

Faculté de santé publique

Impact des mères mentors dans la prévention de la transmission mère- enfant chez les femmes vivant avec le VIH

Etude de cas à Kinshasa, RD Congo

Mémoire réalisé par
Belle Ononda Sapu

Promoteur(s)
Annie Robert

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée
Options : Approche communautaire ; gériatrie et personnes âgées

Faculté de santé publique

Impact des mères mentors dans la prévention de la transmission mère- enfant chez les femmes vivant avec le VIH

Etude de cas à Kinshasa, RD Congo

Mémoire réalisé par
Belle Ononda Sapu

Promoteur(s)
Annie Robert

Année académique 2019-2020
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée
Options : Approche communautaire ; gériatrie et personnes âgées

IN MEMORIUM

A la mémoire de mon père Paul Gérard Sapu Kalimasi. Aucun remerciement ne saurait exprimer l'estime, le respect et l'amour que j'ai pour vous papa. Il n'y a rien au monde qui vaille tout le travail acharné pour mon éducation, la confiance, le soutien dans mes différents projets quel qu'en soient les coûts. J'aurai voulu que vous soyez en vie pour voir les fruits des efforts consentis mais hélas ! Nous ne pouvons rien faire face à la mort. Ce travail est le résultat de tous vos sacrifices pour ma formation.

La mort n'arrête jamais l'amour, je t'aime papa. Repose en paix.

REMERCIEMENTS

A mon promoteur de mémoire, le professeur Annie Robert pour avoir accepté de me diriger malgré ses lourdes charges professionnelles. Son attitude scientifique rigoureuse, ses conseils, sa disponibilité et son esprit d'excellence m'ont aidée tant dans la rédaction de mon mémoire que dans ma vie.

A toute l'équipe pédagogique de l'école de santé publique de l'université catholique de Louvain pour la qualité de l'enseignement.

A mon mari, le Docteur Patrick Nkunda pour tout l'amour, la patience, la motivation et surtout la compréhension tout au long de mon cursus académique.

A mes frères et sœurs : Hermanie, Nadine, Chérie ka, Muska, Junior, Evile, Lydia et Caleb Sapu pour l'amour, le soutien moral durant mes études ainsi que la considération toujours affichée à mon égard.

A mes compagnons de lutte, qui se reconnaissent sous le nom de « famille UCL », pour tant de motivation, de soutien, pour le sens de travail ainsi que les sacrifices consentis dans un respect mutuel : J'ai beaucoup appris de ce chemin parcouru ensemble.

Enfin à toute personne qui m'a aidée d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail, puissent-elles trouver par ces mots toute ma gratitude et ma reconnaissance.

PLAGIAT

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit 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 ».

(UCL, WFSP 2298)

Table des matières

IN MEMORIUM	i
REMERCIEMENTS	ii
PLAGIAT	iii
ABREVIATIONS	vii
LISTE DE TABLEAU ET FIGURE	ix
INTRODUCTION	1
1. Problématique	1
2. Objectifs	3
2.1. Objectif général	3
2.2. Objectifs spécifiques	3
3. Question de recherche	3
CHAPITRE 1: GENERALITES	4
1.1. Transmission du VIH de la mère et enfant	4
1.2. Mécanismes de la TME	5
1.2.1. La transmission in utéro	5
1.2.2. La transmission per partum	5
1.2.3. La transmission post partum	5
1.3. Les moyens de réduction du risque de transmission mère -enfant	5
1.2. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME)	6
1.3.1. CASCADE DE LA PTME	6
1.3.2. LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PTME	8
1.4. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN RDC	10
1.4.1. Bref Historique	10
1.4.2. Intégration des services de PTME	10
a. Pendant la grossesse	10
1.4.3. APPROCHE COMMUNAUTAIRE	12
1.4.3.1. L'APPROCHE MÈRES MENTORS	12
a. Définition	12
b. Objectifs	12
c. Historique	12
Figure 2: Cadre conceptuel de l'impact des mères mentors chez les femmes vivant avec le VIH	14
CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES	15
2.1 Présentation du cadre d'étude	15
2.1.1. Organisation du Centre Hospitalier de Kingasani	15
Figure : Zone de Sante urbaine de kingasani	16

2.1.2 Organisation du système de santé au niveau de la Zone de Santé	16
a. Niveau opérationnel ou périphérique	16
b. Niveau intermédiaire	16
c. Niveau central	17
2.2. METHODE	17
Tableau 2a :	17
Tableau 2b:	18
Tableau 2c :	19
Tableau 2d :	20
Tableau 2e :	21
2.3. Critères d'inclusion	21
2.4. Critères d'exclusion.....	21
2.5. Considération d'ordre éthique	22
CHAPITRE 3 : RESULTATS.....	23
3.1. Caractéristiques des femmes de l'étude (tableau 3 a)	23
3.2. CONNAISSANCES	24
3.2.1. Définition	24
3.2.2. Rôle	25
3.2.3. Activités	25
3.3. RESSENTI ET EXPERIENCE DES PARTICIPANTES	25
3.3.1. Salvatrices	26
3.3.2. Modèles et sources de motivation.....	26
3.3.3. Conseillères.....	26
3.3.4. Aide au-delà de la maladie.....	27
3.3.5. Famille	27
3.4. CONFIDENTIALITE.....	28
3.5. Impact des MM sur l'adhésion et le respect thérapeutique	28
3.6. Avis des participants sur l'approche MM.....	29
3.7. Barrières.....	30
3.7.1. Barrières se rapportant aux MM	30
CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS	32
4.1. Caractéristiques des femmes de l'étude	32
4.2. Connaissances (définition, rôle et activité)	32
4.3 Ressenti et expérience des participantes avec les MM	33
4.3.1 Salvatrice.....	33
4.3.2. Modèles et sources de motivation	33
4.3.3. Conseillères, aidant, famille	34

4.4. Impact des mères mentors sur l'adhésion et le respect thérapeutique.....	34
4.5 Avis de participantes sur l'approche MM	35
4.6 Confidentialité de MM	35
4.7 Barrières	36
4.7.1 Barrières se rapportant aux MM.....	36
4.7.2 Barrières se reportant aux participantes	36
CHAPITRE 5 : CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....	38
5.1. Conclusion.....	38
BIBLIOGRAPHIE	39

ABREVIATIONS

- ADN: Acide désoxyribonucléique
- ARN: Acide ribonucléique
- ARV: Antirétroviraux
- CDV: Conseil et dépistage volontaire
- CD4: Cluster de différenciation 4
- COREQ: Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- 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
- ENHAT: Ethiopian Network for HIV/AIDS Treatment
- FOSA: Formation sanitaire
- : FVV : femme vivant avec VIH
- 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

_ TLD ; Dolutegravir

- 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: Les principaux facteurs de risque de la transmission mère et enfant du VIH

Tableau 2a : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Tableau 2b: Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Tableau 2c : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Tableau 2d : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Tableau 2e : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Tableau 3 a Caractéristiques des femmes de l'étude

Tableau 3 b Caractéristiques des femmes de l'étude

Figure 1: Cascade de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

Figure 2: Cadre conceptuel de l'impact des mères mentors chez les femmes vivant avec le VIH

Figure 3 : Contribution de l'approche mère mentor à la cascade PTME de Hamilton et al(2017) aux regards de nos résultats qualitatifs

INTRODUCTION

1. Problématique

Le virus de l'immunodéficience humaine /SIDA (VIH/SIDA) demeure un problème mondial majeur de santé publique: il est responsable de plus de 35 millions de morts à ce jour. En 2017 la mortalité liée au VIH était de 940000 personnes avec une prévalence de 36,9 millions [1].

Globalement, en 2012, l'organisation mondiale de la santé (OMS) estimait à 3,3 millions le nombre d'enfants ayant contracté le virus par voie verticale et 90% de ces enfants vivaient en Afrique sub-saharienne [2]. De même, la maladie est responsable de 3% de tous les décès chez les enfants de moins de 5 ans [3].

La Transmission Mère-enfant (TME) du VIH contribue largement (90%) à la propagation de la maladie. Sans traitement prophylactique par des ARV, environ 15 à 30 % des enfants nés de femmes séropositives, seront infectés par le VIH pendant la gestation et l'accouchement, 5 à 15 % de plus étant infectés au cours de l'allaitement [4]. Elle est la principale voie par laquelle les enfants sont infectés dans la zone tropicale, avec une prévalence très élevée dans les pays à ressources limitées [2].

Dans le contexte des pays développés où l'infection à VIH sévit, l'allaitement maternel est déconseillé, car le taux de transmission mère-enfant du VIH se situe à environ 25% en l'absence de toute intervention de prévention. Ce taux dépasse 40% dans les pays en développement, où l'allaitement maternel est généralisé et prolongé au-delà de 18 à 24 mois [5].

Face la féminisation de ce fléau et le nombre croissant d'enfants infectés, la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant (PTME) est devenue une priorité de santé publique à l'échelle mondiale [6]. En termes d'impacts, l'infection raccourcit l'espérance et la qualité de vie, avec une augmentation des dépenses de santé et des conséquences sur l'équilibre économique, social et politique des états [4,7].

En République Démocratique du Congo (RDC), le VIH constitue un véritable défi de santé publique. L'analyse du profil épidémiologique du sida en RDC a montré que l'épidémie est de type généralisé en décroissance avec une prévalence dans la population générale estimée à 1,1% en 2013. Cette prévalence est d'autant plus élevée en milieu urbain (1,9%) qu'en milieu rural (0,8%), ainsi plus chez les femmes (1,0%) que chez les hommes (0,5%). De même, les données de la dernière surveillance sentinelle du VIH en 2012, ont montré une prévalence globale de 3,5% chez les femmes fréquentant les services de consultation prénatale (CPN) en 2011 [8].

Selon le plan national de la lutte contre le VIH/ SIDA, près de 109 250 enfants en dessous de 15 ans sont infectés chaque année par le VIH/SIDA [10], essentiellement pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement maternel [2]. La RDC est le cinquième pays au monde où la prévalence des enfants infectés est la plus élevée [9,10].

Face à cette situation, plusieurs pays Africains ont établi un programme de prévention de la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant (PTME) avec un objectif de réduire le taux de transmission en dessous de 5%, réduire la charge virale maternelle en administrant les ARV recommandés, améliorer les pratiques obstétricales pendant l'accouchement, protéger l'enfant pendant l'allaitement [2, 7, 11, 12].

Malgré des progrès considérables dans la prévention de l'infection par le VIH, 180 000 nouvelles infections chez les enfants ont été signalées en 2017, principalement en raison de la transmission du VIH périnatale et postnatale [13,14]. La majorité de ces nouvelles infections pédiatriques sont survenues en Afrique subsaharienne où près de 990 000 femmes étaient infectées par le VIH pendant la grossesse en 2016 dans les 21 pays prioritaires du Plan mondial [13, 15].

