

**Faculté de santé publique**

**Rôles perçus des conjoints dans la participation au dépistage et à l'adhérence au conseil sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Kingasani en République Démocratique du Congo**

Mémoire réalisé par  
**Natacha MOPONDI NYASOSO**

Promoteur  
**Stephan VAN DEN BROUCKE**

Année académique 2019-2020  
**Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée**



**Faculté de santé publique**

**Rôles perçus des conjoints dans la participation au dépistage et à l'adhérence au conseil sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Kingasani en République Démocratique du Congo**

**Mémoire réalisé par  
Natacha MOPONDI NYASOSO**

**Promoteur  
Stephan VAN DEN BROUCKE**

**Année académique 2019-2020  
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisé**

## REMERCIEMENTS

A Monsieur Stephan Van Den Broucke, professeur à l'UCLouvain et promoteur de ce mémoire, pour sa disponibilité, ses précieux conseils, sa rigueur scientifique qui ont contribué à la rédaction de ce travail

A toute l'équipe enseignante de la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain, pour leur dévouement et la qualité de leur enseignement

A tout le personnel du secrétariat de la Faculté de Santé Publique de l'UCLouvain, pour leur disponibilité et leur accompagnement

A mon cher mari, Armand, pour son soutien inconditionnel, ses sacrifices et son amour

A mes parents, Alexandre et Marie- Agnès, pour leur amour et leurs conseils, particulièrement à ma regrettée maman, qui reste une source d'énergie et de motivation pour moi et dont la réalisation de ce mémoire est un honneur.

A mes frères et à ma sœur : José, Papitsho, Jean-Pierre, Nathalie et Benjamin pour leur amour, encouragement et conseils durant toutes les étapes de mes études ; particulièrement à Papitsho pour m'avoir aidée à poursuivre mes études, sa motivation, sa disponibilité de relire ce travail

A mes collègues et amis, pour leur soutien tant moral qu'intellectuel et pour tous les moments passés ensemble

A tous, je tiens à exprimer ma gratitude et ma reconnaissance

## **Le plagiat**

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

## **ABREVIATIONS**

ADN : Acide désoxyribonucléique

ARN : Acide ribonucléique

ARV : Antirétroviraux

CDV : Conseil et dépistage volontaire

CD4 : Cluster de différenciation 4

CPN : Consultation prénatale

CPON : Consultation post natale

CTV : Conseil et test du VIH

DCIP : Dépistage et conseil du VIH initié par le prestataire

DPS : Division provinciale de la santé

FOSA : Formation sanitaire

IHAP : Programme Intégré de lutte contre le VIH

IPS : Inspection provinciale de la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

MM : Mère-mentor

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONUSIDA : Programme commun des nations unies sur le VIH/SIDA

PNLS : Programme national de lutte contre le Sida

PNLT : Programme national de lutte contre la tuberculose

PNSA : Programme national de la santé de l'adolescent

PNSR : Programme national de la santé de la reproduction

PRONANUT : Programme national de nutrition

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PVV : Personne vivant avec le VIH

RDC : République Démocratique du Congo

RDV : Rendez-vous

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

TAR : Thérapie antirétrovirale

TARV : Traitement antirétroviral

TME : Transmission mère-enfant

USAID : Agence des Etats-Unis pour le développement international

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VIH+ : Virus de l'immunodéficience humaine positif

VIH- : Virus de l'immunodéficience humaine négatif

## LISTE DE TABLEAU ET FIGURE

**Tableau 1** : Liste des interventions et méthodes de la prévention combinée

**Figure 1** : Modèle socio-écologique de la prévention du VIH

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>REMERCIEMENTS</b>                                                           | <b><i>i</i></b>   |
| <b><i>Le plagiat</i></b>                                                       | <b><i>ii</i></b>  |
| <b>ABREVIATIONS</b>                                                            | <b><i>iii</i></b> |
| <b>INTRODUCTION</b>                                                            | <b><i>1</i></b>   |
| <b>CHAPITRE 1 : LE VIH</b>                                                     | <b><i>3</i></b>   |
| 1.1. VIH                                                                       | 3                 |
| 1.2. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)                   | 6                 |
| 1.3. Epidémiologie du VIH                                                      | 6                 |
| 1.4. Impact du VIH                                                             | 7                 |
| 1.5. Stratégies pour éliminer le VIH                                           | 8                 |
| 1.6. Conclusion                                                                | 9                 |
| <b>CHAPITRE 2 : LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN RDC</b> | <b><i>11</i></b>  |
| 2.1. Les objectifs de la PTME                                                  | 11                |
| 2.2. Les acteurs clés de la PTME                                               | 12                |
| 2.3. Les groupes cibles de la PTME                                             | 12                |
| 2.4. Les actions de la PTME                                                    | 13                |
| 2.5. Approche communautaire                                                    | 15                |
| 2.6. Les déterminants socio-comportementaux                                    | 16                |
| 2.7. Conclusion                                                                | 18                |
| <b>CHAPITRE 3 : METHODE</b>                                                    | <b><i>19</i></b>  |
| 3.1. Question et objectifs de recherche                                        | 19                |
| 3.2. Contexte de la recherche                                                  | 20                |
| 3.3. Méthode                                                                   | 21                |
| <b>CHAPITRE 4 : RESULTATS</b>                                                  | <b><i>24</i></b>  |

|                                                             |                  |
|-------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>4.1. Connaissances de la PTME</b>                        | <b>24</b>        |
| <b>4.2. Expérience de la PTME</b>                           | <b>25</b>        |
| <b>4.3. Soutien</b>                                         | <b>31</b>        |
| <b>4.4. Barrières et freins à la participation</b>          | <b>33</b>        |
| <b>4.5. Implication du conjoint</b>                         | <b>36</b>        |
| <b>4.6. Besoins</b>                                         | <b>38</b>        |
| <b><i>CHAPITRE 5 : DISCUSSION</i></b>                       | <b><i>41</i></b> |
| <b>5.1. Synthèse des résultats</b>                          | <b>41</b>        |
| <b>5.2. Limites de l'étude</b>                              | <b>46</b>        |
| <b>5.3. Implications pour la pratique en santé publique</b> | <b>47</b>        |
| <b>5.4. Conclusion</b>                                      | <b>48</b>        |
| <b><i>BIBLIOGRAPHIE</i></b>                                 | <b><i>49</i></b> |

## INTRODUCTION

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un problème majeur de santé publique. Depuis le début de l'épidémie au début des années 1980, 77,3 millions de personnes ont été infectées dont 35,4 millions décédées suite à des maladies liées au Sida [1].

Fin 2017, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comptait environ 36,9 millions de personnes vivant avec le VIH parmi lesquelles 35,1 millions d'adultes et 1,8 million d'enfants d'âge inférieur à 15 ans ; 25,7 millions se trouvent en Afrique dont 3,9 millions en République Démocratique du Congo [1].

L'infection à VIH comprend plusieurs voies de contamination au moyen des liquides biologiques de l'organisme des personnes infectées : le sang, le sperme, le liquide séminal, les sécrétions vaginales, le liquide rectal et le lait maternel.

La transmission mère-enfant du VIH (TME) ou transmission verticale constitue la principale voie par laquelle les enfants sont infectés par le VIH. Elle peut survenir pendant la grossesse, l'accouchement ou pendant la période postnatale par l'allaitement maternel qui est très pratiqué en Afrique.

L'élimination de la TME est considérée comme un objectif de santé publique réaliste et un élément important de la campagne visant à atteindre les objectifs de développement du Millénaire [2].

Ainsi, la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME) est une intervention prioritaire des programmes de lutte contre le VIH /SIDA et demeure un challenge dans les pays à ressources limitées ; particulièrement en Afrique [3].

Un défi important dans la PTME est le fait que les hommes ne participent pas souvent au dépistage et au conseil du VIH pendant la période prénatale, au cours des consultations prénatales (CPN) ; bien que leurs perceptions à l'égard des avantages de la PTME soient positives. Pourtant, leur implication contribuerait à la prévention de l'infection à VIH, par la communication au sein du couple sur la sexualité [4].

L'absence ou la faible implication des partenaires masculins constitue un frein à l'utilisation des services de PTME, étant donné que les partenaires masculins en général détiennent la responsabilité financière (c'est-à-dire, le rôle de pourvoyeur aux frais de consultation prénatale). Les raisons pour cette faible implication de la part des partenaires masculins peuvent être

multiples : parmi les raisons suggérées on trouve les barrières culturelles et les facteurs socio-économiques ainsi que des facteurs psychologiques tels que la peur du résultat du test du VIH, les difficultés conjugales, ou encore les attitudes abusives des professionnels de santé envers les hommes [5, 6].

Or, il existe peu de recherche empirique sur les facteurs qui déterminent l'implication des partenaires masculins au dépistage et au conseil du VIH pendant la période prénatale. Ce manque de connaissances empiriques empêche le développement d'interventions efficaces pour renforcer la participation et le soutien des partenaires masculins. Ce mémoire vise à combler cette lacune.

Dans notre travail, nous nous intéresserons à l'implication des partenaires masculins à la PTME, et particulièrement à leur rôle et influence sur la participation au dépistage et sur le comportement d'adhérence des femmes aux services de PTME. Nous nous intéresserons également aux différentes perceptions des conjoints.

D'où notre question de recherche : « Quels sont les rôles perçus des conjoints dans la participation au dépistage et l'adhérence au conseil sur la PTME ? »

Ainsi, nous avons mené une étude qualitative au centre hospitalier de Kingasani auprès des femmes séropositives pour le VIH et leurs partenaires masculins.

Ce travail comprend deux parties : une partie théorique et une partie empirique. La partie théorique, subdivisée en trois chapitres qui traiteront successivement de la problématique de notre étude, des généralités sur le VIH, ses modes de transmission, particulièrement ses moments de transmission de la mère à l'enfant et de leur prévention.

La partie empirique comprend trois chapitres qui, décrivent successivement la méthode utilisée lors de l'étude, les différents résultats obtenus ainsi que leur interprétation et situation par rapport à la littérature existante.

## **CHAPITRE 1 : LE VIH**

### **1.1. VIH**

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), appartient à la famille des Retroviridae (rétrovirus), sous- famille des lentivirinae (lentivirus). On en distingue deux types isolés chez l'homme, à savoir, le VIH-1 qui prédomine et le VIH-2. Ces derniers ont 42% d'homologie et possèdent deux molécules d'acide ribonucléique (ARN) monocaténaire associées à des molécules de Réserve Transcriptase copiant l'ARN en acide désoxyribonucléique (ADN) viral ; Ceci permet au virus d'intégrer le génome cellulaire.

Le VIH possède trois gènes de structure et particulièrement un très grand nombre de gènes régulateurs qui interagissent pour réguler la multiplication virale [7].

Il a la particularité fondamentale d'infecter massivement et quasi exclusivement le système immunitaire en infectant les lymphocytes CD4, qui sont des cellules indispensables à l'efficacité de la réponse immune, et entraînant leur destruction accélérée, ce qui conduit à une immunodépression majeure [8].

Les déterminismes psycho-socio-comportementaux interviennent dans la vulnérabilité individuelle et communautaire vis-à-vis du VIH.

Pour chaque individu, les connaissances sur le VIH, les risques de contamination, ses modes de transmission, sa prévention, les décisions personnelles du comportement sexuel (comme l'abstinence, la monogamie, la réduction du nombre de partenaires, l'estime de soi, etc.) déterminent la vulnérabilité.

Au niveau communautaire, cette vulnérabilité au VIH dépendra de l'état de la société ainsi que de l'importance et de la qualité des programmes d'intervention mis en œuvre.

Ainsi, les facteurs culturels, la religion, les groupes sociaux font qu'il y ait diverses règles correspondantes qui régissent les pratiques sexuelles. Ainsi, la notion de « capital social » est très importante [9].

#### **1.1.1. Modes de transmission**

On distingue trois principaux modes de transmission du VIH [10] : la transmission sexuelle, par voie sanguine et la transmission verticale ; ainsi que plusieurs autres modes de transmission

#### ***1.1.1.1. Transmission sexuelle***

Elle survient par l'intermédiaire des muqueuses buccale, vaginale ou rectale lorsqu'elles sont en contact avec des sécrétions sexuelles ou du sang contenant du virus.

De nombreux facteurs interviennent dans la transmission sexuelle du VIH positivement ou négativement.

Le comportement sexuel, collectif ou individuel, est l'ensemble des activités sexuelles concourant à la transmission du VIH. Ce comportement sexuel est déterminé par des dimensions sociologiques, culturelles, psychologiques ainsi que par le répertoire des pratiques sexuelles du couple qui influencent le risque de transmission.

Des cofacteurs biologiques, locaux et généraux modulent également l'efficacité du passage transmuqueux du VIH [9].

#### ***1.1.1.2. Transmission par voie sanguine***

La transmission par voie sanguine se fait principalement chez les usagers de drogue par injection intraveineuse, les hémophiles et les transfusés.

En milieu de soins et laboratoires, bien que rares, des contaminations professionnelles peuvent survenir par des blessures ou des piqûres avec du matériel médico-chirurgical contaminé. Plus rarement, ces contaminations professionnelles se produisent par projection sur une peau lésée ou sur une muqueuse [10].

#### ***1.1.1.3 Transmission verticale ou transmission mère-enfant du VIH (TME)***

La transmission verticale peut se faire à différentes étapes de la grossesse : in utéro, dans les semaines précédant l'accouchement (un tiers des cas), per partum, au moment de l'accouchement (deux tiers des cas).

Il est noté que pendant le premier trimestre de grossesse, la TME n'est possible qu'en cas de fausse couche et au deuxième trimestre, elle ne se fait qu'au cours des circonstances exceptionnelles comme l'accouchement prématuré. En période postnatale, elle se fait essentiellement en cas d'allaitement maternel [11]. C'est ainsi qu'il est très important de cibler la prévention pendant ces différentes étapes de la grossesse.

#### ***1.1.1.4. Autres modes de transmission***

Le VIH a été identifié dans de nombreux autres liquides biologiques tels que la salive, les larmes, les urines, le liquide céphalo-rachidien et le liquide broncho-alvéolaire.

