifiés par le personnel, à leurs opinions sur l'appui nutritionnel et sur son optimisation n'ont pas été abordées spontanément par votre ou vos interlocuteur(s), vous les poserez avant de clore l'entretien.

Votre enquête repose également sur l'observation des interactions entre les professionnels, les associatifs et les patients et sur des conversations informelles avec des patients lors de l'attente pour les consultations, pour la remise des ARV à la pharmacie, pour l'attribution de l'aide alimentaire et/ou lors d'un repas communautaire, d'un atelier ou d'une démonstration culinaire ou de tout autre aspect de l'éducation nutritionnelle proposée. Si une activité collective a lieu l'un des jours où l'équipe d'investigation est présente sur le site, il est souhaitable que vous y assistiez (à condition que les participants aient donné leur accord).

#### **Questions à renseigner :**

##### *Description du site :*

- Est-il hospitalier ou associatif, depuis quand existe-t-il, depuis quand les patients y sont-ils traités par ARV ?

- Quels sont les services dispensés aux patients : prise en charge médicale avec ou sans hospitalisation, prise en charge psychosociale (y compris soutien financier, accompagnement familial, médiation sociale), appui nutritionnel, activités productrices horticoles ou agricoles, activités génératrices de revenus etc.
- Quelles sont les limites de la gratuité des services (les examens biologiques, les médicaments autres que les ARV, les transports etc.)
- Quels sont les horaires d'ouverture et la fréquentation (lors de votre présence, combien de patients environ étaient présents dans le site, avez-vous observé des différences sensibles selon les jours etc.)
- Comment les différents personnels comprennent-ils les notions de prise en charge globale et/ou d'accompagnement psychosocial ? Y a-t-il des réticences exprimées par rapport à ces notions ?
- Quels sont les professionnels (ou associatifs) impliqués dans l'accompagnement psychosocial et dans l'appui nutritionnel ? S'il y a des médiateurs (de santé ou communautaires), quels sont leur rôle et leur formation ?
- Comment la dimension de genre est-elle prise en compte (dans le recrutement et la formation des personnels, dans l'accompagnement des patient(e)s, dans l'organisation des groupes de parole, des activités etc.) ?
- Existe-t-il des instances de régulation (animées par un psy), ou des réunions du personnel autres que techniques ? Le personnel est-il stable, y a-t-il au contraire un turn-over important ?
- S'il existe une présence confessionnelle sur le site comment s'exprime-t-elle (lieux ou groupes de prière, prosélytisme religieux) ?

#### *Description de l'appui nutritionnel :*

- Depuis combien de temps existe-t-il et à l'initiative de qui s'est-il mis en place ?
- En quoi consiste-il : aide alimentaire, éducation nutritionnelle (conseils individualisés ou cours collectifs), repas communautaires (rythme, nombre de convives), ateliers ou démonstrations culinaires (fréquence et nombre de participants), jardins d'hôpitaux, cultures spécifiques (spiruline), etc.
- Par qui, sur quels critères et pendant quelle durée l'aide alimentaire est-elle attribuée ?
- Qui sont ses bénéficiaires : les patients seulement, leurs familles (pour combien de personnes dans la maisonnée l'aide est-elle fournie) ?
- Existe-t-il un suivi ?
- Sur qui repose exactement le soutien nutritionnel (distribution de l'aide alimentaire, activités d'éducation nutritionnelle) ?
- Quel est le mode de distribution de l'aide alimentaire ? Comment ont été déterminés les jours de distribution de l'aide alimentaire par rapport à ceux des consultations pour le traitement ARV ?
- Existe-t-il des problèmes de rupture d'approvisionnement en matière d'aide alimentaire, de revente par certains patients ou professionnels de cette aide ?

***Problèmes et insuffisances identifiés par les professionnels du site, opinions et propositions concernant le soutien nutritionnel :***

- Les dysfonctionnements rapportés concernent-t-ils :
  - les conditions de travail (surcharge, problèmes hiérarchiques ou relationnels) ou de rémunération (nécessité d'autres activités rétribuées),
  - l'approvisionnement en médicaments, en matériel de laboratoire (les ressources matérielles),
  - la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des patients (les ressources humaines et les besoins de formation)
  - l'accès restreint des patients dû au manque de gratuité et à l'insuffisance des aides offertes
- Les personnels du site sont-ils favorables à un programme qui renforcerait l'appui nutritionnel lors de la mise sous traitement ARV ?
- Quelles sont leurs suggestions pour optimiser l'appui nutritionnel et pérenniser la sécurité alimentaire des patients ?
- Les patients sont-ils satisfaits de l'aide alimentaire fournie actuellement ? Auraient-ils besoin d'autre chose (de l'argent, ou encore d'un aliment en particulier) ?

**ANNEXE 4 : Questionnaire patient**