Ceci s'explique d'une part par: la grave pénurie d'agents de santé, les croyances, les valeurs, la stigmatisation, l'absence de suivi des femmes après l'accouchement et d'autres coûts sociaux ayant conduit à une mauvaise utilisation des services de la PTME [16,17]. D'autres part, la mise en œuvre des directives de l'Organisation mondiale de la santé de 2016, qui recommande un traitement antirétroviral complet à toutes les femmes enceintes ou allaitantes, quel que soit le nombre de CD4 ou le stade clinique de la maladie (option B +) ont conduit également à une surcharge des établissements de santé déjà surchargés et de la main-d'œuvre actuelle [18].

Face cette situation, pour améliorer la rétention dans la cascade de la PTME, l'ONUSIDA recommande la décentralisation des services aux niveaux les plus bas, la mobilisation des communautés touchées dans la fourniture des services et l'autonomisation des femmes. C'est suite à ces recommandations que l'approche mère -mentors est née afin de relever le défi [18, 19,20].

Cette approche mère- mentors a été adoptée dans les activités de la PTME en RDC depuis 2013. Elle avait pour but d'améliorer la rétention du programme et contribuer à l'adhérence aux soins et aux traitements [21].

Les mères mentors sont des femmes séropositives qui apportent leur soutien aux femmes séropositives et aux mères de bébés exposés au VIH. Des nombreuses études ont documenté

l'efficacité et l'efficience de leurs interventions dans la PTME dans plusieurs pays africains. [18, 22, 23, 24, 25]. Cependant, à ce jour il n'existe aucune étude, à notre connaissance, réalisée sur l'impact des mères mentors en RDC. C'est ainsi qu'au regard de la présente problématique nous avons jugé opportun de mener cette étude.

Le centre hospitalier de Kingasani fait partie des grandes maternités de Kinshasa qui reçoit un grand nombre de gestantes. Il est le premier à avoir intégré le programme d'éducation par les mères mentors en RDC. Il constitue donc un cadre idéal pour la réalisation de notre étude.

2. Objectifs

2.1. Objectif général

Evaluer qualitativement l'impact des mères mentors sur les femmes vivant avec VIH dans le programme de la PTME.

2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer les perceptions des femmes vivant avec le VIH par rapport à l'approche MM;
- Comprendre la place qu'occupe le soutien des MM dans le quotidien des femmes vivant avec le VIH;
- Identifier les ressentis des femmes vivant avec VIH face aux mères mentors;
- Proposer des recommandations.

3. Question de recherche

Comment les femmes vivant avec le VIH perçoivent le rôle des mères mentors dans la prévention de la transmission mère-enfant au Centre Hospitalier de Kingasani?

CHAPITRE 1: GENERALITES

1.1. Transmission du VIH de la mère et enfant

L'infection à VIH peut être transmise d'une mère infectée à son fœtus pendant la grossesse, lors du travail de l'accouchement ou pendant l'allaitement. Ce mode de transmission est dit verticale [26].

Elle peut se produire pendant le premier ou deuxième trimestre de la grossesse où on observe aussi une proportion des fausses couches et d'accouchements prématurés. Mais le plus souvent la transmission maternofoetale survient en période périnatale [26,27].

Il existe plusieurs facteurs qui influencent cette transmission, en dehors de la charge virale maternelle élevée, on note également des mauvaises techniques ou manœuvres obstétricales pratiquées pendant l'accouchement. Le contrôle de ces facteurs contribuera à améliorer la prévention de TME [28].

Tableau 1: Les principaux facteurs de risque de la transmission mère et enfant du VIH selon Pierre Marie Girard et al [29]

Facteurs maternels	Charge virale plasmatique élevée Déficit immunitaire (Lymphocytes CD4 bas) Symptômes cliniques liés au VIH /SIDA Malnutrition maternelle Anémie et avitaminose A
Facteurs viraux	Virus VIH -1 (versus VIH 2)
Facteurs fœtaux	Génétique (HLA, CCR-5) Sexe féminin Hypotrophie Prématurité
Facteurs placentaires	Chorioamniotite bactérienne, Paludisme Infections virales
Facteurs obstétricaux	Rupture prématurée de la membrane Accouchement prématuré Infection génitale, MST Gestes invasifs Accouchement par voie basse (versus césarienne programmée) Tractions sur le cordon ombilical Les touchers vaginaux intempestifs et trop répétés Les aspirations intempestives des mucosités
Allaitement maternel	Etat maternel (sida, charge virale plasmatique, CD4) Charge virale élevée dans le lait Mastite

1.2. Mécanismes de la TME

1.2.1. La transmission in utéro

Dans 35% des cas, la transmission in utéro survient principalement au troisième trimestre pendant les semaines précédant l'accouchement. Les mécanismes évoqués sont le passage du virus via le liquide amniotique, les échanges sanguins materno-fœtaux favorisés par les brèches placentaires, Le passage transplacentaire via certaines cellules permissives à l'infection comme les macrophages placentaires. Pendant cette période, le placenta constitue une barrière active contre le passage du virus mais peut être fragilisée par ces différents mécanismes [30].

1.2.2. La transmission per partum

Les mécanismes de cette transmission ne sont pas connus précisément. Plusieurs hypothèses sont évoquées à ce sujet, entre autres 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, des échanges sanguins foeto-maternels qui sont favorisés par les micro-lésions de la barrière placentaire au moment des contractions utérines et l'infection par le liquide gastrique à travers la muqueuse intestinale. La transmission per partum est la plus fréquente, elle survient dans 65% des cas [30].

1.2.3. La transmission post partum

Elle est très liée à l'allaitement maternel. Le virus est présent dans le lait sous deux formes, libre et associée aux cellules. L'allaitement à lui seul représente environ un tiers de la transmission périnatale, et est fortement lié à la durée de l'allaitement [30]

1.3. Les moyens de réduction du risque de transmission mère -enfant

La réduction du risque de la TME repose sur plusieurs stratégies qui sont mises en marche pour agir aux différent niveaux [29]. Il peut s'agir de la réduction de la charge virale maternelle plasmatique et génitale, par l'administration des antirétroviraux chez la mère dès le début de la grossesse, de la diminution de l'exposition en fin de grossesse et pendant le travail par l'indication d'une césarienne programmée et l'administration des antirétroviraux pendant l'accouchement chez la mère. Ces stratégies peuvent aussi inclure la réalisation d'une prophylaxie post exposition chez le fœtus par passage transplacentaire des antirétroviraux pris par la mère ou chez le nouveau-né par administration directe ainsi que la suppression de l'exposition postnatale par un allaitement artificiel [29].

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

C'est l'ensemble de stratégies et services qui font intervenir des mesures préventives et thérapeutiques visant à réduire la transmission de l'infection à VIH de la mère à l'enfant. Ces mesures sont appliquées pendant la grossesse, le travail d'accouchement, et l'allaitement [31]. En 2015, L'ONU SIDA, a adopté le plan de PTME dans le but de réduire de 90 % le nombre de nouvelles infections à VIH pendant l'enfance et de réduire de 50 % le nombre de décès maternels liés au VIH [32]. Pour y parvenir il fallait arriver à convaincre la femme de se soigner pour rester en bonne santé (non seulement pour pouvoir élever correctement son enfant, mais aussi pour elle-même), Prévenir l'infection chez l'enfant et Organiser le suivi de l'enfant après l'accouchement [32].

La mise en œuvre de ces actions était fondée sur une stratégie plus large agissant sur les quatre piliers ci-dessous [32]:

- **Pilier 1** : Prévenir le VIH chez les femmes en âge de procréer, dans le cadre des services liés à la santé reproductive ;
- **Pilier 2** : Fournir des conseils, du soutien et des contraceptifs aux femmes qui vivent avec le VIH ;
- **Pilier 3** : Pour les femmes enceintes vivant avec le VIH, garantir le dépistage du VIH, les conseils et l'accès aux antirétroviraux nécessaires pour prévenir la transmission de l'infection à VIH à leurs bébés pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement.
- **Pilier 4** : Les soins, le traitement et l'accompagnement liés au VIH pour les femmes, les enfants vivant avec le VIH et leurs familles.

Bien que la mise en œuvre des quatre piliers de la stratégie soit importante, l'expansion rapide des programmes devraient produire des résultats immédiats en matière de prévention des infections pédiatriques et de maintien des mères en vie. Pour faire progresser la mise en œuvre du programme et suivre les progrès vers les objectifs du Plan mondial, de nombreux pays ont adopté une approche en cascade comme outil pour collecter et analyser les données aux points de soins, le long du parcours de prestation de services portant sur le pilier 3 (accès aux médicaments antirétroviraux) et 4 (soins, traitement et soutien) [33].

1.3.1. CASCADE DE LA PTME

La cascade PTME est une série d'activités clés par étapes qui a évolué au fil du temps avec chaque avancée de la science de la PTME et la publication des lignes directrices révisées de l'Organisation mondiale de la santé. Le processus commence avec toutes les femmes enceintes

et se termine par la détection ou non d'un statut VIH final chez les nourrissons exposés au VIH. Les premières utilisations de la cascade PTME étaient principalement axées sur le suivi des programmes de PTME. En 2010, le Plan mondial a nécessité une accélération rapide pour fournir des services de PTME plus efficaces et élargir la couverture de la population dans les pays à forte charge. Les pays devaient comprendre où concentrer les ressources et les efforts pour remédier aux faiblesses (géographiques, structurelles et sociales). Sur base de ce qui précède, la cascade PTME est devenue un outil important pour mesurer les progrès vers les objectifs d'élimination. Elle a évolué pour aider les pays à atteindre les objectifs nationaux et mondiaux du Plan [33]

Ci-dessous nous vous présentons une figure illustrative des cascades maternelles et infantiles parallèles qui commencent avec toutes les femmes enceintes selon Hamilton Elisabeth et al.