Bien qu'étant présent, le VIH n'est pas automatiquement transmissible car il y est en faible concentration. Il y a une présence éventuelle de composants l'inactivant [10].

### **1.1.2. Moments de transmission mère-enfant du VIH**

#### ***1.1.2.1. Transmission in utéro***

Cette transmission survient principalement au troisième trimestre dans les semaines précédant l'accouchement par le passage du virus via le liquide amniotique, les échanges sanguins materno-fœtaux favorisés par des brèches placentaires et par le passage transplacentaire via certaines cellules permissives à l'infection [12].

#### ***1.1.2.2. Transmission per partum (au moment de l'accouchement)***

C'est la transmission la plus fréquente. Bien que ses mécanismes ne soient pas connus précisément, quelques facteurs seraient sans doute impliqués :

- Le passage du nouveau-né dans la filière génitale et le contact de ses muqueuses avec les particules virales libres ou associées aux cellules maternelles des sécrétions vaginales,
- Les échanges sanguins fœto-maternels favorisés par des microlésions de la barrière placentaire pendant les contractions utérines, aussi le liquide gastrique via la muqueuse intestinale [12].

#### ***1.1.2.3. Transmission post-partum***

La transmission est essentiellement liée à l'allaitement maternel. Le risque de transmission est important dans les premières semaines, mais persiste pendant toute la durée de l'allaitement, car la charge virale dans le lait joue un rôle important [11].

Cette transmission serait très probablement responsable d'un taux de contamination plus élevé des enfants en Afrique, même si elle n'en est pas la seule cause [13].

### **1.1.3. Principaux facteurs de risque de la transmission mère-enfant du VIH**

La TME du VIH survient en fonction de plusieurs facteurs [13] :

#### ***1.1.3.1. Facteurs maternels***

- L'état immunologique de la mère est le principal élément pronostique connu.
- La charge virale plasmatique est le déterminant le plus important en pratique mais aussi une cible importante pour la prévention ;

- La diminution du taux des lymphocytes CD4 ainsi que le statut clinique maternel.

#### ***1.1.3.2 Facteurs viraux***

Le VIH-1 qui prédomine et le VIH-2 qui a une grande variabilité génotypique ; sa moindre transmission pourrait être en relation avec la plus faible charge virale.

#### ***1.1.3.3. Facteurs fœtaux et placentaires***

Les prédispositions génétiques et l'hypotrophie fœtale jouent un rôle dans la vulnérabilité à la contamination ; en outre des lésions placentaires et le paludisme sont aussi importants.

#### ***1.1.3.4. Facteurs obstétricaux***

La voie d'accouchement est très importante, l'accouchement prématuré surtout la rupture prématurée des membranes, les gestes invasifs ou traumatisants au cours de la grossesse (amniocentèse, cerclage, version par manœuvres externes, amnioscopie).

### **1.2. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)**

La PTME du VIH ou prévention de la transmission verticale consiste en plusieurs interventions pendant la grossesse, la phase de travail, l'accouchement ou pendant l'allaitement.

Une approche à quatre volets est recommandée par l'OMS à la stratégie globale de PTME [14] :

- Le premier volet consiste en la prévention primaire de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer
- Le deuxième volet consiste en la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives
- Le troisième volet consiste en la prévention de la transmission du VIH des femmes séropositives à leurs enfants : plusieurs services y sont organisés, à savoir les conseils et le dépistage du VIH, le traitement antirétroviral (TARV), les accouchements sans risque, une alimentation plus sûre des nourrissons.
- Le quatrième volet consiste en la fourniture d'un traitement, de soins et d'un soutien approprié aux mères séropositives, à leurs enfants et à leurs familles.

### **1.3. Epidémiologie du VIH**

Avec un total de 1,8 million de personnes nouvellement infectées en 2017, parmi lesquelles 1,6 million d'adultes et 180 000 enfants d'âge inférieur à 15 ans ; le VIH reste un problème majeur

de santé publique dans le monde. Au cours de cette même année, 940 000 décès dus au VIH ont été enregistrés [1].

La République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays les plus affectés par le VIH. Ce pays dans la région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre connaît une prévalence dans la population générale de 1,2 % et de 1,8% auprès des femmes enceintes qui fréquentent les services de consultation prénatale (CPN). 38 % des nouvelles infections sont constatés chez les jeunes femmes en âge de procréer et 83,2 % n'ayant jamais fait de test VIH [15].

Cette prévalence est inégalement répartie par tranche d'âge et par sexe : chez les femmes de 15-49 ans, elle est 3 fois plus importante (1,6%) que chez les hommes du même âge (0,6%). Chez les femmes de 40-44 ans, elle est encore beaucoup plus importante (2,9 %) que celle des hommes du même âge (0,2 %) [16].

#### **1.4. Impact du VIH**

Bien qu'il y ait une évolution considérable des traitements antirétroviraux, l'impact du VIH se situe sur plusieurs plans :

##### **1.4.1. Impact sur le plan psychosocial**

Quand l'infection est connue, il peut s'en suivre la stigmatisation, la rupture des liens sociaux, l'isolement, des violences verbales et physiques. Le malade peut également avoir des troubles psychiatriques entraînant une baisse de l'adhérence au traitement.

Ainsi le VIH détruit le capital social, en dispersant le tissu social des communautés [17].

##### **1.4.2. Impact sur le plan socioéconomique**

Les adultes jeunes, principaux contributeurs des activités génératrices des revenus, sont majoritairement touchés par le VIH.

Pour les entreprises, cela fait que le VIH entraîne une perte de ressources humaines, des coûts supplémentaires, des pertes de productivité et une réduction de l'épargne dans la société.

Pour les ménages, la perte d'emploi, suite aux multiples absences au travail pour raisons d'hospitalisation ou autres traitements, entraîne une perte de revenus et la hausse des coûts de santé [17].

## 1.5. Stratégies pour éliminer le VIH

Plusieurs stratégies de prévention du VIH ont été promues par l'OMS et adoptées par le programme national de lutte contre le Sida (PNLS) en RDC :

### 1.5.1. La prévention combinée

C'est une combinaison de méthodes biomédicales, comportementales et structurelles visant à réduire des nouvelles infections. Différentes interventions y sont comprises : l'utilisation des préservatifs masculins et féminins, le dépistage et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, les conseils sur la réduction des risques, la circoncision masculine, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination [18].

Tableau 1 : Liste des interventions et méthodes de la prévention combinée [18]

| BIOMEDICALES :<br>portent sur les outils de<br>prévention | COMPORTEMENTALES :<br>visent à changer les<br>comportements individuels<br>et collectifs à risque | STRUCTURELLES :<br>visent à agir plus<br>largement sur les facteurs<br>sociaux, économiques,<br>juridiques, culturels et<br>éducatifs |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Préservatifs masculins<br>et féminins                     | conseils pour la réduction<br>des risques                                                         | changement<br>social/mobilisation de la<br>communauté                                                                                 |
| Lubrifiant                                                | communication pour le<br>changement social et de<br>comportement                                  | réduction de la<br>stigmatisation et<br>discrimination<br>(communautaire Vs<br>prestataires)                                          |
| TAR pour la<br>prévention                                 | rétention en traitement et en<br>soins                                                            | équité des genres et droits<br>humains                                                                                                |
| Dépistage et traitement<br>des IST                        | Information du partenaire                                                                         | plaidoyer (reformes,<br>politiques et application<br>des lois)                                                                        |
| Dépistage du VIH                                          |                                                                                                   | Formations                                                                                                                            |
| circoncision masculine<br>médicalisée                     |                                                                                                   | Plaidoyer                                                                                                                             |

### 1.5.2. La prophylaxie Pré-exposition

C'est l'utilisation des traitements antirétroviraux afin d'éviter la contamination du VIH chez les personnes séronégatives à risque comme les couples sérodiscordants, les professionnels de sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes, les utilisateurs de drogues injectables et les transgenres [18].

### **1.5.3. La prophylaxie Post-exposition**

C'est l'administration d'agents thérapeutiques dans le but de prévenir une infection après l'exposition à un pathogène. Cette exposition peut être accidentelle, au sang ou autre liquide biologique, ou encore sexuelle [18].

### **1.5.4. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**

Pour combattre ce problème de santé important, la RDC a adopté au travers des directives nationales, la PTME comme l'une des stratégies pour l'élimination de la TME ayant comme objectifs de réduire les nouvelles infections chez les enfants de 90% et de réduire les décès maternels liés au VIH à 50%. Cette stratégie fait référence à la vision de l'ONUSIDA d'éliminer le VIH dans le monde d'ici 2030 [18].

Malgré cette stratégie, des études réalisées notamment dans la ville de Lubumbashi, nous montrent quelques faiblesses dont la faible couverture des services de PTME, les fortes proportions d'accouchées sous statut sérologique inconnu (48,51%) malgré des taux élevés d'adhésion au dépistage volontaire (78,96%).

Parmi les facteurs pouvant expliquer ce paradoxe, il a été mentionné la peur de stigmatisation, la peur d'un potentiel naufrage conjugal et surtout la non-participation des conjoints au programme [19].

Dans la plupart des sociétés, particulièrement en Afrique, l'homme reste le chef au sein du couple. Souvent, cela se traduit par le fait que la femme a peu de pouvoir de négociation et de décision dans la relation.

Le dépistage volontaire du VIH reste une démarche rare, souvent pratiqué pendant les CPN pour réduire la TME [13]. Or en Afrique subsaharienne, les partenaires masculins ne sont pas souvent présents voire rares dans ces services [5] ; ce qui fait que les femmes sont le plus fréquemment dépistées sans leurs conjoints. C'est donc via les femmes que vient la nouvelle de la séropositivité. Partager cette annonce avec le conjoint ou le partenaire est très difficile, car pourrait entraîner rejet physique, affectif, divorce, abandon familial [13].

Une étude réalisée en RDC nous montre l'implication des partenaires masculins dans la PTME à 57 % au Nord Kivu, 23 % au Haut Katanga. A Kinshasa la capitale, c'est 10, 8 % pour la zone de santé de Binza et 2,8 % pour celle de Kalamu [20].

## **1.6. Conclusion**

Ce chapitre nous montre que le VIH demeure un problème de santé publique. Il a un impact tant sur le plan physique, psychosocial qu'économique. Néanmoins, plusieurs stratégies de

prévention sont développées afin de l'éliminer. Le chapitre suivant traitera de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en RDC, qui est l'une des stratégies pour l'élimination de la TME.

## **CHAPITRE 2 : LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN RDC**

Les premières interventions de la PTME ont vu le jour en RDC en 1999. Avec la création du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) en 2001, la PTME a été retenue comme une des stratégies nationales de lutte contre le VIH /Sida [21].

Les stratégies de la RDC pour l'élimination de la TME ou PTME compréhensive ont pour vision une génération sans VIH dans le but d'éliminer des nouvelles infections parmi les enfants et le maintien des mères en vie. Les deux objectifs primordiaux sont [18] la réduction des nouvelles infections chez les enfants de 90% et des décès maternels liés au VIH de 50%.

### **2.1. Les objectifs de la PTME**

En se conformant, aux recommandations de l'OMS, à la stratégie globale de la PTME, la RDC, par le PNLS a quatre piliers pour l'élimination de la TME ou la PTME [18].

- (1) Le premier pilier est la prévention primaire qui concerne les adolescents et les jeunes des deux sexes, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes séronégatives et leurs partenaires masculins après dépistage à la CPN, la population des personnes les plus exposées comme les professionnels de sexe, les populations mobiles, les homosexuels et les usagers des drogues intraveineuses. L'abstinence, la fidélité à un partenaire séronégatif et l'utilisation régulière et correcte du préservatif sont fortement encouragés et considérés comme l'ABC de la prévention du VIH pour futurs parents ;
- (2) Le deuxième pilier consiste en un soutien approprié à la femme infectée pour éviter les grossesses non désirées, réduire le nombre d'enfants exposés au risque de TME. L'implication du partenaire masculin dans les services de planning familial est très importante pour une contraception sans risque, régulière et efficace.
- (3) Le troisième pilier consiste à identifier les femmes enceintes infectées par le VIH et à mettre à leur disposition des moyens efficaces pour réduire la TME. Les interventions clés sont le conseil et le dépistage du VIH, l'administration des antirétroviraux (ARV), l'application des pratiques d'accouchement et l'alimentation du nourrisson à moindre risque.
- (4) Dans le quatrième pilier, la responsabilité est partagée entre les familles, les communautés et le pays (responsabilité mutuelle au niveau provincial et national) ; le support psychosocial et communautaire a une grande importance.

## **2.2. Les acteurs clés de la PTME**

Le Ministère de la Santé Publique de la RDC est subdivisé en trois différents niveaux où se situent les acteurs clés de la PTME [21].

**Au niveau central**, trois acteurs clés se complètent : le Ministre de la Santé Publique qui assure et coordonne le leadership national, renforcé par la mobilisation des ressources de l'Etat ; le point focal qui coordonne le groupe d'experts qui représentent toutes les parties prenantes ; et les programmes nationaux qui apportent un appui pour la mise en œuvre des activités, chacun selon sa spécialité et son domaine d'action.

**Au niveau intermédiaire**, deux acteurs clés exercent dans la PTME : La Division Provinciale de la Santé (DPS) qui assure la formation et les prestations ; et l'Inspection Provinciale de la Santé (IPS) qui assure l'inspection et la qualité des prestations.

**Au niveau périphérique**, trois acteurs agissent : l'Equipe cadre de la zone de santé qui est la pierre angulaire de l'atteinte des objectifs car elle met en œuvre toutes les activités de la PTME au niveau des établissements de santé ainsi que de la communauté, la communauté qui englobe la population cible, les organisations communautaires et les individus impliqués dans la mise en œuvre ; et les partenaires d'appui technique et d'appui financier.

Le PNLS travaille avec plusieurs programmes spécialisés pour améliorer les stratégies de réduction de la TME du VIH. Chacun y contribue selon son domaine d'action :

- le Programme National de la Santé de la Reproduction (PNSR) a neuf composantes dont cinq sont liées à la PTME, à savoir : la maternité à moindre risque, l'information et les services en matière de planification familiale, l'information des hommes pour leur implication dans la santé de la reproduction, l'élimination des pratiques néfastes comme la violence sexuelle contre la femme, et la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles (IST), y compris l'infection à VIH ;
- le Programme National de la Santé de l'Adolescent (PNSA) ;
- le Programme National de Nutrition (PRONANUT) ;
- le Programme National de lutte contre la Tuberculose (PNLT) [21].