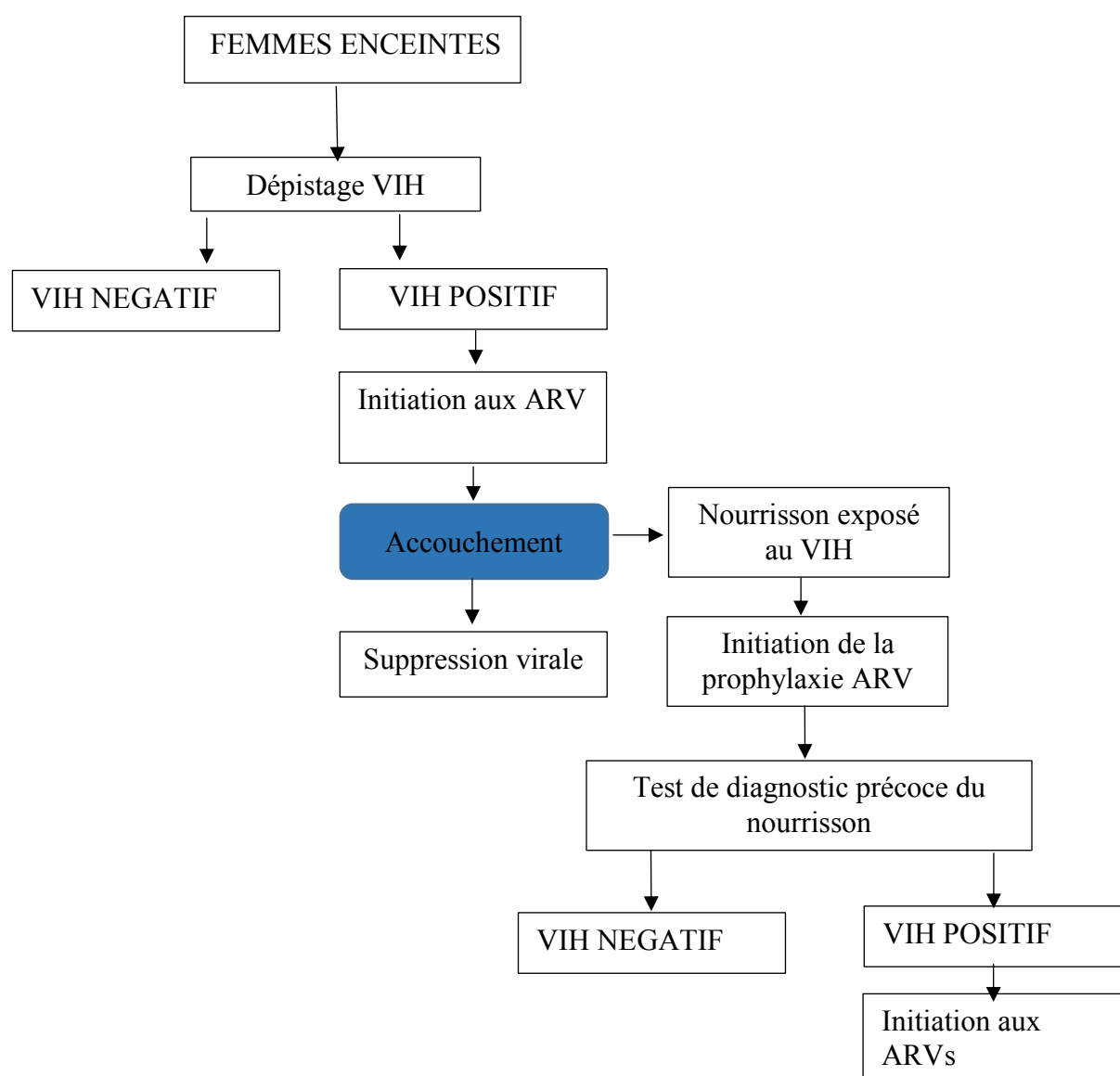


Figure 1: Cascade de la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME)

1.3.2. LIGNES DIRECTRICES DE L'OMS SUR LA PTME

Depuis deux décennies, la RDC a connu l'avènement de la thérapie ARV. Plusieurs schémas thérapeutiques ont été utilisés conformément aux lignes directrices de l'OMS en matière de PTME. Le but de cette prise en charge est de traiter l'infection maternelle afin de prévenir la contamination de nouveau-né. Il est décrit 3 options :

Dans l'option A qui n'est plus d'usage, le critère d'éligibilité de mise sous TAR était basé sur la numération des lymphocytes T-CD4. Seules les femmes enceintes qui avaient le nombre de lymphocytes T-CD4 ≤ 350 cellules/mm³ étaient mises sous TAR alors qu'au-delà de ce chiffre un traitement prophylactique à base de cotrimoxazole était donné. En fonction de l'âge de la grossesse, on donnait la Zidovudine (AZT) dès la 14^{ème} semaine d'aménorrhée [31, 34,35].

Pendant le travail d'accouchement une dose unique de névirapine était donnée avec un relais de la combinaison Zidovudine+lamivudine (AZT+3TC) jusqu'au 7^{ème} jour du post partum. Il n'était pas nécessaire de donner ce traitement chez toutes les femmes qui avaient reçu l'AZT depuis plus de 4 semaines en période prénatale. L'enfant qui était allaité, devrait prendre la névirapine pendant toute la période d'allaitement jusqu'au 7^{ème} jour après sevrage [31, 34,35].

Au fil du temps l'option B fut adoptée, la femme était mise d'emblée sous une trithérapie aux ARV (AZT+3TC+NVP) et une prophylaxie au cotrimoxazole dès que le diagnostic est posé quel que soit le nombre des lymphocytes T-CD4. Le TAR chez la femme enceinte commençait à partir de la 14^{ème} semaine d'aménorrhée jusqu'à la naissance de l'enfant en l'absence de l'allaitement aux seins. Ou jusqu'au 7^{ème} jour après sevrage d'allaitement. Le nouveau-né est aussi mis sous névirapine jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines quel que soit le mode d'allaitement [31, 34,35].

Actuellement c'est l'option B+ qui est utilisée, elle a pour objectif de réduire la charge virale de la maman et de prévenir la contamination de l'enfant. IL n'existe aucun nombre de lymphocytes T-CD4 sur base de quel le traitement antirétroviral est instauré. Dès que le diagnostic est posé, le traitement antirétroviral est initié à vie chez toute femme enceinte. Les schémas fait de TDF+3TC+EFV est privilégié. L'enfant recevra la NVP ou AZT dès la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 semaines de vie, quel que soit le mode d'allaitement. [31,34, 35].

Tout récemment en juin 2019, après une surveillance représentative au niveau national de la résistance aux ARV dans les populations soignées avec les molécules de première intention, la névirapine et Efavirenz. D'après l'OMS, des études récentes ont démontré la non-infériorité des **inhibiteurs de l'intégrase**, leur efficacité, leur bonne tolérance et une barrière génétique élevée aux résistances par rapport aux Inhibiteur de protéase [53].

En tenant compte des recommandations de l'OMS qui suggèrent l'utilisation des inhibiteurs d'intégrase en première intention, la RD. Congo a opté pour l'utilisation du DTG (Dolutegravir) dans le schéma principal de première ligne :

« Tenofovir + Lamivudine + Dolutegravir » (TLD)

C'est ainsi que sur terrain depuis juillet 2019, la RD. Congo a remplacé graduellement les anciens Schémas thérapeutiques par le nouveau selon un processus dynamique nommé : « **Transition au TLD en RDC** »

Dans le cadre de la PTME, le DTG peut entraîner les **malformations congénitales** chez les nouveaux nés (atteinte neurologique in utero si pris avant la 8^{ème} semaine de la grossesse). Actuellement les risques de malformations du tube neural sont significativement moindres par rapport à ceux trouvés par les études initiales. Le DTG est initié chez la femme enceinte à partir de 2^{ème} trimestre [53].

Les tableaux ci-dessous décrivent les schémas thérapeutiques actualisés.

Cible	Ligne	Schémas TAR
Les femmes adultes et adolescentes à partir de 30 Kg avec éventualités de concevoir	Première Ligne	TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) + EFV (400 mg)
	Alternative	AZT (300 mg) + 3TC (300 mg) + EFV (400 mg)
	Deuxième Ligne	AZT/TDF+3TC+LPV/r ou AZT/ TDF+3TC+DTG
	Troisième Ligne	ABC (600 mg) + DTG (50 mg) + DRV/r (600/100 mg)

Cible	Ligne	Schémas TAR
Les femmes sans éventualité de concevoir (en âge de procréer sous contraception de longue durée, ménopausées, les femmes ne pouvant pas concevoir et les femmes enceintes après 1 ^{er} trimestre de grossesse)	Première Ligne	TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) + DTG (50 mg)
	Alternative	TDF (300 mg) + 3TC (300 mg) + EFV (400 mg)
	En cas de contre-indication de TDF	AZT (300 mg) + 3TC (300 mg) + EFV (400 mg)
	En cas de contre-indication d'EFV	TDF+3TC+LPV/r

1.4. LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH EN RDC

1.4.1. Bref Historique

En 2001, suite à la création du programme national de lutte contre le SIDA (PNLS), la PTME a été retenue comme une des stratégies nationales de lutte contre le VIH/SIDA [6].

En 2004, la RDC a étendu la politique de PTME à toutes les femmes enceintes. Ces dernières doivent connaître leurs statuts sérologiques au VIH par le dépistage volontaire, et cela grâce à ce programme. Les femmes diagnostiquées positives bénéficient ainsi d'une prise en charge précoce afin d'éviter la contamination de leurs enfants [3].

En 2007, La RDC a aussi opté pour une approche compréhensive de la PTME du VIH fondée sur 4 piliers: primaire, secondaire, tertiaire ainsi que le traitement, soins et soutien.

En 2009, le plan national du passage à l'échelle de la PTME et de la prise en charge du VIH pédiatrique a été validé. Et en 2010, la RDC avait choisi l'option A.

Le PNLS a eu à actualiser en 2013 son protocole de prise en charge dans lequel on optait pour l'option B+ avec le schéma de TDF+3TC+EFV dans le cadre de la PTME avec un dépistage précoce chez les enfants nés de mères séropositives selon les nouvelles directives de l'OMS. Cette option B+ avait débuté au pays par une phase pilote dans la province du Katanga en 2013 et ensuite dans les autres provinces [8].

Un plan d'élimination de la transmission du VIH mère-enfant (ETME) a été élaboré en rapport avec les 4 piliers, et ce plan prévoyait une couverture en ARV de 50% de femmes enceintes pour la PTME en 2015 et au moins 90% en 2017.

Le pays a généralisé l'option B+ et a élaboré le plan ETME pour la période 2016-2020 à toutes les personnes séropositives [8].

1.4.2. Intégration des services de PTME

a. Pendant la grossesse

a. Pendant la grossesse

Les Consultations prénatales constituent un moment favorable à la rencontre des femmes enceintes qui sont dépistées systématiquement. Celles qui se seront révélées positives au VIH vont intégrer la cascade de PTME. Les consultations prénatales vont servir d'un point d'accès essentiel dans cette cascade qui vise la mise en œuvre précoce d'un suivi efficace contre la TME du VIH. Lorsque les femmes sont diagnostiquées à temps, elles peuvent déjà être mises sous ARV selon l'option B+ et bénéficier d'une éducation sur l'allaitement maternel optimal, du soutien à l'observance, de la promotion des rapports sexuels protégés, et du soutien en matière d'alimentation du nourrisson [21,30].

b. Pendant le travail et l'accouchement

La réduction du risque de la TME reste le seul objectif pendant le travail et l'accouchement. Les prestataires doivent encourager les pratiques obstétricales à moindre risque qui limiteront l'exposition du nouveau-né au sang et aux liquides organiques de la mère et instaurer la prophylaxie post expositionnelle du nouveau-né.

Chez une mère séropositive connue, le TARV doit être poursuivi. Le dépistage du VIH par un test sérologique rapide doit être proposé chez toute femme avec un état sérologique inconnu et mettre toute femme séropositive directement sous TARV [31].

La parturiente doit être au courant de la prise en charge durant le travail et l'accouchement. Pour un accouchement à moindre risque, il est préférable d'éviter les techniques invasives d'accouchement. Après expulsion du fœtus le cordon ombilical sera coupé en utilisant une compresse protectrice et le nouveau-né sera essuyé à l'aide d'une serviette imbibée d'une solution de Chlorhexidine [31].

Tout travail prolongé doit être évité et doit faire indiquer une césarienne pour une meilleure prise en charge.

b. Pendant l'allaitement

La période d'allaitement vient juste après celle accouchement, C'est un moment important de la lucidité de tous les acteurs notamment le professionnel de santé, la femme, et son mari dans le cadre du couple. La patiente bénéficie d'une éducation sur les notions d'hygiène, le mode d'allaitement et la prophylaxie du nouveau-né aux ARV.

L'allaitement artificiel ou de substitut est le moyen privilégié pour éviter tout risque de transmission postnatale [31]. En Afrique cependant, pour des raisons socio-économiques, l'abandon de l'allaitement maternel peut entraîner d'autres problèmes de santé et augmenter la mortalité infantile [2].

En RDC, La méthode d'alimentation appliquée est celle choisie par la mère lors des CPN. La mère a le choix entre une alimentation exclusive au lait maternel jusqu'à 6 mois ou une alimentation de substitution. L'allaitement maternel exclusif (AME) est recommandé en premier sauf quand les conditions pour une alimentation de substitution sont acceptables, abordables financièrement, sûres et durables [31].

Pour aider les mères VIH-positives à opter pour le meilleur choix, elles devraient recevoir des conseils incluant l'information sur les risques et les avantages des diverses options d'alimentation infantile sur base des évaluations locales, et des orientations pour la sélection de l'option la plus appropriée pour leurs situations individuelles. Elles devraient également bénéficier de soins et de soutien, y compris la planification familiale et le soutien nutritionnel

[31]. Le suivi du nouveau-né est basé principalement sur le respect du calendrier vaccinal, en suivant avec attention la courbe pondérale et de la croissance une fois par mois jusqu'à l'âge de 18 mois [31].

1.4.3. APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Depuis la Conférence d'Alma Ata en 1978, lorsque les soins de santé primaires sont devenus une stratégie et une politique majeure des États membres de l'OMS, de plus en plus d'études se penchent sur le droit des communautés à participer à leurs propres soins de santé ainsi que sur la valeur de cette participation. Plusieurs études ont conclu que les projets impliquant un engagement communautaire important présentent de meilleures chances de réussite. Cet argument a été étendu dans l'efficacité du programme de la PTME [36,37]. Dans le même ordre d'idée, pour atteindre ses objectifs par rapport à l'élimination du VIH. Le PNLS favorise l'implication de la communauté dans le diagnostic du VIH via l'approche MM. Ce dernier représente, en effet, une forme d'éducation par les pairs. Le PNLS a adopté l'approche mère mentor en 2013 [21].

1.4.3.1. L'APPROCHE MÈRES MENTORS

a. Définition

Les mères mentors ou «Mentor Mother» sont des mères séropositives qui apportent leur soutien et conseils aux femmes séropositives et aux mères de bébés exposés au VIH [16,38].

b. Objectifs

L'approche Mères Mentors poursuit comme objectifs la réduction du nombre de bébés nés avec le VIH, la lutte contre la stigmatisation liée au VIH, l'encouragement et le soutien à la divulgation ainsi que l'amélioration de la santé des femmes enceintes séropositives, celles nouvellement infectées et celle des leurs bébés.

c. Historique

En janvier 2000, le Docteur Mitchell Besser déménage des États unis pour le Cap en Afrique du Sud, où il travaille comme membre du Département d'obstétrique et de gynécologie de l'Université du Cap et comme consultant pour le déploiement clinique des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) à l'hôpital Groote Schuur.

En travaillant chez Groote Schuur, le Docteur Besser s'est rendu compte que même lorsque le traitement médical PTME était disponible, il était souvent moins efficace en raison des obstacles sociaux, émotionnels et psychologiques rencontrés. Il n'avait pas les compétences linguistiques requises ni une compréhension complète de la culture dans laquelle il travaillait. Les femmes enceintes et les nouvelles mères avaient besoin d'explications qu'il n'était tout simplement pas en mesure de donner. Pour aider à franchir ces barrières, en 2002 le Docteur

Besser a fondé l'approche Mères mentors. Il a identifié les mères séropositives d'Afrique du Sud comme une «ressource précieuse et sous-utilisée». Il a recruté de nouvelles mères vivant ouvertement avec le VIH / sida qui, en tant que mères mentors, ont commencé à contacter leurs pairs enceintes et à les sensibiliser sur l'importance des services de PTME, en révélant leur statut à leurs proches et en menant une vie positive. Le programme a commencé avec quelques mères, et 10 ans plus tard le programme est devenu international. Ce dernier a été mis en œuvre sur 589 sites dans sept pays [39].

d. Rôle des mères mentors

Après le recrutement, les MM reçoivent d'abord une formation pour faire partie intégrante du processus de PTME. Leurs rôles débutent dès que les femmes enceintes sont diagnostiquées positives. Elles les accompagnent depuis les CPN jusqu'à un an après la naissance du bébé. Elles leur prodiguent des conseils et partagent avec elles leurs propres expériences. Elles les encouragent aussi à amener leur partenaire afin de créer un sentiment d'appartenance au groupe et veillent à ce que ces femmes accouchent dans des institutions de soins dotées de service de PTME. Les MM aident également à lutter contre la stigmatisation et les encouragent à révéler leur statut sérologique à leurs partenaires ou un membre de famille voir un proche pour faciliter l'adhérence. En ce qui concerne la planification familiale, les FVV reçoivent des orientations des MM.

Quand bien même le dépistage, l'administration de médicaments ainsi que le substitut de lait maternel relèvent de la compétence des infirmiers, médecins et des techniciens, les MM soutiennent également dans ce domaine. Par conséquent, elles ne travaillent pas en parallèle dans les systèmes de soins de santé existants mais contribuent plutôt à la décentralisation en offrant des services dans une logique de partage des tâches pour décharger les personnels soignants débordés [39,40].

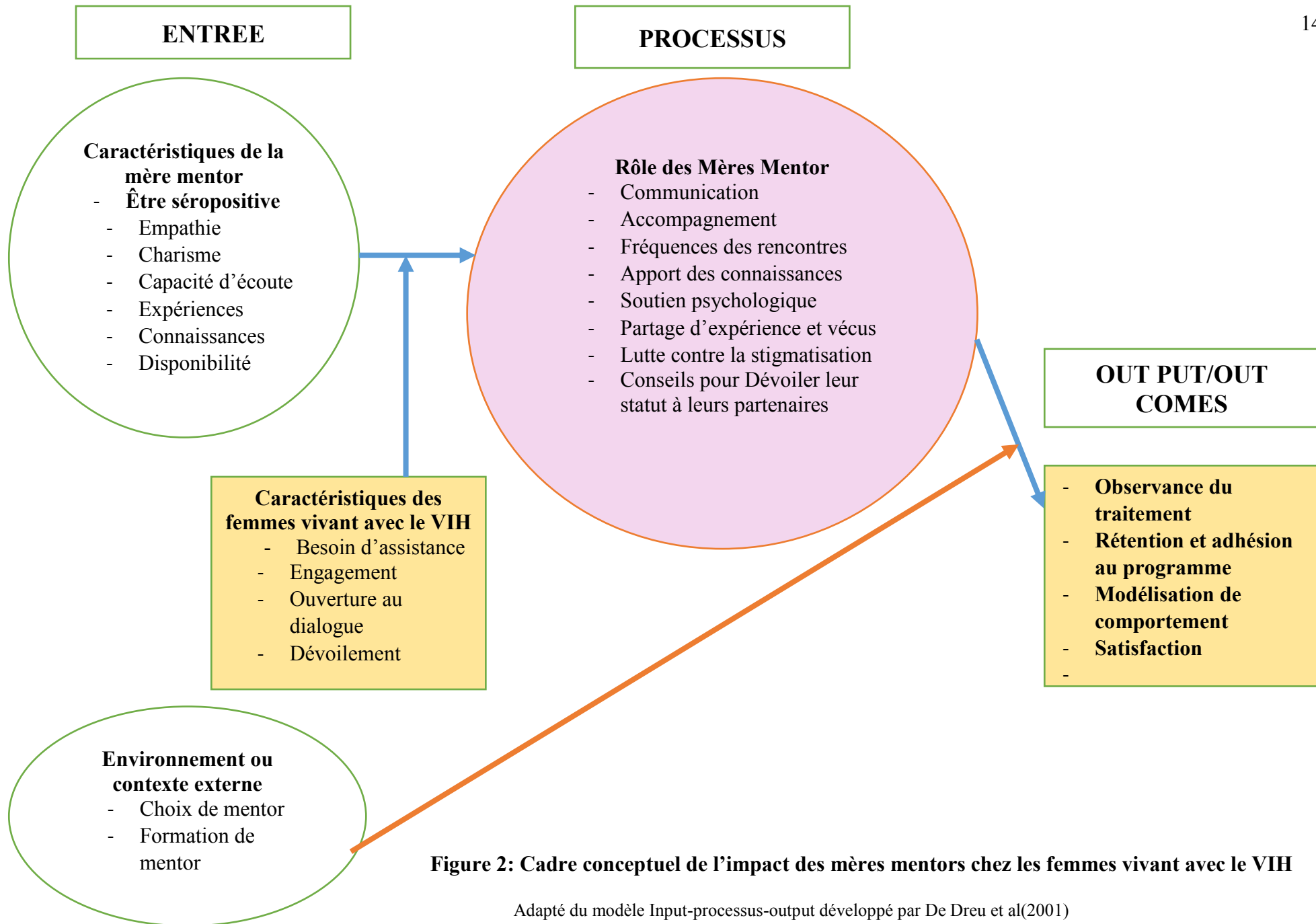


Figure 2: Cadre conceptuel de l'impact des mères mentors chez les femmes vivant avec le VIH

Adapté du modèle Input-processus-output développé par De Dreu et al(2001)

CHAPITRE 2 : MATERIELS ET METHODES

2.1 Présentation du cadre d'étude

Notre étude a été menée au Centre Hospitalier de Kingasani, situé sur l'avenue Kimpioka numéro 3 dans la commune de Kimbaseke. Cette dernière est la plus peuplée et la plus vaste de la ville province de Kinshasa, avec près d'un Million d'habitants [41]. Le centre hospitalier de Kingasani fait partie de la zone de santé urbaine de Kingasani et le premier hôpital à avoir intégré le programme de MM en 2013. Il est délimité :

Au nord par le Boulevard Lumumba ;Au sud par l'avenue Mobutu , le lycée pédagogique de Kingasani , le centre de santé Mosala et la Zone de Santé de Kikimi ;A l'Est : par l'aéroport de N'djili , l'arrêt Kingasani Ya suka ; A l'Ouest par le centre de Santé Molende , la Rivière Mokali et la route Fer bois

. L'approche « Mère-Mentor » a débuté en 2013.