## **2.3. Les groupes cibles de la PTME**

Dans le cadre de la PTME, deux catégories de femmes sont suivies : celles avec statut VIH positif connu avant la grossesse en cours qui bénéficient de la TAR (23%) et celles qui sont diagnostiquées pour la première fois au cours de la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement

en cours (77%). La PTME est intégrée dans 407 zones de santé appliquant toutes l'option B+ [16].

La plupart (58 %) des formations sanitaires (FOSA) offrant des services de CPN ont également des services de PTME avec comme interventions : les conseils sur le VIH et le dépistage pour les femmes enceintes, le dépistage des nouveau-nés des mères séropositives, le traitement prophylactique aux ARV des femmes enceintes séropositives, des nouveau-nés des mères séropositives. Pour les femmes enceintes séropositives des conseils sur l'allaitement des nouveau-nés et des nourrissons ainsi que sur leur nutrition à elles-mêmes et la planification familiale [22].

## **2.4. Les actions de la PTME**

Le conseil et le dépistage étant l'une des principales stratégies de prévention du VIH, nous aborderons à la section suivante quelques notions sur les avantages du conseil et du test du VIH, les recommandations de l'OMS, les directives nationales du conseil et dépistage du VIH en RDC.

### **2.4.1. Recommandations de l'OMS sur le dépistage du VIH**

Les services de dépistage du VIH ont plusieurs objectifs dont les principaux sont de poser un diagnostic et de faciliter efficacement l'accès à la prévention, au traitement et aux soins du VIH, les services de prévention de la transmission mère-enfant. Ainsi, la connaissance du statut VIH des personnes et de leur partenaire est très importante.

C'est en 1985 que le test de diagnostic du VIH était disponible dans les pays développés. En 1987 il a été recommandé par l'OMS [23].

En 2003, vu les résultats des différents essais cliniques ayant montré l'efficacité des ARV à réduire la TME du VIH et à ralentir l'évolution de la maladie chez les personnes infectées, le conseil et le test du VIH (CTV) a été déclaré comme étant un droit pour tous.

Le CTV a comme avantage l'initiation ou le renforcement de comportements à moindre risque d'infection par le VIH, un accès précoce au soutien, aux soins et aux traitements liés au VIH, un accès aux services de prévention de la TME du VIH, une meilleure acceptation du statut VIH positif, et l'opportunité de mieux planifier le futur. Au niveau communautaire le CTV pourrait réduire le déni, la stigmatisation et la discrimination [24].

Au fil des années, l'OMS définit des règles pour la réalisation du CTV, jusqu'au « 5Cs », qui sont les principes mis à jour, à savoir [23,24] :

-Consentement : le consentement éclairé est primordial et peut être que verbal. L'information du processus de conseil et du dépistage du VIH, et le droit de refuser doivent être connus de toutes les PVV. La notification du partenaire assisté et son dépistage du VIH sont volontaires et non obligatoires.

-Confidentialité : le test est confidentiel et toutes les discussions autour ne doivent être divulguées à une tierce personne qu'avec l'accord de la personne testée.

-Counseling : les informations pré-test et le conseil post-test sont importants et fournis par le prestataire qualifié ou par un pair, ou encore par des nombreux outils tels que les brochures, vidéos, lignes téléphoniques, etc. Pour les personnes testées séronégatives, le post-test se fait en donnant des brèves informations, tandis que pour celles testées positives, le counseling post-test est « centré sur le client » pour préserver le maximum de ressources possible.

-Résultats des tests Corrects : les services de test doivent être de bonne qualité afin de garantir un diagnostic correct. Le résultat d'auto-test réactif doit être suivi de tests supplémentaires et d'une confirmation par un prestataire qualifié.

-Connexion avec les services de prise en charge : après l'annonce d'un résultat positif, il faudrait s'assurer une référence vers les services de prise en charge.

Pour renforcer la pratique du test VIH par les couples et favoriser le partage mutuel des résultats, un guide a été édité par l'OMS en 2012 pour le dépistage du couple disant qu'en cas de sérodifférence (couple discordant), le partenaire infecté doit être mis sous traitement même s'il a un taux de lymphocytes CD4 élevé [24].

#### **2.4.2. Directives nationales du conseil et dépistage du VIH en RDC**

Au travers du PNLS, la RDC adopte les 5Cs promues par l'OMS. Plusieurs stratégies sont utilisées pour l'offre des services de dépistage : le dépistage et conseil initié par le prestataire (DCIP), le conseil et le dépistage volontaire (CDV) dans les structures de soins ; le CDV et l'autotest dans la communauté. Indépendamment de la stratégie suivie, l'offre des services de du conseil et du dépistage du VIH parcourt différentes étapes [18].

##### ***2.4.2.1. Le conseil pré-test***

Ce conseil se déroule entre le prestataire (conseiller) et le client (patient), c'est un entretien confidentiel ayant pour objectif majeur de faire accepter au client le test et le retrait des résultats. Il réduit aussi le stress du client.

Ainsi, plusieurs séquences se succèdent :

-l'accueil et la présentation,

- la préparation au conseil et dépistage du VIH où l'on assure la confidentialité de la séance, on présente les raisons, les avantages et les services disponibles du dépistage, on évoque aussi la possibilité du refus du test tout en expliquant qu'il n'entravera pas les soins et on répond aux questions du client ;
- la proposition de faire le test
- le prélèvement et la réalisation du test.

Dans le cadre de la PTME, la femme enceinte et son partenaire doivent être informés sur l'existence du VIH et des services de PTME en vue de les amener au dépistage, puis une proposition de test est recommandée dès la première CPN.

#### ***2.4.2.2. Le conseil post-test***

Ce conseil se fait pendant la séance d'annonce de résultat de manière individuelle et confidentielle. Si le test est positif, il sera repris avant la mise sous traitement sur un autre échantillon par un autre prestataire dans les conditions similaires (retesting) ; s'il est indéterminé, il doit être refait 14 jours plus tard sur un autre échantillon et un autre prestataire.

Le counselling tient compte de quelques cas particuliers comme les couples et partenaires, les femmes enceintes, accouchées et allaitantes, les enfants et adolescents, les populations clés, les survivants des violences sexuelles et les personnes avec handicap.

Ainsi après l'annonce d'un résultat positif ou indéterminée chez une femme enceinte, il faudrait insister sur le risque de la TME, les mesures pour la réduire et les avantages d'un diagnostic précoce du VIH pour les nourrissons.

Bien qu'il y ait une augmentation annuelle du nombre de tests de dépistage du VIH, un grand nombre des personnes les plus à risque ne sont pas atteints. C'est le cas des hommes, des partenaires des personnes séropositives dans le monde [23].

### **2.5. Approche communautaire**

Pour atteindre ses objectifs par rapport à l'élimination du VIH, le PNLS favorise l'implication de la communauté dans le diagnostic du VIH par des campagnes de sensibilisation et dépistage, des cliniques mobiles, et du porte -à-porte par des agents communautaires formés. Ce dernier représente, en effet, une forme d'éducation par les pairs.

Pour ceci, le PNLS a adopté l'approche mère mentor qui utilise les femmes vivant avec le VIH ayant une expérience réussie en PTME. Elles sont formées et travaillent dans une structure

sanitaire pour un accompagnement psycho-social à leurs paires pour les amener à une autonomisation.

La participation des membres de la communauté dans ce type d'action, et par conséquent son succès, dépend largement des facteurs socio-comportementaux qui interviennent dans la vulnérabilité individuelle et communautaire vis-à-vis du VIH [9]. Pour mieux comprendre ces facteurs, la section suivante sera consacrée à cela selon l'approche socio-écologique.

## **2.6. Les déterminants socio-comportementaux**

Pour comprendre les différentes perceptions des conjoints sur la participation au dépistage et à l'adhérence au conseil sur la PTME, l'implication ou non des partenaires masculins, ainsi que leur rôle et influence, l'analyse des déterminants de tous ces comportements est très importante. Celle-ci implique différents facteurs, à savoir les facteurs intrapersonnels, interpersonnels, contextuels ainsi que tous les éléments de l'environnement qui suscitent ou facilitent le comportement [25]. Ainsi l'approche socio-écologique nous aide à identifier les différents facteurs, à différents niveaux qui sont tous interdépendants.

L'approche socio-écologique stipule que les décisions ou actions ainsi que les comportements personnels résultent de l'interaction avec l'environnement physique et social de chaque individu [26]. Un des modèles socio-écologiques qui nous a inspiré dans notre travail est le modèle socio-écologique de la prévention du VIH développé par Poundstone et ses collègues [26].

Ces auteurs ont adapté le modèle socio-écologique à la prévention du VIH afin d'en expliquer les déterminants. Leur modèle vise à expliquer les différents facteurs individuels, interpersonnels, organisationnels, communautaires et structurels qui interagissent afin d'influencer le comportement de chaque individu dans la prévention du VIH (Fig. 1).

Figure 1 : Modèle socio-écologique de la prévention du VIH (Poundstone et al., 2004)



-Les facteurs *individuels* comprennent les facteurs de risque biologiques, démographiques et comportementaux qui influencent le risque d'acquérir le VIH. Il s'agit des différents facteurs cognitifs comme les connaissances, les attitudes, les valeurs et les croyances ; les comportements à risque tels que le nombre de partenaires, les pratiques sexuelles et les caractéristiques socio-démographiques comme le sexe, l'âge, le niveau d'éducation [26,27].

-Les facteurs *interpersonnels* englobent les relations interpersonnelles et celles entre les groupes sociaux, familiaux, sexuels et d'utilisation des drogues. Les rôles de soutien social, de renforcement des normes sociales et des comportements peuvent être joués par la famille, les réseaux sociaux, qui influencent le risque de transmission du VIH.

-Les facteurs *organisationnels* englobent les règles, les politiques et les structures informelles ainsi que l'accès aux services de prévention et de la TAR, la disponibilité des ressources humaines, matérielles, financières, des locaux et des espaces de travail et l'approvisionnement régulier.

-Les facteurs *communautaires* comprennent les normes sociales et culturelles ; ainsi que les environnement social, économique et physique.

-Finalement les facteurs *structurels* englobent les facteurs sociaux et économiques ainsi que les lois et les politiques. Tous les changements démographiques, les types de discrimination, les politiques publiques et les structures légales qui gèrent les services de prévention du VIH y font partie [26, 27].

Le modèle socio-écologique de la prévention du VIH est important, il nous permet de comprendre et d'identifier les différents facteurs qui interagissent afin de déterminer le comportement de chaque conjoint face à leur participation au dépistage du VIH et à leur adhérence au conseil sur la PTME.

## **2.7. Conclusion**

Ce deuxième chapitre nous a permis de connaître les stratégies de la RDC pour l'élimination de la TME en se conformant aux recommandations de l'OMS et aussi l'approche socio-écologique qui nous permet de comprendre les facteurs qui déterminent les décisions, les actions et les comportements de chaque conjoint face au VIH et à sa prévention.

Dans le chapitre suivant, nous présenterons les questions et objectifs de recherche, ainsi que les méthodes utilisées pour la réalisation de ce travail.

## **CHAPITRE 3 : METHODE**

Les chapitres précédents ont montré que le VIH demeure un problème de santé publique dans le monde ; notre travail s'intéresse à la PTME, qui est une intervention prioritaire des programmes de lutte contre le VIH [3]. Des études montrent que l'absence ou la faible implication des partenaires masculins constituent un frein à l'utilisation des services de PTME.

Au Centre Hospitalier de Kingasani, les indicateurs de 2015 à 2018 sur le VIH montrent que pour un total de 18 605 femmes vues aux CPN, il y'avait 3008 hommes (partenaires masculins) venus les accompagner, soit 16,17%.

36 femmes séropositives vues aux CPN sur 127, soit 28,35%, ont abandonné pour des causes diverses comme le refus du conjoint, le rejet du conjoint, le divorce, les effets secondaires des ARVs, la divulgation du secret, etc. [28].

De ce qui précède, nous pensons que le fait de comprendre l'influence des partenaires masculins sur le comportement d'adhérence des femmes aux services de PTME peut contribuer à l'amélioration de l'utilisation des services de PTME à Kingasani si on veut lutter contre la TME du VIH.

### **3.1. Question et objectifs de recherche**

Notre question de recherche est la suivante : « Quel est le rôle perçu des conjoints dans la participation au dépistage et l'adhérence au conseil sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH ». Cette question peut être traduite en les objectifs suivants :

Objectif général :

Comprendre l'influence des partenaires masculins sur le comportement d'adhérence des femmes aux services de PTME

Objectifs spécifiques :

1. Identifier les rôles perçus des conjoints dans la participation au dépistage du VIH et à l'adhérence au conseil sur la PTME
2. Identifier les facteurs individuels, interpersonnels, organisationnels, communautaires et structurels qui déterminent les comportements des conjoints
3. Proposer des solutions ou faire des recommandations aux autorités politiques et sanitaires afin de renforcer les compétences des femmes séropositives et de développer une approche participative de leurs partenaires masculins dans l'utilisation des services de PTME.

## **3.2. Contexte de la recherche**

### **3.2.1. Site de la recherche**

Notre étude était effectuée au Centre Hospitalier de Kingasani où une étude pilote de la PTME y a été faite en 2000. Il est situé dans la zone de santé urbaine de Kingasani.

La politique nationale de la santé de la RDC réaffirme la zone de santé comme unité opérationnelle de la mise en œuvre des soins de santé primaires, c'est « une entité décentralisée, de planification et de mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires, bénéficiant de l'appui technique et logistique du niveau intermédiaire (Provinces) et fonctionnant conformément aux stratégies, directives et normes édictées par le niveau central du système de santé » [29].

Kingasani est l'un des quartiers les plus peuplés de la commune de Kimbanseke, qui est la plus peuplée de la ville de Kinshasa, la plus vaste, avec près d'un million d'habitants.