2.1.1. Organisation du Centre Hospitalier de Kingasani

Le centre hospitalier de Kingasani est composé de six départements subdivisés en services dirigés chacun par une Révérende Sœur Responsable, il s'agit des départements de gynéco-obstétrique, de nutrition et l'hospice des vieillards, d'administration, de kinésithérapie, des services technique et de l'hospitalisation.

Le service de la maternité se trouve dans le département de la Gynéco Obstétrique. La maternité est gérée par une infirmière A2, Cinq MM et un expert en Santé Publique.

La PTME est financée par le Programme Intégré de lutte contre le VIH (IHAP), appuyé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement (USAID) [41].

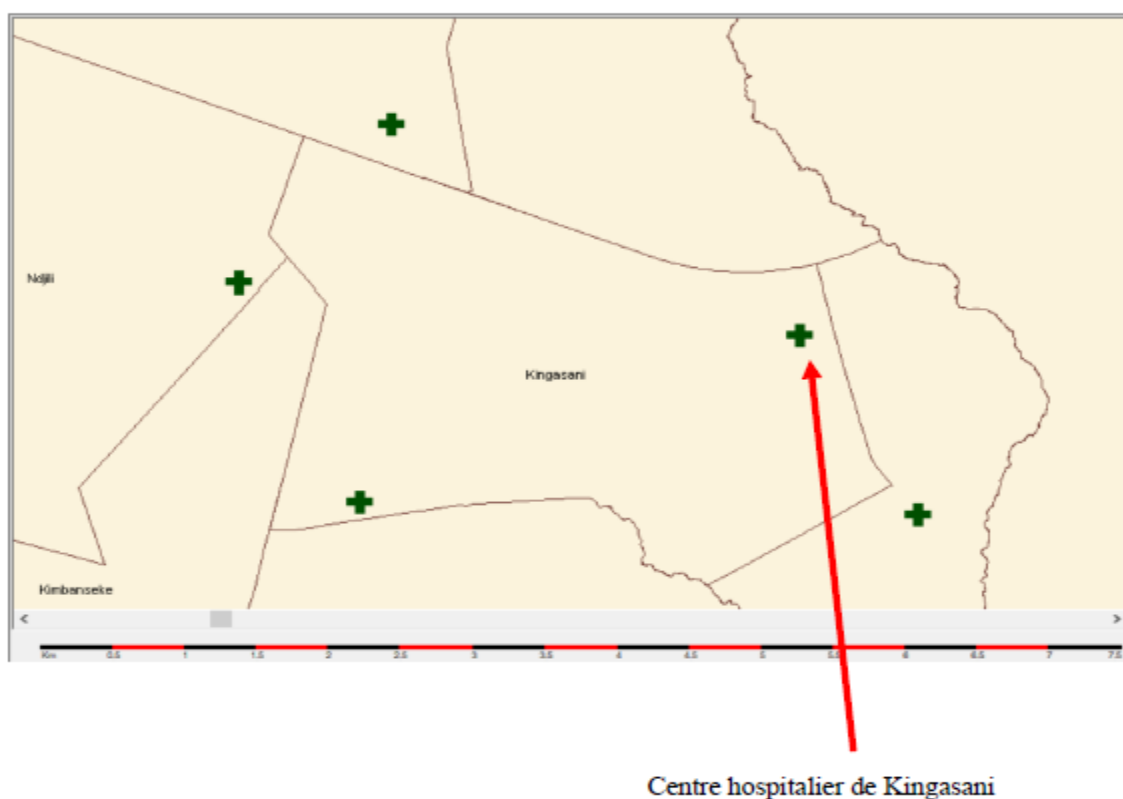


Figure : Zone de Santé urbaine de kingasani

Source : Ononda Sapu Belle, juillet 2020.

2.1.2 Organisation du système de santé au niveau de la Zone de Santé

L'organisation de système de santé au niveau de la Zone de Santé répond aux normes organisationnelles du système national de santé [42].

En matière de santé, la politique du pays est basée sur la stratégie des soins de santé primaires (SSP) avec un système de santé du type pyramidal subdivisé en trois niveaux, à savoir [42].

a. Niveau opérationnel ou périphérique

La Zone de Santé est l'unité opérationnelle qui planifie et met en œuvre la politique nationale de santé. C'est une entité décentralisée autonome avec sa propre organisation de gestion et son propre plan d'action. Le pays est découpé en 515 Zones de Santé (ZS). Généralement, une Zone de Santé comprend : l'Hôpital Général de Référence (HGR), des Centres de Santé de Référence (CSR) qui sont des structures facultatives, et des Centres de Santé (CS). Chaque zone de Santé desservie une Aire de Santé [42].

b. Niveau intermédiaire

Il s'agit des hôpitaux provinciaux et des divisions provinciales. La politique de santé de la province est sous la responsabilité du Ministre provincial de la Santé, le gouvernement provincial travaille en étroite collaboration avec le gouvernement central dans ce domaine, afin d'assurer la diffusion et la mise en œuvre des normes et directives édictées au niveau central.

c. Niveau central

Avec un rôle d'analyses et des prises de décisions, composé du ministère national, du secrétariat général, des directions, des programmes, et des hôpitaux nationaux et universitaires [42].

2.2. METHODE

La présente étude est du type qualitatif, le choix de cette méthode se justifie par le fait que nous explorons un sujet complexe et sensible. L'étude qualitative nous permet de recueillir des données approfondies et surtout pour recueillir des informations relevant de l'expérience et du vécu de nos participants [43]. Afin d'élaborer un compte rendu explicite et complet des entretiens, nous nous sommes basés sur les Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives (COREQ). C'est une liste de contrôle de 32 éléments, qui aident les chercheurs à rapporter des aspects importants de l'équipe de recherche, les méthodes d'étude, le contexte de l'étude, les résultats, l'analyse et les interprétations (voir tableau 2) [44].

La collecte de données a été effectuée durant la période allant du 07/09 au 25/09/2019

Tableau 2a : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

No	Rubrique	Questions / description du guide
Domaine 1: Equipe de recherche et réflexivité		
Caractéristiques personnelles		
1.	Intervieweur /facilitateur	Ononda Sapu Belle
2.	Identifiants	Master en santé Publique
3.	Occupation	Etudiante
4.	Le sexe	Féminin
5.	Expérience et formation	Médecin généraliste, gestionnaire des projets et étudiante en santé publique

Tableau 2b: Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Relation avec les participants		
6.	Relation établie	Pas de relation établie
7.	Connaissance de l'intervieweur par les participants	Aucune
8.	Caractéristiques de l'intervieweur	Aucune
Domaine 2: conception de l'étude		
Cadre théorique		
9.	Orientation méthodologique et théorie	L'orientation méthodologique indiquée pour étayer l'étude est l'analyse thématique des contenus des entretiens Tous les entretiens ont été enregistrés sur audio à l'aide d'un enregistreur numérique en lingala, réécoutés, traduits en français par l'intervieweur et retranscrits intégralement afin d'être analysés. Pour cela, des codes étaient attribués à chaque personne interviewée. 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. Après un découpage des matériaux en unité de sens a été fait suivi d'une explication [43].

Tableau 2c : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Sélection des participants		
10.	Échantillonnage	Selon les critères : nous avons sélectionné les femmes qui répondent aux critères d'inclusion. Nous avons été aidés par l'infirmière responsable pour entrer en contact avec les participantes.
11.	Méthode d'approche	<i>Face à face</i> par des Interview directes (semi structurés) avec le chercheur sur base d'un guide d'entretien préétabli mais modifiable au fur et à mesure que se réalisaient les entretiens.
12.	Taille de l'échantillon	La taille de l'échantillon était déterminée par le principe de saturation. En s'appuyant sur ce critère, 20 entretiens étaient réalisés
13.	Pas de participation	Il n'y a pas eu de refus de participation.
Réglage		
14.	Paramétrage de la collecte des données	Au centre hospitalier de Kingasani
15.	Présence de non-participants	Les non participants n'étaient pas autorisés à assister aux interviews
16.	Description de l'échantillon	20 femmes vivant avec le VIH parmi lesquelles 9 étaient enceintes et 11 avaient des bébés de moins de 18 mois. Plusieurs ont arrêté les études au niveau secondaire et se sont consacrées aux petits commerces. D'autres étaient des ménagères.

Tableau 2d : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

Collecte de données		
17.	Guide d'entretien	Ces entretiens étaient structurés avec l'aide d'un guide d'entretien élaboré en se basant sur les objectifs et la question de recherche ainsi que la revue de la littérature.
18.	Entrevues répétées	non
19.	Enregistrement audio / visuel	Oui. Nous avons effectué (avec l'autorisation des participants), des enregistrements audio pour collecter les données
20.	Notes de terrain	Non
21.	Durée	La durée moyenne était de 28 minutes
22.	Saturation des données	La saturation a été observée par le chercheur lorsqu'il a remarqué qu'il y'avait des redites de la part des participantes
23.	Transcriptions retournées	Non
Domaine 3: analyse et résultats		
L'analyse des données		
24.	Nombre de codeurs de données	Les données ont été codées par une seule personne (le chercheur)
25.	Description de l'arbre de codage	L'auteur n'a pas fourni une description de l'arbre de codage

Tableau 2e : Critères consolidés pour les comptes rendus des recherches qualitatives

26.	Dérivation des thèmes	Certains thèmes ont été identifiés à l'avance et d'autres ont émergé au fur et mesure que les interviews étaient réalisées
27.	Logiciel	Excel
28.	Vérification des participants	Aucune
Rapports		
29.	Citations présentées	Des citations des participants ont été présentées sous forme de verbatim pour appuyer les thématiques identifiées
30.	Données et résultats cohérents	Oui
31.	Clarté des thèmes principaux	Les principaux thèmes ont été clairement présentés dans les résultats
32.	Clarté des thèmes mineurs	Il n'y a pas eu discussion de thèmes mineurs

2.3. Critères d'inclusion

Nous avons inclus des femmes séropositives enregistrées et suivies dans l'établissement. Parmi elles nous avons choisi des femmes enceintes ou ayant un enfant âgé de 0 à 18 mois et suivies par une MM.

2.4. Critères d'exclusion

Notre étude n'a pas inclus les prestataires de soins de santé, les partenaires et les enfants de femmes séropositives.

2.5. Considération d'ordre éthique

Ce n'est qu'après que le comité national d'éthique de la santé de la République Démocratique du Congo ait examiné et approuvé le protocole de recherche que nous avons été autorisés à mener la recherche. Cette dernière s'est déroulée durant la période allant du 07/09 au 25/09/2019 dans la zone de santé de Kingasani, située dans la commune de Kimbanseke, à Kinshasa en République Démocratique du Congo.

CHAPITRE 3 : RESULTATS

Dans ce chapitre, nous présenterons les résultats des entretiens effectués auprès des femmes vivant avec le VIH et suivies par les MM, en suivant l'ordre de questions de notre guide d'entretien avec des adaptations en fonction des différentes questions ayant émergé lors des entretiens.

3.1. Caractéristiques des femmes de l'étude (tableau 3 a)

N° ou code	Age	Niveau D'étude	Profession (Activité)	Etat matrimonial	Nombre d'enfants	Enfants testés Séropositifs
P1	37	Diplôme d'état	Commerçante	Mariée	4*	0
P2	37	Diplôme d'état	Ménagère	Divorcée (Suite au VIH)	3	0
P3	32	Diplôme d'état	Ménagère	Mariée	0*	0
P4	32	Diplôme d'état	Commerçante	Mariée	3*	0
P5	38	Diplôme d'état	Commerçante	Mariée	2	0
P6	36	Secondaire	Commerçante	Mariée	4*	0
P7	35	Secondaire	Ménagère	Mariée	5	0
P8	32	Diplôme d'état	Commerçante	Mariée	3	0
P9	49	Diplôme d'état	Ménagère	Mariée	5	1
P10	30	Secondaire	Commerçante	Mariée	3	0
P11	31	Secondaire	Commerçante	Mariée	1*	0
P12	35	Graduée	Secrétaire de coordination de l'enseignement	Célibataire	1	0

Caractéristiques des femmes de l'étude (tableau 3 b)

P13	29	Secondaire	Chômeuse	Célibataire	1	0
P14	37	Diplôme d'état	Commerçante	Divorcée	4	0
P15	35	Secondaire	Ménagère	Mariée	4	0
P16	35	Secondaire	Commerçante	Divorcée	3*	0
P17	30	Secondaire	Ménagère	Mariée	3*	0
P18	36	Diplôme d'état	Commerçante	Mariée	5	0
P19	33	Secondaire	Commerçante	Célibataire	4*	0
P20	32	Diplôme d'état	Ménagère	Mariée	2*	0

Nous avons interviewé au total 20 femmes séropositives toutes de nationalité congolaise et mères d'au moins un enfant ou porteuse d'une grossesse (*). La plupart de ces femmes avaient réalisé des études secondaires jusqu'à un certain niveau (secondaire) ou jusqu'à la fin (diplôme d'état équivalent au baccalauréat). Une seule femme est allée à l'université (niveau graduat équivalent du bachelier). Comme nous pouvons l'observer dans le tableau 3, ils s'agissaient des femmes au foyer ou de celles exerçant un petit commerce pour pouvoir gagner leurs vies. L'âge moyen était de 34,5 ans.

3.2. CONNAISSANCES

3.2.1. Définition

Il était primordial pour nous de savoir si les participantes avaient une bonne connaissance de ce que c'est qu'une mère mentor. Pour certaines, il s'agissait d'un terme familier qu'elles comprenaient directement :

« Mères mentors, ces sont les femmes qui nous encadrent lorsqu'on t'apprend que tu es atteinte de VIH. Elles nous prodiguent des conseils, elles font de suivies à domicile surtout lorsque tu es en retard d'un rendez-vous » P1

« Ces sont les femmes qui nous accompagnent dans la structure, elles sont aussi atteintes du VIH » P8

Pour d'autres par contre, le terme « mère mentor » était étrange. Il fallait que l'intervieweur essaie de donner un petit éclaircissement pour qu'enfin elles comprennent de qui il s'agissait. Il n'était pas rare qu'une d'elle s'exclame en citant le nom de la mère mentor qui s'occupe personnellement d'elle :

« Vous parlez des mamans X et Y. Les mamans qui nous encadrent ? » P3

En général, les femmes connaissaient ce que c'est qu'une mère mentor mais pas forcément sous cette appellation.

3.2.2. Rôle

A la question de savoir quel était le rôle de ces mères mentors dans leurs vies, ces femmes nous ont relevé plusieurs rôles entre autres ceux de (d') : faire le suivi de traitement, prodiguer des conseils, encadrer, accompagner au quotidien...

« Elles nous conseillent et nous expliquent comment prendre les médicaments » P6

3.2.3. Activités

Nos interviewées ont cité quelques activités organisées en leurs faveurs :

- Des réunions collectives (partage d'expérience, loisir)
- Des suivis à domicile,
- Des rendez-vous personnels,
- Rencontre avec les paires des autres structures,
- Des suivis par conversation téléphonique...

Ces activités variaient beaucoup selon le besoin, la nature, l'état psychologique des femmes et peuvent aller plus loin comme nous a confié une de participantes :

« ... j'étais tellement abattu, je ne voulais pas accepter le résultat ...une de MM a demandé à mon ex-mari que je parte habitais chez elle et mon Mari avait accepté. Quand j'étais chez elle, elle me motivait... » P2

3.3. RESSENTI ET EXPERIENCE DES PARTICIPANTES

Il s'agissait ici de comprendre comment nos participantes vivaient l'expérience de la maladie avec l'aide des MM. Les FVV nous ont fait savoir que depuis qu'elles étaient entrées en contact avec les MM, elles se sentaient soulagées, consolées, soutenues, aidées... Pour mieux exprimer leurs ressentis, chaque femme donnait une qualification qui pour elle reflétait l'apport des MM dans sa vie. Ainsi, ces dernières ont porté plusieurs casquettes :

3.3.1. Salvatrices

Ces femmes, lorsqu'elles ont pris connaissance de leur diagnostic, avaient perdu le goût de la vie. Elles ne pouvaient penser à rien de positif au point où elles avaient développé une humeur dépressive et commençaient même à avoir des idées de suicide. Ce sont les MM qui les ont aidées à abandonner ces idées suicidaires et ont favorisé un changement de mentalité et de comportement dans leurs vies.

« Ces femmes (MM) sont comme des déesses pour moi. Je leur doit tout, de ma propre vie à celle de mon couple et de mes enfants. Après l'annonce du diagnostic, je n'avais jamais imaginé être en vie et avoir des enfants. Aujourd'hui, grâce à elle, je suis en vie et j'ai des enfants en bonne santé ...Je ne sais même pas ce que je dois dire d'elles... Elles sont vraiment exceptionnelles... » P7

3.3.2. Modèles et sources de motivation

Le fait de voir une autre femme séropositive menant une vie normale et épanouie était exceptionnel. C'est en regardant toutes ces femmes que les participantes pouvaient se dire qu'elles peuvent aussi avoir une vie normale.

« Pour moi elles sont comme un modèle. Quand je les vois et je vois d'autres femmes dans nos réunions en bonne santé, ça me redonne de l'espoir » P6

« ...lorsque j'ai commencé à assister aux réunions, j'ai vu d'autres femmes plus jolies que moi en forme, entrain de témoigner et les mères mentors elles-mêmes témoignaient aussi, à partir de là j'ai eu le courage de me battre pour vivre et je m'étais décidé de rester dans la structure » P1

3.3.3. Conseillères

Les MM sont des conseillères infatigables. C'est grâce à leurs conseils que les femmes ont eu une meilleure compréhension de la maladie et qu'elles ont pu comprendre l'importance du traitement antirétroviral.

« En tout cas, elles ne se fatiguent pas de nous conseiller, elles cherchent toujours à nous remonter le moral en partageant leurs expériences de vie. Elles ne lâchent pas jusqu'à ce qu'elles vont se rassurer que nous nous sentons mieux » P12

Dans le domaine de procréation, les FVV n'imaginaient pas être capable d'avoir des enfants non atteints par le VIH. Ce sont encore les MM qui les ont éclairées à ce sujet, en leur informant que c'était possible d'avoir les enfants sains. Elles leur ont aussi appris la façon dont elles devraient s'occuper de leurs enfants pour éviter les risques de transmission.

« Au faite au début j'avais l'impression que tout était fini, je n'allais pas avoir des enfants ; j'avais même des idées de suicide. Elles m'ont aidée par leurs conseils. Aujourd'hui j'ai des enfants sans VIH. Je suis vraiment contente » P16

Les MM s'assuraient qu'elles suivaient normalement leurs consultations prénatales jusqu'au moment de l'accouchement et elles leur prodiguaient des conseils sur le mode de vie qu'elles devaient adopter pour ne pas transmettre le virus à leurs enfants. Les MM s'occupaient aussi du suivi des enfants jusqu'à 18 mois pour exclure l'éventualité d'une contamination. Grâce à leurs conseils, toutes les femmes ont eu des enfants non contaminés par le virus. La seule femme qui a un enfant diagnostiqué positif au test de VIH a attesté que l'enfant est né avant que sa maladie ne soit découverte et que lors de cette grossesse elle n'avait pas été suivie comme FVV et ne connaissait pas son statut sérologique.

« Je félicite vraiment les mères mentors. Sans leurs conseils, tu n'allais pas me trouver en si bonne santé et je n'aurais pas accouché 3 fois avec ma maladie sans complication et en plus sans qu'aucun d'entre eux n'ait été contaminé... » P6.

3.3.4. Aide au-delà de la maladie

La relation avec les MM dépassait parfois les limites du VIH de telle sorte que face à certaines difficultés de la vie quotidienne, les participantes n'hésitaient pas à partager avec leurs mentors qui pouvaient leur proposer des pistes de solution.

« Ces mamans nous aident vraiment quel que soit le problème. Un jour j'avais un problème financier, elles n'avaient pas de possibilité pour m'aider mais elles m'ont mis en contact avec une autre personne et j'avais trouvé la solution » P7

3.3.5. Famille

Des femmes nous ont révélé que la relation avec les MM pouvait dépasser les frontières du mentoring et se rapprocher davantage aux relations familiales. Pour chasser l'angoisse qui les engloutit parfois, elles avaient trouvé en l'hôpital un lieu de réconfort et de loisir.