Elle fait partie du district de Tshangu, située au Sud-Est, c'est une commune urbano-rurale.

Les langues parlées sont majoritairement le Kikongo, le Lingala et le français pour les personnes instruites. Quant aux religions, nous avons des catholiques, protestants, kimbanguistes, musulmans, témoins de Jéhovah et ceux qui fréquentent les églises indépendantes et dites « de réveil ». Le centre hospitalier de Kingasani est limité au Nord par le boulevard Lumumba, au Sud par la zone de santé de Kikimi et l'avenue Mobutu, à l'Est par l'aéroport de N'djili et à l'Ouest par la rivière Mokali et la route Fer-bois [30].

### **3.2.2. Bref historique du centre hospitalier de Kingasani**

Dans le souci de se donner aux pauvres et de les aider, les Sœurs des Pauvres de Bergame sont arrivées au Congo en 1952, et se sont installées à Kingasani en 1964. A cette époque, les gens venaient de l'intérieur du pays dans l'espoir de trouver dans la banlieue de la capitale la possibilité d'améliorer leur vie sociale [30].

C'est en 1966 que le chef coutumier a offert aux sœurs un terrain de 7 hectares pour construire des bâtiments pour leurs offres sociales.

Avec l'appui du Saint-Siège et de Caritas-Congo, les travaux de construction ont débuté. En 1971 la maternité a ouvert ses portes avec une toute première cabine électrique moyenne tension à Kingasani. Au fil des années, les autres différents services avaient été aussi construits.

La paire-éducation avec l'approche « Mère-Mentor » a débuté en 2013[30].

### **3.2.3. Organisation du Centre Hospitalier de Kingasani**

Le centre hospitalier de Kingasani est composé de six départements subdivisés en services. Chacun d'eux est dirigé par une Révérende Sœur Responsable, à savoir : la Gynéco-Obstétrique où se trouve la maternité, le service de nutrition et l'hospice des vieillards, la direction administrative, la kinésithérapie, le service technique et l'hospitalisation.

Le service PTME est impliqué dans la maternité, soutenu financièrement par le Programme Intégré de lutte contre le VIH (IHAP), appuyé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement (USAID).

Ce service est dirigé par une infirmière A2, un infirmier A2 et expert en santé publique

Tous les prestataires, y compris les mères mentors (au nombre six) sont formés pour travailler dans tous les services de la maternité [30].

## **3.3. Méthode**

Pour répondre à nos questions de recherche nous avons effectué une étude qualitative. Le choix de cette méthode se justifie par le fait qu'elle nous permet d'explorer l'articulation entre les attitudes, les comportements et les expériences ; et de comprendre l'expérience des participants. La méthode qualitative nous est aussi appropriée car nous traitons d'un sujet sensible [31].

### **3.3.1. Echantillonnage et description de l'échantillon**

Les participants dans notre étude étaient des femmes séropositives vivant avec le VIH depuis au moins un an depuis le dépistage et leurs partenaires masculins. Deux groupes de femmes pourraient être inclus : (1) des femmes séropositives suivies aux CPNs ou CPON (enceintes, accouchées, allaitantes) qui bénéficient des services de PTME et (2) des femmes séropositives qui prestent dans les services de PTME comme Mère-Mentor (MM). Concernant les partenaires, il s'agit des partenaires masculins séropositifs ou non vivant avec les femmes séropositives qui bénéficient et/ou qui prestent dans les services de PTME comme MM.

Le nombre de participants dans l'étude était déterminé par le principe de saturation. En s'appuyant sur ce critère, 20 entretiens étaient réalisés : 5 avec des femmes séropositives qui bénéficient des services de PTME (3 enceintes et 2 accouchées), 6 avec des femmes séropositives qui y prestent MM et 9 avec des partenaires masculins dont 3 séronégatifs vivant avec des femmes séropositives.

### **3.3.2. Techniques de collecte des données**

La collecte de données a été faite pendant la période du 18 mai au 11 juin 2019 après avoir reçu l'attestation de recherche de la faculté de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain et l'approbation et l'autorisation du Comité d'Ethique sur place en RDC.

Le but de notre étude était expliqué à la Révérende Sœur Responsable, qui, après avoir lu le guide d'entretien, a donné l'autorisation de faire la recherche. Pour le recrutement des participants à notre étude, nous avons reçu l'aide des deux infirmiers responsables du service de PTME qui possèdent les listes/ registres des femmes qui viennent aux CPNs et CPON, et des mère-mentors. Celles-ci nous ont facilité le contact avec leurs partenaires.

Pour récolter des informations sur les perceptions des femmes participantes et leurs partenaires par rapport à la participation au dépistage et l'adhérence au conseil sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, des entretiens semi-directifs étaient effectués. Ces entretiens étaient structurés avec l'aide d'un guide d'entretien élaboré en se basant sur nos objectifs et questions de recherche ainsi que la revue de la littérature. Le guide aborde 6 thèmes : les connaissances générales sur la PTME, l'expérience de la PTME, les perceptions des conjoints, les barrières à l'utilisation de la PTME, l'implication des hommes et des recommandations.

Avant chaque entretien, après s'être brièvement présenté, nous avons expliqué le contexte de notre étude à chaque participant (e), garanti l'anonymat et reçu le consentement libre et éclairé ainsi que l'accord d'enregistrement sur audio.

L'entretien ne pouvait commencer qu'après avoir instauré un climat de confiance.

Chaque participant (e) était invité à donner ses caractéristiques socio-démographiques au début de l'entretien (situation professionnelle, âge, niveau d'étude, statut marital, nombre d'enfants ainsi que l'adresse de son domicile) au début de l'entretien. Certains entretiens se sont passés dans le centre hospitalier pendant les CPN ou heures de service des MM, d'autres en dehors dans un site consacré aux PVV. Pour les personnes les plus discrètes, en majorité des hommes, les entretiens se sont déroulés à leurs domiciles. L'ensemble des échanges ont eu lieu en toute confidentialité.

Comme il n'était pas possible d'effectuer un pré-test, quelques questions du guide d'entretien ont été modifiées au fur et à mesure que se passaient les entretiens afin de les adapter au niveau de compréhension des participants.

Chaque participant pouvait choisir sa langue d'entretien, ils ont tous parlé dans la langue nationale la plus répandue dans le pays, le Lingala. Certains mélangeaient quelques mots

français à la langue, mais l'enquêteur avait traduit les questions en Lingala, car en ayant la maîtrise, pour faciliter les entretiens.

La durée moyenne des entretiens est de 47 minutes

Quelques difficultés étaient rencontrées pendant la collecte de données. Une première difficulté concernait l'accès à la documentation. Comme les archives des patients se trouvaient dans des registres sous format papier plutôt que sous forme de fichier électronique, ce n'était pas possible d'y accéder. Une deuxième difficulté était que les rendez-vous avec les partenaires masculins(conjoints) n'étaient pas toujours faciles à arranger, car ils vaquaient à leurs occupations.

### **3.3.3. Traitement et analyse des données**

Tous les entretiens ont été enregistrés sur audio à l'aide d'un enregistreur numérique, réécoutés, traduits en français et retranscrits intégralement afin d'être analysés. Pour cela, des codes étaient attribués à chaque personne interviewée : pour les 6 mère-mentors (MM1-MM6), les 5 autres femmes séropositives (F1-F5) et les 9 partenaires masculins (Part1-Part9).

Les entretiens ont été lus et relus pour constituer des catégories thématiques ; qui étaient argumentées par des verbatim. Certains thèmes étaient prédéfinis avec le guide d'entretien, d'autres ont émergé au fur et à mesure de la lecture du texte. Puis un découpage des matériaux en unité de sens a été fait. Finalement tous ces thèmes étaient expliqués, interprétés et un sens leur a tous été donné [31].

Les transcriptions n'ont pas été renvoyées aux participants.

### **3.3.4. Considération d'ordre éthique**

Après examen et approbation du protocole de recherche par le comité d'éthique, nous avons reçu une autorisation du déroulement de l'étude selon les lignes directrices nationales d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains du ministère de la santé de la RDC, pour la période allant du 16 mai 2019 au 15 mai 2020 dans la zone de santé de Kingasani, dans la commune de Kimbanseke, à Kinshasa. Tous les participants et toutes les participantes à l'étude ont donné leur consentement et accord d'enregistrement sur audio après avoir reçu une explication de l'étude. L'anonymat des résultats est garanti.

## CHAPITRE 4 : RESULTATS

Dans ce chapitre, nous présentons les résultats des entretiens avec les femmes séropositives vivant avec le VIH et leurs partenaires masculins. Nous aborderons consécutivement les résultats concernant les connaissances générales sur la PTME, l'expérience des conjoints sur la PTME, leur réseau de soutien, leurs différentes perceptions, l'implication des partenaires masculins à la PTME et les obstacles à l'utilisation des services de PTME.

### 4.1. Connaissances de la PTME

#### 4.1.1. Concept de la PTME

Toutes les MM, et les autres femmes séropositives interviewées semblent avoir la connaissance sur la PTME. Pour les MM, la PTME est comprise par toutes comme moyen de prévention de la TME du VIH :

« C'est quand on prodigue des conseils aux femmes VIH+ pour ne pas transmettre le microbe à leur bébé et on les réconforte par notre expérience » MM6

« Ce sont les moyens qui permettent à la maman séropositive de ne pas transmettre le microbe du sida à son enfant. » MM1

Les autres femmes séropositives sont capables d'expliquer le concept PTME comme ensemble de méthodes qui leur permettent de ne pas transmettre le VIH à leurs enfants :

« C'est l'ensemble de méthodes qui permettent à la mère de ne pas transmettre le VIH à son bébé. » F1

Pour les partenaires masculins, certains ont une connaissance sur la PTME et disent que c'est le moyen de protection de la mère contre la transmission du VIH à son bébé : « *prévention de la transmission mère à l'enfant c'est à dire que le moyen pour protéger la maman qui a le VIH de ne pas le transmettre à son bébé* » Part1.

D'autres disent ne pas connaître le concept PTME : « Ah en tout cas je ne sais pas trop, je ne connais pas vraiment la définition » Part6.

#### 4.1.2 Modes de transmission

Tous les participants connaissent les trois modes de transmission, mais quelques participants (Conjoints) ne mentionnent pas l'accouchement et l'allaitement comme mode de transmission.

Toutes les MM connaissent les trois moments et les expliquent en leurs propres termes: « 3 moments : dans le ventre, quand la maman refuse de prendre les ARV, puis quand elle fait des

fortes fièvres, le placenta va se trouer puis fera passer le microbe; pendant l'accouchement si la mère va dans un centre hospitalier où l'on ne connaît pas son statut sérologique, lorsque l'on coupe le cordon ombilical, puis pendant l'allaitement, la mère ne doit pas avoir de plaies sur ses seins, sinon c'est dangereux pour l'enfant .» MM2.

Les autres femmes séropositives connaissent par cœur les trois modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant :

« On nous avait expliqué pendant les CPN qu'il y a trois moments : pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, c'est là que la maman peut infecter son bébé » F2

Certains partenaires masculins, surtout ceux des MM connaissent également les trois modes de transmission. D'autres par contre ne citent que la transmission pendant la grossesse, ne mentionnant pas l'accouchement et l'allaitement :

« Il y a 3 voies, pendant la grossesse comme on nous avait dit, si la mère est tout le temps malade, elle peut transmettre le VIH à son bébé, pendant l'accouchement si les manœuvres ne sont pas bien faites et que le sang de la mère passe dans le cordon ombilical, pendant l'allaitement si la charge virale de la mère est non supprimée cela peut faire que le bébé soit infecté ou si le bébé blesse sa mère. » Part1

« Pour moi, c'est quand le bébé est encore dans son ventre, parce que son sang est déjà infecté » Part7

## **4.2. Expérience de la PTME**

### **4.2.1. Contexte du dépistage**

Pour les femmes séropositives (MM et les autres), le dépistage a été fait dans un centre de santé, et ce, soit automatiquement pendant les CPN, soit après un long épisode de maladies, dans tous les cas par initiative des prestataires de santé :

« J'ai connu mon statut sérologique lors de la visite de CPN, à la 3ème grossesse. L'infirmière m'a demandé de faire le test, je l'ai fait, et on m'a annoncé les résultats. L'initiative était venue du centre. Comme je vous ai dit tantôt, j'étais allée à la CPN et on m'avait proposé de passer cet examen » MM1

« C'était pendant un voyage avec mon ex- mari, durant le voyage, j'avais des maux de tête terrible ; à l'hôpital, ma vitesse de sang était trop élevée, et on m'a fait le test VIH... » MM2

« Après plusieurs épisodes de maladies, on me traitait comme faisant le paludisme, mais comme je ne faisais que maigrir, on m'avait conseillé de faire le test... c'est une infirmière qui m'avait conseillé de le faire... » MM4

« Je l'ai appris à ma 4 e grossesse pendant les CPN, c'était un dépistage pour toutes les femmes enceintes ... » F2

Les partenaires n'acceptent pas de se faire dépister facilement ; bien qu'ayant reçu plusieurs invitations du centre hospitalier pendant les CPN de leurs épouses. Il y'en a qui ne se sont jamais présentés :

« c'est ma femme qui a commencé quand elle était enceinte ; elle a fait le test, je ne sais pas pendant combien de temps elle avait gardé cela mais c'était pendant la grossesse, on lui avait remis une invitation pour moi, pour que je me présente à l'hôpital, arrivé là, les prestataires ont commencé à bcp parler, me disant qu'il devait aussi me faire le test du VIH comme mon épouse, le résultat était positif. Ma femme m'avait juste dit qu'elle avait une infection, mais ne m'avait pas parlé du VIH, j'étais obligé de venir à la 3e invitation, j'avais fui les 2 premières invitations » Part 1

« La première fois c'était en 2012 quand ma femme était enceinte, j'avais répondu à la deuxième invitation... » Part6

« non mon mari n'a pas voulu se faire dépister, pour lui, il est sain et en bonne santé, il n'en a pas besoin » MM4

Les MM ont une stratégie de descente à domicile pour faire le dépistage du conjoint sans leur consentement.