« A chaque fois que j'ai un problème, j'appelle toujours l'une d'elles et je retrouve l'apaisement. Elles sont devenues comme mes mamans, mes sœurs » P8

« Par les conseils, de fois quand j'ai de problème, je préfère venir à l'hôpital pour parler avec les MM .L'hôpital est devenu pour moi un lieu de réconfort ».P11

3.4. CONFIDENTIALITE

Ce thème revenait souvent dans les propos des participantes. Elles insistaient sur le fait qu'elles étaient marquées par le niveau de confidentialité des MM. Pour elles, sans cette qualité, elles se seraient retirées du groupe car elles n'auraient en aucun cas apprécié que leurs secrets soient divulgués. Heureusement que les MM sont des personnes de confiance à qui on peut parler de tout sans avoir la crainte que ses secrets soient divulgués sans autorisation.

*« Elles savent garder un secret, mon mari ne sait pas j'ai le VIH. Ce dernier temps je n'ai pas de téléphone, elles passent par le téléphone de mon mari pour me joindre et quand elles appellent, elles me parlent en utilisant un langage codé ».*P3

« En tout cas depuis que je suis dans cette structure je n'ai jamais entendu que les MM ont divulgué le secret d'une de nous ou qu'elles ont par exemple parlé de problèmes d'une femme à une autre, elles ne le font pas ». P4

Une participante qui venait d'être dépistée nous a même confié qu'on lui avait parlé des MM mais qu'elle évitait de parler de ses problèmes car elle n'était pas très sûre qu'elle ne les entendrait pas ailleurs ; cette dernière avait donc besoin d'être rassurée car étant nouvellement dépistée.

« Moi je n'aime pas parler de ma vie aux gens, je préfère prier car on ne sait jamais » P9

3.5. Impact des MM sur l'adhésion et le respect thérapeutique

La régularité et le respect du traitement antirétroviral sont capitaux pour la stabilisation de la santé des séropositifs. Nous avons recherché le rôle que les MM pouvaient jouer chez les participantes dans ce domaine.

Premièrement, nos interviewés nous ont avoué qu'au départ, elles auraient préféré mettre fin à leurs vies plutôt que de se fier à ce traitement interminable qui pour eux n'était pas susceptible de changer leurs situations. C'est grâce aux conseils et témoignages des MM qu'elles ont pu comprendre que c'était un traitement efficace qui pouvait leur permettre de conserver une vie normale et d'avoir des enfants non atteints de VIH.

« ...au début j'avais des idées de suicide

*et elles m'ont dit de ne pas avoir peur, que je pouvais vivre normalement à condition que je respecte les consignes et le traitement et que je pouvais accoucher sans problèmes. Lorsque j'ai vu que j'ai accouché sans difficulté et que mon enfant n'était pas atteint du VIH : ça m'avait encore rassurée ».*P17

Deuxièmement, plusieurs femmes ont, à un moment donné, voulu abandonner leurs traitements. Elles ont parfois manqué à leurs rendez-vous. Une fois de plus, les MM se sont montrées

dévouées en passant des appels téléphoniques ou par des descentes à leurs domiciles afin de les conseiller à reprendre avec le traitement.

« Une fois j'avais fait passer plusieurs jours sans aller à mes rendez-vous à l'hôpital. Dès qu'elles l'ont constaté, elles m'ont appelé au téléphone, quand je suis venue à l'hôpital, elles étaient très déçues et ont commencé à m'expliquer l'importance des médicaments pour moi-même et pour le bébé que je portais dans mon ventre ». P15

Troisièmement, les conseils des MM ont beaucoup contribué au maintien de la régularité du traitement. En effet, les participantes avaient jadis tendance à attendre que leur stock des médicaments finisse pour qu'elles aillent encore se ravitailler. Cette stratégie favorisait parfois des ruptures de traitement. C'est par les MM que les femmes suivies ont appris à aller se ravitailler lorsque le stock diminue plutôt que d'attendre que tout finisse.

« ...La première mère mentor qui m'avait consulté m'avait dit de ne jamais attendre que tous les médicaments soient finis ; je dois toujours venir à l'hôpital lorsqu'il me reste 5 comprimés. Elle m'avait encore dit je ne pouvais pas arrêter avec les médicaments et je ne peux pas faire passer un jour sans prendre le médicament » P14

3.6. Avis des participants sur l'approche MM

En ce qui concerne l'avis des participantes sur le suivi par les MM, elles nous ont démontré que les mères mentors leur étaient d'une grande aide. Quelques-unes d'entre elles nous ont même dit qu'elles n'auraient pas accepté cette maladie sans l'aide des MM. Pour les participantes, partager avec une MM était préférable à se confier auprès d'un médecin qui, selon elles n'avaient pas assez de temps pour les écouter. Elles ont loué le travail que font ces braves femmes (MM) tout en témoignant leur gratitude et ont encouragé vivement que ces femmes continuent à assurer le suivi des femmes séropositives.

« Elles travaillent très bien ; elles partagent facilement leurs expériences. Avec le médecin nous n'avons pas assez de temps parler alors qu'avec les MM si. Je me sens vraiment à l'aise de partager mes problèmes même de la maison avec qu'elles, parce que je sais que nous sommes pareilles et donc elles vont plus se soucier de moi contrairement à un médecin ». P7

« Pour moi c'est un service de qualité, c'est une lourde responsabilité et je suis reconnaissante pour leurs services » P6

Pour finir, les participantes ont énoncé les vœux de voir chaque structure hospitalière dotée d'un service d'accompagnement des FVV par les MM

3.7. Barrières

Lors des entretiens, nous avons relevé 2 types des barrières :

3.7.1. Barrières se rapportant aux MM

Selon les participantes, les MM ont des problèmes financiers énormes car elles ne sont pas bien rémunérées. Plusieurs fois, elles n'ont pas pu accomplir leurs tâches car n'ayant pas d'argent pour payer le transport ou pour joindre les participantes au téléphone.

« Comme maman X, souvent elle n'arrive pas à faire de descente à domicile par manque de moyen. Cette femme travaille durement, elle arrive même à maitriser les couples discordants. Une fois j'ai vu un homme qui était très fâché à cause du résultat de sa femme parce que lui n'avait pas la maladie mais maman X l'avait vraiment maitrisé. De fois je regrette lorsqu'elle manque même les crédits pour nous appeler » P2

3.7.2. Barrières se rapportant aux participantes

Les rencontres collectives posent encore des problèmes à certaines participantes car elles redoutent d'y croiser des personnes qu'elles connaissent et qui sont susceptibles d'aller divulguer leurs secrets.

« Parfois j'ai peur de rencontrer une personne que je connais dans la réunion car elle peut aller divulguer que je suis atteinte du VIH à d'autres personnes et souvent je suis un peu mal à l'aise » P11

3.8. Suggestions des participants

Les participantes ont suggéré que :

- La situation financière des MM soit améliorée

« Je pense plus au financement, parce que souvent elles me disent, qu'elles manquent même l'argent pour recharger les unités. Une fois, une d'elle m'a dit qu'elle a marché de chez elle jusqu'à l'hôpital par manque d'argent de transport. Je trouve ça injuste par rapport au poids de leur travail... Il faut penser à revoir le salaire de MM, renforcer le financement. Ces mamans ont des enfants, elles ont une famille mais elles se sont décidées de nous aider, c'est ne pas facile d'être là en train de parler eux gens pour les réconforter (hein). Mon souci est qu'on revoie un peu leurs salaire si possible » P1

- Les autorités continuent à fournir les médicaments et qu'elles dotent chaque structure hospitalière d'un service d'accompagnement par les MM

« Les autorités doivent fournir un effort de placer les MM dans chaque structure de la santé ... renforcer régulièrement le stock des médicaments » P19

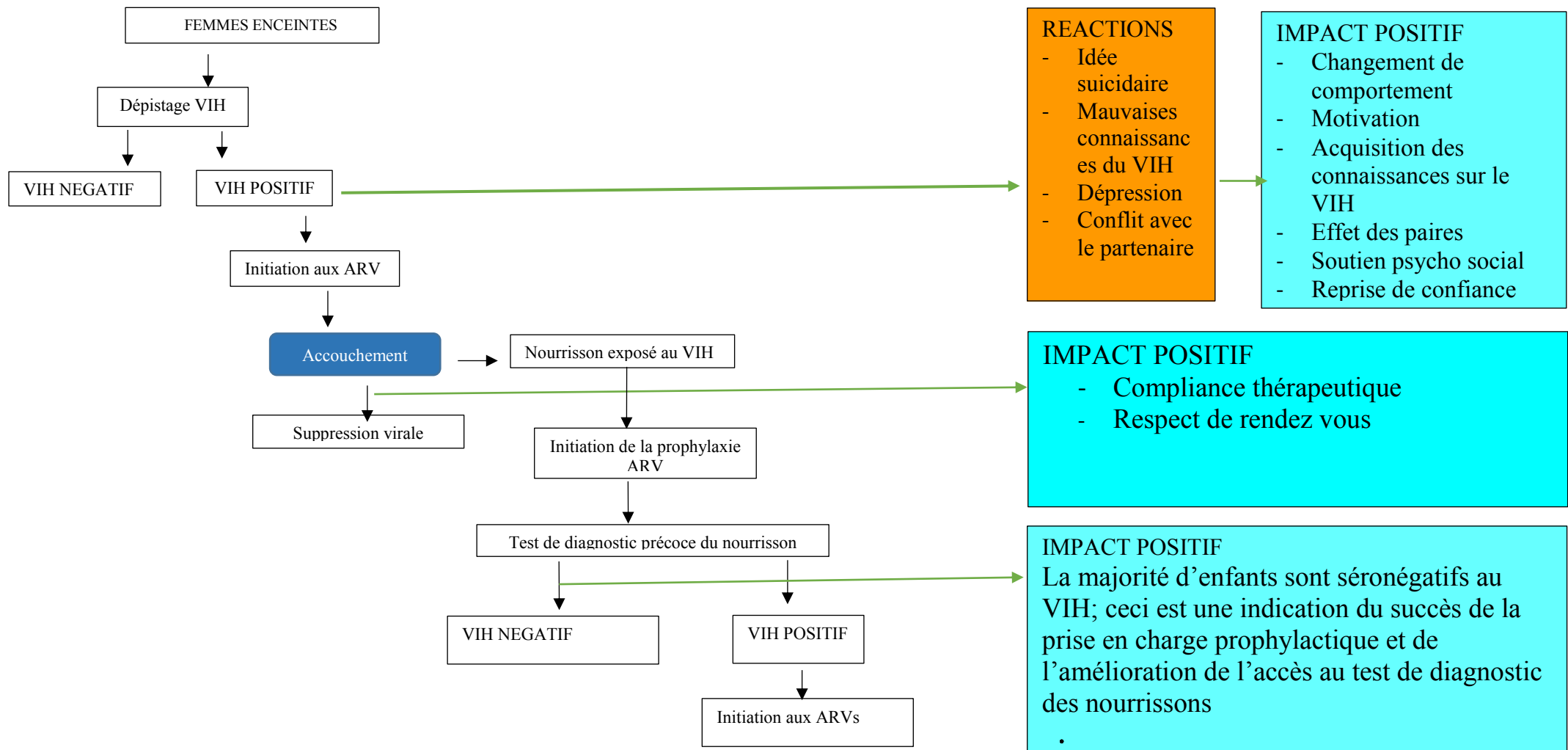


Figure 3 : Contribution de l'approche mère mentor à la cascade PTME de Hamilton et al(2017) aux regards de nos résultats qualitatifs

CHAPITRE 4 : DISCUSSIONS

En République Démocratique du Congo, plusieurs études sont faites en rapport avec le VIH. Ces études abordent différents thèmes entre autres celui de la PTME dans ces différents aspects. Il peut s'agir de l'allaitement maternel chez les FVV, de la prise des ARV pendant la grossesse et l'allaitement, de l'alimentation des mères atteintes ... mais des études abordant l'approche par les mères mentors sont rares quasi inexistantes. Notre étude est donc l'une des premières si pas la toute première qui étudie l'impact des MM chez les FVV.