« Il y a des fois des hommes qui refusent de venir au RDV pour se faire dépister, nous faisons des descentes à domicile, puis nous disons juste que nous devons faire à sa femme et lui une prise de sang pour différentes analyses de sang, sans mentionner le dépistage du VIH ; sa femme est sensée faire semblant de ne rien connaître. Si le mari est séronégatif, nous demandons à sa femme la permission pour partager le résultat sinon c'est eux même qui le font avec nous comme témoins » MM3

« Elle m'avait juste dit qu'on avait besoin de moi à l'hôpital, j'avais refusé de partir puis elle m'a convaincu, en arrivant, les prestataires m'avaient juste dit qu'il voulait voir mon état de santé sans me parler du VIH, ils m'ont fait une prise de sang, disant qu'ils feraient le groupe sanguin, c'est à l'annonce des résultats qu'ils ont dit que mon sang était infecté » Part 5

#### 4.2.2. Réaction à l'annonce du résultat

Il y a plusieurs réactions des partenaires à l'annonce des résultats. Pour la majorité des couples, il y a eu séparation, divorce, colère, pour infidélité présumés ou trahison de leurs femmes. Pour les partenaires, ce sont ces dernières qui ramènent le VIH dans le foyer :

« Ma femme a fait le test pendant les CPN, elle est séropositive. Quand j'ai appris cela, je l'avais chassée de la maison parce qu'elle a ramené cette maladie dans la maison, de peur de me contaminer...mais j'ai pris mes dispositions de ne plus faire des rapports avec elle, elle reste juste pour éduquer les enfants » Part 7

« J'avais très mal pris cela, je me disais que ma femme était infidèle, elle m'avait sûrement trahi, je me souciais beaucoup ; je lui disais « **pona nini ozuaki courage yako yebisa nga te** », donc pourquoi tu ne m'avais pas dit que tu me trompais » Part3

« Mon mari était très furieux car pour lui, j'étais une femme infidèle, il m'avait chassé de la maison, j'étais rentrée chez mes parents » MM4

Il n'y a qu'un seul partenaire qui n'a fait aucun problème bien que sa femme soit séropositive (couple sérodiscordant) :

« Quand suis rentrée avec mes résultats, je ne lui avais rien caché, j'ai tout dit et il avait dit que ce n'est pas grave, ça arrive. Après son invitation à l'hôpital, les prestataires l'ont conseillé au préalable, puis on lui avait aussi fait le test, il était négatif. Alors que les prestataires avaient peur de le lui annoncer, je leur ai dit que je m'étais chargé de le lui dire, que ce n'était pas un problème... » MM3

#### 4.2.3. Acceptabilité du résultat

Pour la majorité des conjoints, hommes ou femmes, l'acceptabilité des résultats est difficile, surtout au début. Il y a des pleurs, sentiment de culpabilité, remise en question, idée suicidaire, crainte de ce que diront les autres...surtout pour ceux qui sont apparemment en bonne santé :

« Ce n'était pas facile à accepter, je m'étais mise à pleurer ... » MM1

« Franchement ce n'était pas facile pour moi d'accepter cela, je me posais beaucoup de questions, à mon âge, pourquoi cette maladie, qu'est-ce que les gens vont dire de moi, après je m'étais ressaisie » F3

« Au début c'était très difficile pour moi, je me souciais beaucoup et me posait beaucoup de questions, comment j'ai attrapé le VIH, après plusieurs conseils des prestataires, j'ai commencé à prendre les ARV pour être en bonne santé » MM6

« Je me disais que je devais prendre du poison et mourir, sinon je m'imaginais déjà faire la diarrhée dans 6 mois et que j'allais mourir » Part1

Un seul partenaire masculin, faisant partie d'un couple sérodiscordant a accepté facilement les résultats, en disant qu'il faisait confiance à sa femme : *« Mon mari leur avait dit qu'il me faisait confiance surtout qu'il m'avait épousé vierge surtout que je suis de la tribu luba ; j'avais récompensé sa famille avec une chèvre, elle ne peut pas être infidèle, peut-être qu'elle a eu le virus par le tissage au salon de coiffure, je l'accepte comme ça »* MM3

#### **4.2.4. Adhésion à la PTME**

L'adhésion des femmes séropositives au service de la PTME est influencée par l'expérience des MM, qui les encouragent et les aident même à accepter leurs résultats positifs du test VIH :

« Après j'ai été consultée pour intégrer le service de PTME comme mère mentor afin d'aider les femmes séropositives comme on m'avait aussi aidé. Donc, l'expérience que nous avons comme MM fait qu'il y ait adhésions de certaines femmes qui, au départ refusent d'accepter le résultat positif. » MM1

Quant aux partenaires masculins, leur adhésion se fait plutôt par leurs épouses :

« J'avais des hésitations pour y aller puis ma femme a insisté, puis je m'y suis finalement rendu » Part3

#### **4.2.5. Effets secondaires des ARV**

Les effets secondaires des ARV ont été mentionnés pour la plupart des personnes séropositives au début du traitement antirétroviral :

« Pas facile du tout, les premiers mois je me sentais mal, maux de tête, vertiges mais je me suis quand même habituée, je n'ai pas le choix » F1

« J'ai eu des effets secondaires : oreilles bouchées pendant une année, je ne sentais plus mes pieds, j'avais des fois mal aux pieds » Part1

« quand j’ai commencé à prendre les ARV, ça me cassait les pieds, je ne sentais plus mes jambes, des fois je marchais pieds nus sans le savoir, mes enfants me rappeler de prendre mes babouches, aah, « **maman obosani lipapa** », je pensais que je devenais folle, mais au centre de santé on m’avait dit que c’était les effets secondaires des ARV ... » MM3

#### **4.2.6. Crainte du partage du statut sérologique avec son conjoint**

Pour les femmes séropositives, le partage du statut sérologique avec leur conjoint, s’avère difficile. De peur de perdre leur mariage ou relation, elles préfèrent ne rien dire ou elles demandent aux prestataires de ne rien dire :

« Après j’ai repris mes kg et un autre homme m’a épousé, mais je ne lui avais rien dit, et lui ai transmis le VIH » MM2

« Il y a une femme qui m’avait dit de ne rien dire car son mari est militaire il risque de l’achever et elle voulait conserver son mariage » MM3

Ou encore elles parlent d’une autre maladie avec leur conjoint sans mentionner le VIH :

« Ma femme m’avait juste dit qu’elle avait une infection, mais ne m’avait pas parlé du VIH » Part1

Or certains partenaires masculins pensent que dire la vérité est important, cela pourrait influencer leur soutien et accompagnement dans l’observance aux ARV :

« je trouve que c’est plus quand il n’y a pas le partage des résultats, parce que l’accompagnement est important, la vérité est toujours mieux. Par exemple si l’un des partenaires n’est pas au courant et que l’autre doit prendre ses ARV, il le fera en cachette ou pourrait peut-être rater une prise, de peur d’être vu par l’autre » Part4

Pour d’autres par contre, il apporte un sentiment de rejet vis à vis de l’épouse séropositive :

« Avant quand je ne savais pas encore qu’elle était malade, je lui demandais ses périodes, mais maintenant comme elle m’a déçue, je préfère ne rien faire avec elle, même pas avec les préservatifs » Part7

#### **4.2.7. Abandon des services de PTME**

Les participants à notre étude mentionnent plusieurs causes d’abandon des services de PTME.

Les femmes séropositives se sentent abandonnées ou stigmatisées par leurs familles :

« J'avais tenté d'abandonner quand ma famille ne faisait que me critiquer et tout, aah ce n'était pas facile, je n'arrivais plus à sortir » MM4

« j'avais tenté d'abandonner quand tout le monde me pointait du doigt, les gens du quartier me pointaient du doigt, même au marché où je vendais, toutes les dames en parlaient... » MM5

Une autre cause d'abandon peut être l'attitude de leur conjoint :

« Oui j'ai tenté plusieurs fois à cause de lui toujours, il me fait souvent peur, toujours en train de me menacer » F1

Les conjoints, quant à eux, abandonnent les services de PTME parce qu'ils ont honte d'être vus par l'entourage ou de peur d'être stigmatisés.

« Certains maris ne fréquentent pas ou abandonnent les services de PTME parce qu'ils ont peur d'être un sujet de moquerie de leur entourage » Part8

#### **4.2.8. Perception du conjoint**

Nous avons constaté que la majorité de conjoints ont une bonne perception de la PTME :

« Ma femme a été aussi enseigné à l'hôpital, surtout que nous avons eu 3 enfants en bonne santé avec notre statut sérologique, nous nous sommes dit que les ARV sont bien et efficaces, à quoi bon arrêter le traitement, c'est se chercher des problèmes nous-mêmes... c'est en fin 2013 que j'ai fait le test, je n'ai jamais tenter abandonner les ARV, parce que des fois comment les grabataires souffrent à cause de l'abandon du traitement, alors je n'aimerais jamais devenir comme eux » Part1

Néanmoins, certains d'entre eux perçoivent le service de la PTME comme un passe-temps et préfèrent vaquer à leurs occupations professionnelles :

« Moi, je ne participe pas souvent à des différentes activités qui sont organisées au Centre ; je trouve que c'est du passe-temps au lieu d'aller chercher de quoi nourrir ma famille » Part 9.

« Je pense que mon mari ne me soutient mais pas assez.../ il m'accompagne mais il ne répond pas à la réunion des hommes, il pense que ce n'est pas trop important, il préfère aller travailler, il dit qu'i ne veut pas s'exposer dans ce genre de réunions » MM5

## **4.3. Soutien**

### **4.3.1. Soutien du conjoint**

Les MM disent que leurs conjoints les soutiennent dans leur service, deux de ces femmes MM souhaitent qu'ils en fassent un peu plus que cela :

« Mon mari est très content que je travaille comme MM, même quand suis un peu découragée, il ne cesse de prodiguer des conseils...Mon mari vient tjrs quand on l'invite, il me soutient vraiment... » MM2

« Mon mari m'accompagne quand même, il me rappelle mes jours et heures de service, mais je pense qu'il pourrait s'intéresser plus, par exemple qu'il me pose des questions quand je rentre à la maison ; essayez de comprendre ce que je fais exactement, m'accompagner même là-bas » MM4

Les autres femmes séropositives ne se sentent pas vraiment soutenues par leurs partenaires :

« Mon conjoint ne m'accompagne pas, pour lui c'est une honte de le faire, je l'ai trahi comme il le dit souvent » F1

Les partenaires masculins disent qu'ils ont le soutien de leurs épouses :

« C'est ma femme qui me rappelle de prendre le médicament, elle part même à mes RDV à l'hôpital quand suis pas disponible et me prend mon stock d'ARV, donc elle m'accompagne » Part1

### **4.3.2. Soutien de la famille**

Pour ceux dont le statut séropositif est connu par leurs familles, la plupart ont été rejetés, considérés comme faisant la honte de la famille :

« Moi j'avais développé le Sida, ma famille m'avait rejeté, ils m'ont dit que je leur ai fait honte avec cette mauvaise maladie, ils fuyaient même mes habits, ma nourriture, même aujourd'hui mes enfants sont rejetés » MM2

« Parce que pour mes parents je leur ai fait honte, à mon âge, une maladie des « filles légères », c'est une honte pour la famille » F1

Néanmoins, certaines sont soutenues par leurs familles, les encourageant à bien prendre les ARV pour être en bonne santé :

« Ma famille m'encourage à bien suivre mon traitement pour rester en bonne santé et en vie pour bien élever mes enfants qui sont encore petits... » F2

Un partenaire masculin ayant chassé son épouse à cause de son statut sérologique a été conseillé par sa famille de ramener sa femme au foyer :

« Par les conseils des membres de famille, je lui ai demandé de rentrer à la maison »  
Part7

#### **4.3.3. Soutien par les prestataires**

Les MM et les infirmiers jouent un rôle important dans l'acceptabilité des résultats des MM, des partenaires masculins et des autres femmes séropositives par leurs conseils et le partage de leurs expériences, aussi dans l'observance aux ARV :

« Premièrement les MM m'ont bcp aidé, elles m'avaient beaucoup conseillé, des fois même je pensais qu'elles faisaient des mascarades juste pour que j'accepte mes résultats, elles m'avaient donné beaucoup d'exemples de leur expérience, je me disais que ce n'était pas vrai, en fin de compte j'avais décidé d'accepter et de commencer les ARV » Part1

« Nous les accompagnons pendant environ deux mois pour qu'elles acceptent leur séropositivité ...L'infirmière et une mère mentor m'ont conseillé et j'ai accepté » MM1

Les prestataires ont aussi permis qu'un couple déchiré se réconcilie :

« Après ma femme était allée dire aux prestataires que j'avais fui le toit conjugal depuis un long moment à cause de l'annonce des résultats, ils lui ont remis une invitation pour moi et lui ont demandé de me chercher, de tout faire pour me trouver, j'avais accepté de revenir... »

Part 5

#### **4.3.4. Soutien par la communauté et l'entourage**

Pour ceux qui sont sortis de la clandestinité, l'éducation par les pairs les aide. Par contre, l'entourage les incrimine et ils se sentent victimes de moquerie et de critique :

« Pendant une réunion des couples discordants, les autres couples partageaient leurs expériences, cela m'avait aidé » Part 4

« Quant aux voisins et autres personnes du quartier, j'étais un sujet de moquerie pour eux, rarement certains disaient que sûrement c'est mon conjoint qui m'avait contaminé c'est pour cela il a fui » MM6

« Les gens du quartier me traitaient d'hypocrite, parce que suis de tempérament très calme » MM5

## **4.4. Barrières et freins à la participation**

### **4.4.1. Divulgence du statut sérologique**

Une barrière importante pour participer est la crainte de divulguer le statut sérologique. Cette crainte et le sentiment d'être quelque part trahi pousse les femmes et leurs partenaires à rentrer dans la clandestinité ou à ne pas informer leurs familles ou entourage de peur que cela ne se répande :

« J'étais allée dire au pasteur de prier pour moi, mais ce dernier a divulgué cela, j'étais même retournée dans la clandestinité. » MM2

« Nos familles ne sont pas au courant, même pas nos enfants, parce qu'on évite que cela se passe de bouche à l'oreille » Part 4

Certains sélectionnent les personnes à qui le dire bien qu'étant membres de famille, d'autres préfèrent n'en parler à personne :

« Notre entourage n'est pas au courant, nos grands enfants sont au courant, pas les petits, juste quelques membres de sa famille sont au courant, je crois 2 ou 3 seulement ; dans ma famille personne n'est au courant " Part 2.

« Ma famille n'est pas au courant, seulement ma femme, même pas mes propres enfants. » Part1

### **4.4.2. Stigmatisation**

La stigmatisation se manifeste de plusieurs manières à l'égard des PVV : que ce soit en famille, avec les gens que l'on fréquente régulièrement, dans le milieu professionnel où les PVV sont aussi pointées du doigt. L'entourage traite les femmes séropositives d'infidèles et elles n'ont plus de considération :

« c'est plus les gens qui habitent chez un membre de famille, qui après avoir annoncé la nouvelle, ils sont chassés. » MM1

« Moi j'étais enseignante avant de connaître mon statut sérologique, puis je tombais malade tout le temps, mes collègues rigolaient avec moi croyant que j'étais enceinte « **okweyi na mutambu aahh** », puis je ne faisais que maigrir, les gens disaient finalement que j'ai piétiné une mine... « **on dirait aniasi hein** », ils se doutaient de quelque chose de louche. A l'école où j'enseignais ils me pointent toujours du doigt. » MM3.

« Dans le quartier où j'habitais tout le monde me pointait du doigt, genre je suis une femme infidèle « **muasi mabe, muasi ndumba** » ... elles peuvent être regardées avec dédain et traitées comme des mauvaises femmes » MM4.

Pour les partenaires masculins, particulièrement, le fait qu'il y ait trop de femmes les empêche d'utiliser les services de PTME ; surtout pour les séronégatifs qui sont censés accompagner leurs épouses séropositives :

« Il y a trop de femmes, cela fait un peu honte aux hommes d'être là ; puis les gens vont croire que vous avez tous le VIH...or moi je n'ai pas le VIH » Part 3.

#### **4.4.3. Croyances culturelles et religieuses**

Les croyances culturelles et religieuses africaines interagissent et freinent l'utilisation des services de PTME :

« ... mais au début je n'avais pas cru au résultat, je m'étais dit que peut être c'est un mauvais sort, donc d'origine spirituelle...il y en a qui disent qu'ils iront d'abord à l'église prier pour être guéris. Mon père m'avait dit « je te vois comme Moïse devant la mer rouge avec l'armée de Pharaon à sa poursuite ; mais il devait délivrer le peuple d'Israël, toi aussi dis -toi que devant toi t'as le VIH mais derrière toi les ARV, mais avant de les prendre faudrait prier à Dieu, si c'est une fausse maladie ou si c'est spirituel ça va finir » MM1

Ces croyances peuvent avoir des conséquences néfastes :

« Il y a aussi d'autres séropositives qui vont chercher des solutions dans les églises et qui nous reviennent grabataires » MM2

« je connais plusieurs qui se sont égarées à cause des pasteurs ; le pasteur avait eu une vision qu'elle devait jeter tous ses ARV, elle les avait remis au pasteur, 1an et demi après, on l'a revue vraiment maigre et a finalement avoué ; on l'avait amené chez Médecins sans frontières mais c'était trop tard, elle était morte » MM3,

« Il y 'en a qui paie beaucoup d'argent chez les charlatans, je connais quelqu'un qui a payé 1700 dollars américains pour rien, pas de solution ; il y 'en a qui vont chez des pasteurs et quand la charge virale est inférieure à 40, ils pensent que le résultat est négatif, les pasteurs leur demandent d'abandonner les ARV, plusieurs sont morts comme ça. » Part1

De l'autre côté, il y a quelques PVV, bien qu'étant minoritaires, qui, après avoir compris qu'elles devraient suivre le traitement correctement, abandonnent certaines croyances :

« Nous avons décidé de laisser toutes nos croyances africaines « **kisi ya bokoko toboyaki** », car plusieurs ont perdu leurs vies à cause des pasteurs, des sectes et autres, nous avons réalisé que ce n'est pas important, ce sont des futilités car les pasteurs n'ont pas de microscopes, ils ne font aucun test, juste des prières pour que l'on néglige les ARV et cela entraîne la mort. » Part 2.

La tradition considère le VIH comme mauvais sort contre lequel les PVV subissent des rites :

« Dans nos traditions, c'est un peu comme une mal chance ou un mauvais sort, mais on a déjà fait certaines rites » Part 8

Selon la tradition, la femme devrait respecter son homme, et donc éventuellement avoir son accord pour adhérer aux services de PTME :

« ...En tant que femme, mon conjoint influence toujours mes décisions, surtout que l'on nous dit souvent dans notre culture, femme, faut respecter son homme, être soumise « **muasi tosa mobali na yo, mikitisa** » » F1

Les partenaires pensent aussi que le fait d'être hommes, les empêche de fréquenter les services de CPN /PTME, qu'ils considèrent comme propre aux femmes. Leur nature, les pousse à réfléchir et à se méfier :

« Non je ne pars pas parce qu'il y a trop de femmes là-bas, je préfère vaquer à mes occupations, depuis toutes ses grossesses je ne pars pas » Part7

« Il y a trop de femmes, cela fait un peu honte aux hommes d'être là » Part3,

« Nous, les hommes sommes têtus de nature, donc un peu méfiants dans certaines choses, parfois nous sommes trop occupés, puis des fois on considère que ce sont des lieux destinés aux femmes » Part5

#### **4.4.4. La peur de l'inconnu**

Les partenaires qui ne fréquentent pas les services de PTME disent aussi que ce serait mieux pour eux ne pas connaître leur statut sérologique, de peur de plonger dans des inquiétudes, surtout s'ils sont en bonne santé apparemment :

« Moi je n'aime pas aller là-bas parce que je risque de me faire du soucis. » Part7

« Pour moi, je pense que les gens évitent pour ne pas connaître qu'ils sont malades, ils préfèrent ne rien savoir, surtout s'ils sont en bonne santé apparemment » Part8

#### **4.4.5. L'emplacement du local des services de PTME**

Les partenaires pensent aussi que l'emplacement du local destiné à la PTME est trop proche de la maternité, cela les gêne un peu :

« Quand je pars prendre les ARV ou quand il faut que j'aille au centre, il y a beaucoup de femmes comme le bureau de la PTME où on nous donne les médicaments est juste à côté de la maternité » Part8

#### **4.4.6. Attitude / comportement du conjoint**

L'attitude ou comportement du conjoint est aussi un obstacle à l'utilisation des services de PTME pour les femmes séropositives :

« Ce qui pourrait m'empêcher c'est l'attitude de mon conjoint, il ne s'intéresse à rien du tout, parfois il m'interdit d'y aller me menaçant de me frapper, comme il est plus âgé que moi j'ai peur, puis c'est un homme donc il est plus fort que moi. » F1

### **4.5. Implication du conjoint**

#### **4.5.1. Sensibilisation du conjoint**

Les prestataires sensibilisent les partenaires masculins en les invitant à se faire dépister via les CPN de leurs épouses ou lors de leur visite à la maternité quand celles-ci accouchent :

« Après on m'avait encore invité au centre hospitalier de Kingasani par les sœurs, leur souci était que je fasse aussi le test... » Part4

« On invite les hommes au moins deux fois, pour ceux qui évitent de venir aux CPN avec leurs épouses, on les récupère à la maternité quand ils viennent rendre visite à leurs épouses, ou pour payer les frais de la maternité et là on en profite pour faire le counseling et le dépistage » MM1

Les partenaires eux-mêmes reconnaissent qu'il faut une insistance pour répondre à toutes ces invitations :

« Elle se fait mais les hommes ne viennent pas vraiment, comme moi j'étais venu à la 3e invitation. » Part1

Les femmes séropositives pensent qu'il y a des partenaires qui ne s'intéressent même pas du tout à la PTME :

« Il y a des hommes qui s'en foutent, ils n'aiment pas venir au RDV. » MM2.

#### **4.5.2. Implication du conjoint**

Les partenaires masculins affirment que leur présence aux CPN n'est pas régulière. Surtout lorsque ce n'est pas la première grossesse de leurs épouses, ils privilégient leurs activités professionnelles et participent plutôt financièrement :

« Je n'allais pas aux CPNs avec elle, je me disais qu'elle avait déjà de l'expérience, mais moralement je l'encourageais. J'allais bosser, surtout en tant que gardien je n'ai souvent pas de temps, je suis souvent fatigué. » Part3

« Avec mon travail, je n'ai pas trop le temps de prendre tous les détails, elle me dit l'essentiel c'est tout, s'il y'a de l'argent à payer je lui donne puis c'est tout. » Part7

Quelques partenaires disent que c'était l'ignorance qui était un obstacle pour eux :

« lorsque j'étais dans l'ignorance, je n'aimais pas qu'elles fréquentent ces services, mais depuis que j'assiste aux réunions cela m'a motivé » Part 4

« Au début je ne partais pas, quand j'ai compris l'importance de la PTME, je l'accompagne de temps en temps... » Part6

Quant aux femmes séropositives, l'accord du partenaire influence l'observance aux ARV :

« Des fois je ne respecte pas mes RDV parce qu'il ne veut pas que j'y aille, il faudrait négocier, ah pas facile » F2

Elles pensent qu'ils s'intéressent plus à l'évolution de la grossesse, donc à la santé des futurs enfants, mais ne montrent pas d'intérêt pour la future maman :

« On discute à peine, il a juste le temps de demander si la grossesse évolue bien, ou si j'ai besoin d'argent, parce que pour lui, ses bébés, ce sont des jumeaux, doivent être en bonne santé » F3

## 4.6. Besoins

### 4.6.1. Soutien financier

Toutes les MM se plaignent du fait que, bien qu'étant des bénévoles, elles souhaiteraient avoir un soutien financier pour prendre soin de leurs familles ; assurer les soins médicaux de leurs enfants aussi, recevoir une valorisation de leur service aussi serait important :

« Nous n'avons pas de salaire, c'est ça le problème, nous quittons nos maisons trop tôt vers 7h, en retour on n'a rien de spécial, même pas l'argent pour payer le transport, les autorités devraient valoriser notre travail; puis les soins médicaux de nos enfants devraient être assurés, des fois nous vendons même nos vêtements pour payer les soins médicaux de nos enfants; pas de mutuelles, rien du tout...A part les ARVs nous tombons aussi malades, le paludisme et autres...donc besoin d'argent pour acheter les médicaments; nous n'arrivons même pas à payer les frais scolaires de nos enfants.» MM2

« Pour moi, je voudrais bien que les autorités administratives, considèrent notre métier, et que nous soyons rémunérées correctement, 30 dollars américains, c'est très peu même si nous avons signé le bénévolat ; nous avons aussi besoin d'argent, surtout que nous avons des enfants à nourrir. » MM4

« Ce que nous voulons c'est un apport financier des autorités. Nous souffrons beaucoup avec nos familles, nous sacrifions des journées entières ici au centre mais personne ne s'occupe de nous, aah « **toza na pasi makasi** » » MM5

Les MM ont aussi besoin d'argent pour mieux encourager leurs pairs :

« Nous voulons de l'argent pour acheter des aliments à celles qui viennent à nos services pour être encouragées, car elles doivent bien manger pour bien prendre les ARV » MM1

#### **4.6.2. Logistique**

Les MM souhaitent une amélioration de leurs conditions de travail par l'acquisition d'un local(bureau) mis à part que pour la PTME :

« Nous souhaitons avoir un bureau vraiment à part pour suivre les femmes séropositives, parce que celui-ci est mélangé avec toutes les autres CPN, parfois les séropositives se sentent exposées »MM1

« Puis nous voulons avoir des locaux rien que pour la PTME... » MM5

#### **4.6.3. Support par l'Eglise**

Les MM souhaitent sensibiliser dans les églises pour avoir un plus grand nombre de participantes, et en profiter pour faire le dépistage ; transmettre les connaissances sur le VIH afin de corriger certaines erreurs et croyances religieuses, et atteindre aussi plus d'hommes :

« Je demande aux autorités de répandre la sensibilisation dans les églises via les curés, les pasteurs, qu'ils créent une journée où nous les MM pourrions sensibiliser et même dépister ceux qui voudront. Les églises ne nous aident pas, les pasteurs racontent souvent à leurs fidèles que c'est la sorcellerie le VIH, or ce n'est pas le cas. » MM3

« Je souhaite que la sensibilisation se fasse aussi souvent dans les églises, parce que bcp de gens fréquentent les églises, et même les hommes aussi » MM4

Les partenaires masculins pensent aussi que les églises seraient importantes pour atteindre plusieurs hommes et apprendre les avantages de la PTME :

« Il faut que le message passe dans les églises, car il y a bcp de gens, des hommes aussi qui fréquentent les églises, qu'on explique les avantages de la PTME, son importance, pour les espacements des naissances, la protection des couples, les naissances désirables, l'entraide dans les couples » Part4

#### **4.6.4. Sensibilisation des partenaires**

Pour les MM, sensibiliser leurs partenaires est très important, car elles ont besoin de leur soutien :

« Je souhaite qu'il puisse avoir une réunion chaque mois avec nos maris, pour qu'on puisse les conscientiser par rapport à notre état sérologique, pour qu'on soit toujours en harmonie, on dit « la répétition est la mère des sciences », des fois ils peuvent oublier que nous avons besoin de leur soutien. » MM3

Les autres femmes séropositives souhaitent que la sensibilisation des partenaires s'étende jusque dans leurs milieux professionnels pour éviter toutes les raisons possibles :

« Je voudrais bien que la sensibilisation des hommes à la PTME soit efficace, qu'on les intéresse même dans leurs milieux professionnels car ils donnent toujours des raisons de ne pas avoir le temps de venir en milieu hospitalier. » F1

Les partenaires masculins par contre, préfèrent être sensibilisés encore plus pour mieux comprendre la PTME et ceci de préférence dans un milieu où il n'y a que des hommes :

« Il faut qu'il y ait une forte sensibilisation pour les hommes, qu'ils comprennent l'importance d'accompagner leur épouse... » Part5

« Je souhaite qu'il y ait des réunions uniquement pour les hommes, pas de mélange avec les femmes, c'est mieux je pense » Part3

#### **4.6.5. Le partage des résultats**

Les partenaires masculins pensent que pour mieux s'impliquer, leurs épouses devraient partager leur statut sérologique, bien que cela ne soit pas facile :

« Pour moi, faudrait que la femme séropositive partage son résultat avec son partenaire, parce que si ce dernier est au courant, il pourra mieux s'impliquer. » Part2

« Je souhaite qu'il y ait la vérité dans les couples, la transparence, pour le partage des résultats, parce que ce n'est pas facile je sais, car tout le monde ne conçoit pas le VIH de la même manière, mais c'est un passage obligé, de dire la vérité » Part4

## **CHAPITRE 5 : DISCUSSION**

Notre étude avait comme objectif de comprendre l'influence des partenaires masculins sur le comportement d'adhérence des femmes aux services de PTME en identifiant les perceptions des conjoints ainsi que les différents facteurs qui déterminent leurs comportements ; ainsi dans ce chapitre nous aurons trois parties : la synthèse des résultats et leur situation par rapport à la littérature existante, les limites de notre étude, les implications pour la pratique en santé publique.

### **5.1. Synthèse des résultats**

#### **5.1.1. Connaissances générales sur la PTME**

Toutes les femmes séropositives interviewées (MM et autres) semblent avoir les connaissances sur la définition du concept PTME ainsi que tous les modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Quant aux partenaires masculins, certains d'entre eux disent ne pas connaître le concept PTME et ne mentionnent même pas les trois modes de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Ceci pourrait expliquer la faible participation masculine aux services de PTME au centre hospitalier de Kingasani car une connaissance suffisante de la PTME en influence l'utilisation des services.

Une étude menée par Boateng et al. dans la région d'Ashanti au Ghana montre que les répondants avaient une bonne connaissance du VIH, de la PTME et des ARV ainsi que de tous les modes de transmission du VIH et de la TME. Ainsi, leurs connaissances élevées ont influencé leur motivation et leur adoption des ARV pour la PTME [32].

#### **5.1.2. Expérience sur la PTME**

Nous avons constaté que les femmes se font dépister facilement, bien que cela soit à l'initiative des prestataires de santé pendant les CPN ou après un long épisode de maladie. Pour les partenaires masculins, le dépistage est difficile : il se fait soit après plusieurs invitations du centre hospitalier via leurs épouses, soit les prestataires font des descentes à domicile pour faire une prise de sang et faire le test sans leur consentement; cette démarche qu'ils utilisent comme stratégie va à l'encontre des règles pour la réalisation du CTV, les « 5 Cs », recommandées par l'OMS, aussi adoptées par le PNLS où le consentement éclairé est primordial; le dépistage du VIH est non obligatoire. Nos résultats sont appuyés par ceux de plusieurs études qui disent que les femmes sont les plus fréquemment dépistées, et que les hommes ne participent pas souvent au dépistage du VIH [13, 4].

A la question quelle était l'attitude de votre conjoint à l'annonce des résultats nous avons constaté qu'à l'exception d'un seul partenaire masculin, tous avaient des réactions qui laissent à désirer, bien que temporaires pour plusieurs : ils accusent leurs femmes d'infidélité et trahison, ce qui entraîne des séparations et divorces. Ceci pourrait s'expliquer par la faible connaissance des différents modes de transmission du VIH, car nous constatons que la voie sexuelle est la plus évoquée dans les différentes réactions des partenaires.

L'expérience des MM encourage et aide les femmes séropositives à accepter leurs résultats positifs du test VIH mais aussi adhérer aux services de PTME. Les MM sont considérées à la fois comme pairs-éducatrices et prestataires de santé. Par contre, l'adhérence des partenaires masculins se fait généralement en passant par leurs épouses. L'éducation par les pairs devrait être aussi faite par les hommes ; les résultats d'une étude menée par Larsson et al. sur les raisons de refus de dépistage en couple pendant les CPN montrent que les hommes préfèrent que ceux qui ont déjà fait le test de dépistage du VIH leur servent de modèles de rôle, en leur parlant de leurs expériences. Ils disent qu'ils seraient plus motivés si des hommes séropositifs le font (sensibilisation des pairs par les hommes) [40].

Le partage du statut sérologique s'avère difficile pour plusieurs femmes séropositives, car elles risquent de perdre leur mariage ou leur relation, d'où elles préfèrent ne rien dire à leurs partenaires ou demandent aux prestataires de santé de garder le secret.

Les résultats d'une étude menée par Norah et al. appuient les nôtres, les femmes séropositives ont peur de partager leur statut à cause du rejet, l'abandon et la violence conjugale et vont jusqu'à trouver des excuses, expliquant la prise de la Névirapine pendant la grossesse, comme un médicament pour la croissance du bébé [33]. Quant à l'étude menée par Nyondo et al., les participantes affirment avoir besoin d'un conseiller qualifié (counseling VIH/couple) pour une divulgation facilitée afin d'éviter d'éventuelles tensions conjugales secondaires à un résultat positif sur le VIH, à l'inverse, elles pensent que la non-divulgation pourrait affecter le respect du TAR et même celui des RDV [34].

Les résultats de notre étude montrent que pour certains partenaires masculins, partager son statut sérologique positif est important et cela pourrait influencer l'accompagnement du conjoint dans l'observance aux ARV. D'autres, éprouvent un sentiment de rejet vis-à-vis de l'épouse séropositive, lequel pourrait s'expliquer encore par la faible connaissance des modes de transmission du VIH, aussi par les facteurs culturels considérant l'homme comme un chef, ce dernier se permet de réagir n'importe comment.

### 5.1.3. Soutien

Le soutien et l'encouragement du conjoint sont très importants pour l'adhérence à la PTME. Ils sont nécessaires et vitaux pour le respect du TAR et permettent aux personnes séropositives de vivre positivement avec le VIH [34].

Les résultats de notre étude indiquent que les MM et les partenaires masculins perçoivent plus le soutien de leurs conjoints par rapport aux autres femmes séropositives, celles-ci ne se sentent pas soutenues. Ceci pourrait s'expliquer par les bonnes connaissances qu'ont les MM sur la PTME, le VIH, qu'elles transmettent à leurs partenaires ; ce qui facilite leur soutien. Les indicateurs du Centre Hospitalier de Kingasani de 2015 à 2018 nous montrent cette faible participation des partenaires masculins, soit un taux de 16,17 % accompagnant leurs femmes aux CPN [28].

Nos résultats sont appuyés par ceux d'une étude de Larsson et al. menée en Ouganda indiquant que seulement 13 % des femmes déclarent avoir été soutenues, accompagnées par leur conjoint [35]. Par contre, les résultats d'une étude menée par Tijou et al. indiquent que les hommes jouent un rôle plutôt actif dans l'application des conseils reçus à la PTME lorsqu'ils savent que leur femme est séropositive et participent à la PTME ; les femmes disent ne pas toujours avoir besoin de soutien de leur conjoint pour avoir un comportement préventif du VIH [36]. Ces différentes attitudes peuvent être liées à leurs conceptions sur la maternité et la paternité, leurs niveaux de connaissance sur la PTME, ou encore d'instruction.

Nous avons constaté que l'éducation par les pairs au travers des MM est réellement un accompagnement psycho-social se basant sur leurs différentes expériences. Les différents prestataires de santé ont également joué un rôle de soutien pour les personnes séropositives, allant jusqu'à aider des couples à se réconcilier.

L'étude de Boateng et al. appuie cela disant que le soutien des prestataires est d'une grande importance allant jusqu'à améliorer l'adhésion aux services de PTME [32]. Les résultats de l'étude menée par Norah et al. vont dans le même sens, ils soulignent l'influence des pairs dans un groupe de soutien : les hommes se motivent à soutenir leurs partenaires pendant la grossesse et l'accouchement ; les femmes séropositives sont aidées à faire face à la discrimination par un soutien affectif mutuel et ressentent des liens beaucoup plus forts avec les membres du groupe de soutien que ceux de la famille [33].

#### **5.1.4. Perceptions et implication des conjoints**

La majorité des partenaires masculins ont une bonne perception de la PTME, même s'ils ne s'y impliquent pas tous ; préfèrent vaquer à leurs occupations professionnelles pour assumer leur responsabilité financière au sein du couple. Quelques -uns reconnaissent que l'ignorance y est pour beaucoup.

Quant aux femmes séropositives, certaines ont besoin de l'accord de leurs partenaires masculins pour se rendre à un rendez- vous. En cas de refus, cela peut entraîner la non- observance aux ARV. D'autres par contre pensent que leurs partenaires s'intéressent plus à l'évolution de la grossesse (pour les femmes enceintes) plutôt qu'à la santé maternelle.

Ainsi, les facteurs communautaires dont les normes sociales et culturelles déterminent ces différents comportements [26,27]. En Afrique, l'homme reste le chef et la femme a peu de pouvoir de négociation dans la relation [13], les responsabilités financières reposent sur l'homme.

Plusieurs études menées en Afrique subsaharienne appuient nos résultats disant que dans les systèmes traditionnels des milieux urbain et rural, l'autorité masculine s'exerce sur la santé des femmes et le soutien financier, souvent utilisé comme excuse pour ne pas accompagner leurs femmes est le plus souvent le rôle direct perçu par les hommes [5].

Néanmoins, les résultats de l'étude menée par Nyondo-Mipando et al. diffèrent des nôtres. Selon cette étude, les hommes pensent qu'ils devraient toujours trouver du temps pour accompagner leurs épouses voire même mettre une pause au travail. De leur côté, les femmes considèrent comme participation négative le refus de participation ou de faire le test de dépistage de leurs partenaires [37], ceci peut s'expliquer par des différences culturelles ou par le niveau de connaissance assez élevé sur la PTME.

#### **5.1.5. Barrières / freins**

Dans notre étude, nous avons décelé de nombreuses barrières à l'utilisation des services de PTME pour les femmes séropositives ainsi que leurs partenaires masculins. Les plus importantes sont les croyances culturelles et religieuses selon lesquelles le VIH serait causé par un mauvais sort, donc d'origine spirituelle. Cela pousse les PVV à faire certaines rites, à consulter des charlatans, et surtout fréquenter des églises dites « de réveil » où les chefs spirituels interdisent même la prise des ARV au bénéfice des retraites de prière, offrandes, sacrifices, etc. dont les conséquences peuvent être graves et aller jusqu'à la mort parfois, à moins que le PVV se ressaisisse et reprenne le traitement médical.

Les résultats de l'étude de Boateng et al. soulignent ce même facteur, en disant qu'une perception négative des causes du VIH existe encore : dans leur étude 15 % des répondants croient en la transmission par des moyens spirituels les poussant à chercher une intervention spirituelle dans les camps de prière et les spiritualistes [32].

Une autre barrière à la participation aux services de PTME est la stigmatisation qui se fait à tous les niveaux, que ce soit en famille, en milieu professionnel ou au sein de la communauté. Les femmes séropositives sont traitées d'infidèles, pointées du doigt, sans considération et par conséquent n'ont pas de motivation à utiliser les services de PTME.

Plusieurs autres études mentionnent aussi la stigmatisation comme obstacles à la participation dont celle de Norah et al. et de Homsy et al. [33, 38].

Ainsi, la divulgation du statut sérologique par les membres de famille, l'entourage et les chefs religieux pousse les PVV à rentrer dans la clandestinité ou à préférer ne pas partager leur statut sérologique.

Or, les résultats de l'étude menée par Norah et al. diffèrent des nôtres car ils mentionnent plutôt la crainte de violation de la confidentialité par les fournisseurs de service comme obstacles, faisant que les hommes préfèrent accompagner leurs épouses dans des cliniques éloignées des communautés où ils sont connus. Dans notre étude, par contre, les participants nous ont témoigné un climat de confiance avec les prestataires des services de PTME.

Une autre barrière encore à la participation aux services de PTME est la peur de l'inconnu. La peur de sombrer dans l'inquiétude pousse les partenaires masculins à ne pas fréquenter ces services par crainte d'un résultat positif du VIH.

Ceci confirme les résultats d'une étude menée à Nairobi au Kenya sur les perspectives masculines sur l'intégration des hommes dans le conseil et le dépistage du VIH prénatal disant que la plupart des hommes pensent que ceux qui n'accompagnent pas leur partenaire à la clinique ont peur de savoir qu'ils sont infectés. Une minorité de femmes le pensent aussi, d'autres pensent aux contraintes de temps et de travail [39]. Par contre, l'étude menée par Homsy et al. dans un hôpital rural en Ouganda mentionne la peur du résultat, la peur de connaître son statut comme obstacles pour le dépistage de la femme [38]. Ceci pourrait s'expliquer par la crainte de l'annonce de la séropositivité à leur conjoint qui pourrait entraîner le divorce et autres conséquences néfastes dans le couple.

Les partenaires masculins pensent que les services de PTME/ CPN sont propres aux femmes, et préfèrent ne pas s'y rendre. C'est surtout le cas lorsque le local destiné à la PTME est trop proche de la maternité, le fait qu'il y ait beaucoup de femmes aux alentours les gêne.

Les résultats de l'étude menée par Marlène et al. soulignent aussi que les cliniques sont hostiles pour les hommes car dominées par les femmes. Quelques partenaires masculins se sentent parfois inutiles d'être venues accompagner leurs épouses parce qu'on leur demande souvent d'attendre en dehors de la salle. Par contre, dans l'étude de Nyondo-Mipando et al., les femmes pensent que les hommes ne devraient pas rester dehors pendant les CPN et devraient être plutôt présents, pour tout écouter, s'impliquer donc pour participer [5, 37].

Une dernière barrière à l'utilisation des services de PTME est l'attitude du partenaire masculin des femmes séropositives. La plupart de celles-ci doivent avoir l'accord de leur conjoint ; sans lequel elles pourraient subir des violences conjugales physiques. D'autres femmes pensent que leur conjoint ne s'intéresse même pas à leur état de santé.

Ainsi, nous pouvons constater comment les différents facteurs interagissent et influencent les comportements de chaque conjoint dans l'utilisation ou non des services de PTME.

## **5.2. Limites de l'étude**

Notre étude est l'une des rares qui s'est intéressée aux rôles perçus des conjoints dans la participation et l'adhérence à la PTME dans le contexte congolais. Mais nous sommes conscients de plusieurs limites.

Pour commencer, les résultats de notre étude sont basés au centre hospitalier de Kingasani, donc ils ne peuvent pas être généralisables à toute la population mais nous aident à les contextualiser.

Ensuite, il y a des limites causées par la méthodologie utilisée : le guide d'entretien a été conçu en français et l'enquêteur a dû le traduire en « lingala », langue utilisée lors des entretiens. Comme nous avons une excellente maîtrise de la langue, ce problème n'a pas causé trop de difficultés.

Une autre limite est le recrutement des participants à l'étude. Comme le VIH reste un sujet sensible, nous n'avons pas pu avoir un échantillon large. Néanmoins, le fait d'avoir interviewé les partenaires masculins, les MM et les autres femmes séropositives nous a permis d'avoir les différentes perceptions sur la PTME, et le fait d'avoir pu atteindre la saturation des données nous a convaincu que les résultats de l'étude sont valides.

Nous sommes conscients que dans le cadre de notre mémoire, en tant qu'étudiant, nous n'avons pas eu les moyens financiers suffisants pour étendre la recherche.

Bien qu'étant conscients de toutes ces limites, notre travail a une pertinence pour améliorer la pratique en santé publique.

### 5.3. Implications pour la pratique en santé publique

Les résultats de notre étude peuvent être pris en compte pour la prise en charge du VIH, la PTME en RDC à la fois dans la politique de santé publique ainsi qu'en pratique. Ils nous montrent que nous devons impliquer plus les hommes dans cette problématique et renforcer les compétences des femmes. Pour ce faire, nous suggérons :

1. Le renforcement de l'action communautaire :
  - Le PNLS devrait adopter en plus de l'approche mère-mentor, l'éducation par les pairs des partenaires masculins par les hommes. Le partage d'expérience et de connaissances motiveront beaucoup plus les hommes à participer à la PTME.
  - La sensibilisation des partenaires masculins étant très importante, elle devrait s'étendre dans les milieux professionnels, à domicile pour échapper aux contraintes de temps et de travail qu'ils avancent comme excuses.
  - Intensifier la sensibilisation des femmes en âge de procréer, quel que soit leur statut sérologique sur le VIH, la PTME, les CPN ; pas seulement pendant les CPN mais aussi par des campagnes de sensibilisation au sein de la communauté.
  - Intégrer les différentes églises dans la sensibilisation sur la PTME, car elles regorgent différentes couches de la population, et surtout elles permettent d'atteindre facilement les hommes.
2. Un soutien financier aux MM qui consacrent leur temps et sacrifient leur vie de famille au profit de la PTME, bien qu'étant des bénévoles.
3. Un soutien financier au Centre hospitalier de Kingasani pour l'acquisition du matériel informatique et autre afin de bien gérer la base de données et avoir de bonnes archives.
4. La sensibilisation des hommes sur le dépistage du VIH.
5. La lutte contre la stigmatisation par des campagnes de sensibilisation sur le VIH, ses modes de transmission, la PTME au sein de toute la communauté
6. D'autres études quantitatives sur cette problématique avec un échantillon plus large, en intégrant les autres membres de la communauté et en améliorant le guide d'entretien.

## 5.4. Conclusion

Au terme de notre travail sur les rôles perçus des conjoints dans la participation au dépistage et l'adhérence au conseil sur la PTME à Kingasani, qui avait comme but de comprendre l'influence des partenaires masculins sur le comportement d'adhérence des femmes aux services de PTME. Il en ressort que la PTME demeure un problème de santé publique en RDC, avec le faible taux de participation masculine.

Nos résultats montrent que de nombreux facteurs interagissent pour déterminer les comportements des conjoints.

Premièrement, les facteurs individuels avec le niveau de connaissance assez bas des partenaires masculins, les différentes croyances liées aux causes du VIH.

Deuxièmement, les facteurs interpersonnels tels que le rejet, la stigmatisation demeurent au sein des relations interpersonnelles en famille, dans le milieu professionnel ainsi que dans toute la communauté.

Troisièmement, les facteurs organisationnels avec l'emplacement du local destiné à la PTME qui consiste une barrière pour les hommes à l'utilisation des services de PTME, le manque de ressources financières empêche le bon fonctionnement des services, avec les MM qui ne sont presque pas rémunérées.

Et quatrièmement, les facteurs communautaires avec les normes socio-culturelles qui placent l'homme comme le chef, celui qui donne l'autorisation à la femme, ainsi, le comportement de l'homme a une influence positive ou négative à l'adhérence des femmes à la PTME.

De ce qui précède, notre étude montre que la PTME demeure un problème de santé publique à Kingasani, qui peut s'appliquer à la RDC. Cela constitue un frein dans la lutte contre le VIH. Bien que les efforts se multiplient pour faciliter l'accès au TAR, le taux de participation des partenaires masculins reste faible, cependant, le PNLS devrait se focaliser sur la sensibilisation des partenaires masculins sur la PTME et le VIH, pour que cela ne reste pas une affaire de femmes, étudier les différentes barrières afin de les éliminer et préserver les différents facteurs favorisant l'utilisation des services de PTME.

Ainsi la PTME sera une responsabilité de couple et de toute la communauté, car l'absence de participation masculine peut avoir des conséquences négatives sur le bon déroulement de la PTME.

## BIBLIOGRAPHIE

1. ONUSIDA, (2018). Fiche d'information, dernières statistiques sur l'état de l'épidémie du Sida. Disponible sur :

[https://www.sidaaction.org/sites/default/files/un aids\\_factsheet\\_fr\\_2018.pdf](https://www.sidaaction.org/sites/default/files/un aids_factsheet_fr_2018.pdf) . Consulté le 03/10/2018

2. WHO, (2010). HIV/AIDS Programme, Antiretroviral Drugs for Treating Pregnant Women and Preventing HIV infection in Infants : Recommendations for a Public Health Approach. Disponible sur :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75236/9789241599818\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75236/9789241599818_eng.pdf?sequence=1)

3. Ngwej DT., Mukuku O., Mudekereza R., Karaj E., Odimba EB., Luboya ON. *et al.* (2015). Study of risk factors for HIV transmission from mother to child in the strategy « option A » in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo. *Pan Afr Med J.*22(18). Disponible sur :

<https://europepmc.org/article/PMC/4646444>

4. OMS. (2012). Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Disponible sur :

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77727/9789242503678\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77727/9789242503678_fre.pdf) consulté le 13/11/2018

5. Manjate RM., Munguambe K., Bique N., Degomme O., Temmerman M., Sidat MM.(2015). Male partners involvement in prevention of mother -to-child HIV transmission in sub-Saharan Africa. A systematic review. *SAHARA -J : Journal of Social Aspects of HIV / AIDS*, 12 (1), 87-105. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26726756>

Consulté le 10/11/2018

6. Auvinen J., Kylmä J. , Suominen T.( 2013). Male Involvement and Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV in Sub-Saharan African. An Integrative Review. *Curent HIV Research*, 11 (2), 169-177. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23432492>

Consulté le 12/11/2018

7. Mammette A. Virologie médicale. 14<sup>ème</sup> éd. France : Editions C. et R., 1992. 469 p.

8. Katlama C., Ghosn J. VIH et Sida, Prise en charge et suivi du patient. Paris : Elsevier Masson, 2004. 178 p.

9. Béléc L. Transmission sexuelle de l'infection par le VIH. Paris : Editions JOHN LIBBEY Eurotext, 2007. 688 p.
10. Girard PM., Katlama C., Pialoux G. *VIH*. France : Doin Editions, 2001. 542 p.
11. Girard PM., Katlama C., Pialoux G. *VIH*. 8ème éd. France : Doin Editions, 2011 840p.
12. Frange P., Blanche S. (2014). Mother-to-child transmission (MTCT) of HIV. *La Presse Médicale*, 43 (6), 691-697
13. Berrebi A. Le Sida au féminin. France : Doin Editions, 2001. 242 p.
14. OMS, Bureau régional de l'Afrique (2016). lignes directrices unifiées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins du VIH pour les populations clés. Disponible sur :   
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246217/9789290312222-fre.pdf?sequence=1>  
Consulté le 19/11/2018
15. ONUSIDA. (2017). le VIH/ Sida en chiffres / République Démocratique du Congo.   
<https://www.undp.org/content/dam/unct/rdcongo/docs/UNCT-CD-ONUSIDA-data-2.pdf>  
Consulté le 03/10/2018
16. PNLS. (2017). Rapport annuel. Consulté le 09/05/2019
17. Darmon L. (2007). L'impact économique du VIH en Afrique. *Le journal du Sida*, (196), 3-15. Consulté le 11/02/2019
18. PNLS. (2016). Guide de prise en charge intégrée du VIH en République Démocratique du Congo, version révisée. Consulté le 03/10/2018
19. Kimbala J., Mukuku O., Tshibangu C., Kapend L., Numbi O., Muteba F. *et al.* (2016). La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) à Lubumbashi en RDC, résultats de 6 ans de pratique dans 5 maternités de référence. *1<sup>ère</sup> Revue Médicale Internationale Panafricaine ; Médecine d'Afrique Noire*. Consulté le 30/10/2018
20. PNLS. (2017). Implication des partenaires masculins dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) : Expérience de la RD Congo. Consulté le 12/05/2019
21. PNLS. (2016). Plan d'élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant 2016- 2020.
22. Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa et ICF. (2019). République Démocratique du Congo : Evaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS RDC) 2017-2018. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ESPK et ICF.

2018. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ESPK et ICF.

23. WHO. (2016). Lignes directrices sur l'auto-test du VIH et la notification aux partenaires : supplément aux lignes directrices consolidées sur les services de dépistage du VIH. Disponible sur :

<http://europepmc.org/books/NBK401684> Consulté le 01/11/2018

24. Rouamba Ky-Zerbo O. Enjeux et limites du conseil et du test du VIH (CTV) dans un pays de basse prévalence en Afrique Subsaharienne : cas du Burkina -Faso. Médecine Humaine et pathologie. (Thèse de doctorat). Université de Montpellier ; 2016. Disponible sur :

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01514386/document> consulté le 03/11/2018

25. Van den Broucke S. (2018-2019). La planification d'une intervention d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle. Questions spéciales : éducation sexuelle et prévention. UCLouvain.

26. Ngangue P. Le retour pour les résultats et le conseil post-test après un dépistage volontaire du VIH dans la ville de Douala, Cameroun : étude des déterminants individuels, interpersonnels, organisationnels et structurels. (Thèse de doctorat en santé communautaire). Québec : Université de LAVAL ; 2017.

27. Poundstone K.E., Strathdee S.A., Celentano D.D. (2014). The Social Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Epidemiologic Reviews*, 26 :22-35

28. Centre hospitalier de Kingasani. (2018). Registre VIH. non publié. consulté le 24/05/2019

29. Secrétariat général à la santé. (2012). Recueil des normes d'organisation et fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé en RDC. Consulté le 20/05/2019

30. Centre hospitalier de Kingasani. (2005). Historique et organisation. Non publié. Consulté le 22/05/2019

31. Aujoulat I. (2017). Introduction aux méthodes qualitatives. UCLouvain, Bruxelles

32. Boateng D., Kwapong GD., Agyei-Baffour P. (2013). Knowledge, perception about antiretroviral therapy (ART) and prevention of mother-to-child-transmission (PMTCT) and adherence to ART among HIV positive women in the Ashanti Region, Ghana : a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, 13 (2). Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-2> Consulté le 14/11/2019

33. Ladur A.N., Colvin C.J., Stinson K. (2015). Perceptions of Community Members and Healthcare Workers on Male Involvement in Prevention of Mother-To-Child Transmission Services in Khayelitsha, Cape Town, South Africa. PLoS ONE, 10(7). Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133239>. Consulté le 21/11/2019

34. Nyondo A.L., Chimwaza A.F., Muula A.S. (2014). Exploring the relevance of male involvement in the prevention of mother to child transmission of HIV services in Blantyre, Malawi. BMC Int Health Hum Rights, 14 :30. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12914-014-0030-y>

Consulté le 13/11/2019

35. Larsson E. C., Thorson A. E., Pariyo G., Waiswa P., Kadobera D., Marrone G. *et al.* (2012). Missed Opportunities : barriers to HIV testing during pregnancy from a population based cohort study in rural Uganda. *PloS one*, 7(8), e37590. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037590>

36. Tijou Traoré A., Querre M., Brou H., Leroy V., Desclaux A., Desgrées-du-Loû A. (2009). Couples, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast. *Social Science & Medicine*, 69 (6), 830-837. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.06.001> consulté le 26/11/2019

37. Nyondo-Mipando A.L., Chimwaza A.F., Muula A.S. (2018). “He does not have to wait under a tree” : perceptions of men, women and health care workers on male partner involvement in prevention of mother to child transmission of human immunodeficiency virus services in Malawi. *BMC Health Serv Res*, 18 (187). Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2999-8>

Consulté le 20/11/2019

38. Homsy J., King R., Malamba S., Opio C., Kalamya J., Mermin J. *et al.* (2007). The Need for Partner Consent Is a Main Reason for Opting Out of Routine HIV Testing for Prevention of Mother-to-Child Transmission in a Rural Ugandan Hospital

. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 44(3), 366-369

Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17327761>

Consulté le 19/11/2019

39. Katz DA., Kiarie JN., John-Stewart GC., Richardson BA., John FN., Farquhar C. (2009). Male Perspectives on Incorporating Men into Antenatal HIV Counselling and Testing. *PLoS ONE*, 4 (11). Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0007602> consulté le 16/11/2019
40. Larsson EC., Thorson A., Nsabagasani X., Namusoko S., Popenoe R., Ekström A.M. (2010). Mistrust in marriage-Reasons why men do not accept couple HIV testing during antenatal care- a qualitative study in eastern Uganda. *BMC Public Health*, 10(769). Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-769> consulté le 19/05/2020