Après avoir réalisé des entretiens avec les FVV, nous avons analysé les données récoltées, ce qui nous a permis de comprendre la place importante que nos participantes accordent aux MM. Dans ce chapitre, nous allons confronter les résultats de notre analyse à ceux d'autres études réalisées dans d'autres pays pour dégager les similitudes, les divergences ainsi que les particularités de notre étude.

4.1. Caractéristiques des femmes de l'étude

L'un des aspects ayant retenu notre attention était le fait parmi les femmes ayant participé à l'étude, aucune n'a eu un enfant séropositif pendant qu'elle avait adhéré à la PTME et qu'elle était suivie par les MM. Nous nous sommes rendu compte du réel impact qu'ont les MM dans la promotion de la PTME. Cet impact a été prouvé déjà auparavant par des études quantitatives approfondies comme celle effectuée en Ethiopie par The Ethiopian Network for HIV/AIDS Treatment Care and Support Program (ENHAT/CS) [45]. Leurs résultats ont révélé que la prévalence du VIH chez les enfants issus des mères séropositives suivies par les MM était nettement plus basse par rapport aux enfants des mères séropositives non suivies par les MM (OR 0,43).

4.2. Connaissances (définition, rôle et activité)

En ce qui concerne l'évaluation des connaissances des participantes sur les MM, nous avons remarqué que hormis le fait que certaines femmes ne connaissaient pas le terme « mères mentors », elles en connaissaient toutes le concept (après un bref éclaircissement), les rôles et les activités organisées. Notre étude ne permet cependant pas de mettre en évidence le degré de vulgarisation de l'approche MM auprès des FVV car notre population d'étude est circonscrite aux femmes qui faisaient déjà partie du programme et qui étaient censées savoir ce qui s'y rapportait. Si dans le futur on aimerait évaluer le degré de vulgarisation de l'approche MM, il serait important de réaliser une étude auprès de l'ensemble des FVV.

4.3 Ressenti et expérience des participantes avec les MM

4.3.1 Salvatrice

Pour nos participantes, les MM leur ont sauvé la vie. La période après l'annonce du diagnostic était très difficile. Toutes sortes d'idées négatives leur ont traversé l'esprit au point où elles ont développé une humeur dépressive et ont même pensé mettre fin à leurs vies. Par bonheur, elles ont été en contact avec les MM qui, par des conseils et un suivi rapproché, les ont tirées de la dépression et leur ont empêchées de se suicider. De ce fait, nous remarquons que l'approche par les MM a apporté le soutien psychologique dont avaient besoin nos participantes pour pouvoir se relever. Ces résultats concordent avec ceux de l'étude pilote de Futterman D, et al (2010), ayant analysé le comportement cognitif des FVV bénéficiant de l'approche mère mentor dans le service de PTME comparativement à celle qui n'en bénéficiait pas en Afrique du Sud. Cette dernière a révélé une amélioration significativement plus grande dans l'établissement du soutien social et la réduction des scores de dépression chez les femmes ayant bénéficié de l'aide des mères mentors par rapport à celles n'ayant pas bénéficié de cette aide [46].

Ce que nous avons compris, c'est que le suivi psychologique nécessite un certain temps de suivi. Il ne suffit pas d'un seul entretien pour que toutes les idées soient abandonnées. Ainsi, nos participantes ont loué la patience et la persévérance dont ont fait preuve les MM pour les aider. Dans le même ordre d'idée, l'étude de Rotheram-Boris MJ (2014) a évalué l'évolution de l'humeur dépressive des FVV pendant 12 mois. Les résultats de cette étude montraient une diminution plus importante de l'humeur dépressive entre le départ et 12 mois après chez les mères ayant bénéficié du programme MM (OR 1,08 ; $p=0,002$) par rapport à celles qui ont reçu une prise en charge de routine. [47]

Les résultats de ces différentes études nous permettent de rejoindre ceux de l'étude de Population Council (2007) qui concluait que l'approche MM joue un rôle positif dans la complémentarité des services de PTME en fournissant un soutien psychosocial.

4.3.2. Modèles et sources de motivation

Les participantes ont identifié les MM comme leurs modèles et leurs motivatrices. Elles ont expliqué que c'est en observant la vie de ces femmes (MM) qui sont aussi atteintes du VIH et qui vivent normalement qu'elles ont retrouvé l'espoir de pouvoir mener une vie normale. Ces résultats viennent confirmer ceux de l'étude de Wanga I (2019) [18] qui attestaient que les FVV identifiaient le MM comme étant à la fois des modèles et de confidentes.

Nous avons ici une illustration parfaite de l'effet de pair avec externalité positive ou *shinning light model* qui se base sur l'idée que les meilleurs éléments d'un groupe (MM dans notre cas) ont effet positif sur l'ensemble du groupe [48]

Nous pouvons attribuer cette influence positive au fait que les participantes s'identifient mieux aux MM car elles estiment que ces dernières les comprennent mieux parce qu'elles ont vécu les mêmes circonstances.

4.3.3. Conseillères, aidant, famille

Les mères mentors assumaient parfaitement leur rôle de coach. Selon les déclarations des femmes que nous avons interviewées, l'apport des MM ne se limitait pas qu'au domaine de la maladie. Elle allait au-delà et pouvait toucher plusieurs autres domaines. Nos participantes ont développé vis-à-vis des MM une vraie relation familiale dans laquelle elles pouvaient se confier librement au sujet des difficultés de la vie et compter sur leur soutien tant moral que matériel. Quelques-unes des femmes ont reconnu le fait que les MM les ont reçues chez elles pendant des moments difficiles.

Les MM ont fait preuve d'une attention particulière et désintéressée dans leurs soutiens aux participantes. Cela suscite en nous une question importante : y'a-t-il un intérêt non matériel derrière tout ça ? Se sentent-elles d'une certaine façon soulagée ou réconfortée en apportant leurs aides à leurs pairs ? La meilleure façon d'avoir la réponse à cette question est d'effectuer une étude auprès des MM pour comprendre leur ressenti par rapport à leur fonction de Mentor.

4.4. Impact des mères mentors sur l'adhésion et le respect thérapeutique

Les femmes que nous avons interviewées ont reconnu l'impact positif qu'avaient les MM dans le domaine de l'adhésion et de la compliance thérapeutique. N'eut été les conseils et le suivi régulier des MM, certaines FVV n'auraient pas adhéré au programme de PTME et parmi celles qui auraient adhéré plusieurs auraient abandonné très rapidement.

En effet, après le diagnostic, les femmes se sont senties dépayssées. Il fallait qu'elles aient des bonnes informations sur cette maladie réputée dévastatrice et sans traitement. C'est grâce aux MM qu'elles ont pu nuancer le fait que même s'il n'existait aucun traitement curatif contre la maladie, il y'avait des médicaments qui pouvaient aider à conserver un mode de vie quasi normal. Cela a permis à plusieurs femmes d'adhérer au programme de la PTME tout comme dans l'étude effectuée par l'ENHAT/CS (2014). Dans cette étude, les auteurs avaient réalisé une comparaison de l'utilisation de la PTME parmi les femmes enceintes et jeunes mères séropositives bénéficiaires et non bénéficiaires de l'approche MM dans les centres de santé des régions d'Amhara et de Tigray en Éthiopie. Alors que les femmes des deux groupes étaient

similaires en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial, le niveau d'éducation et la profession, l'utilisation de PTME était plus élevée chez les femmes ayant bénéficié de l'approche MM [45]. Par ailleurs, les participantes nous ont révélé que même après l'adhésion, il y avait eu des moments de faiblesse où elles ont failli abandonner. C'est encore grâce au suivi indéfectible des MM qu'elles se sont relevées et qu'elles ont développé une bonne régularité dans leurs rendez-vous. Nous constatons que ces résultats s'accordent avec ceux des études de Shroufi A (2013) et de Sam-Agudu NA (2017) dans lesquelles il est clairement énoncé que l'approche par les MM favorisait la rétention des femmes et contribuait à provoquer un changement de comportement positif auprès des bénéficiaires des services de soutien par les MM [22,24]. Baek C et Al (2007) ont aussi réalisé une étude similaire en Afrique du Sud. Cette étude évaluait la contribution que le soutien par les pairs pouvait apporter dans l'amélioration du bien-être psychosocial des femmes séropositives, dans l'utilisation des services de la PTME, dans la connaissance et le changement de comportement des femmes séropositives. Les résultats ont montré qu'un programme de soutien par les pairs est efficace pour aider les femmes séropositives à adhérer aux recommandations de la PTME [40].

4.5 Avis de participantes sur l'approche MM

L'approche MM est très appréciée par les participantes. À l'unanimité elles ont reconnu l'aide des MM sans laquelle elles n'auraient pas pu gérer le stress lié à l'annonce de la maladie ni développer des mécanismes de coping adéquats pour mieux vivre. Pour elles, il fallait même doter chaque hôpital d'un service de soutien des FVV par les MM.

Les résultats d'études similaires vont dans le même sens. C'est le cas de l'étude de Yetunde A et al (2019) dans laquelle les FVV interrogées pensaient qu'un programme de mentoring par les paires serait acceptable pour améliorer l'observance du TAR et le maintien dans les soins du VIH pendant la période du postpartum [50]

4.6 Confidentialité de MM

Au travers de nos entretiens, nous avons compris que les FVV accordaient une place très importante à la confidentialité. Pour elles, le fait de s'attacher aux mères mentors était aussi lié à leurs réputations, celles d'être des femmes très discrètes et dignes de confiance. Aucune des participantes n'a évoqué le fait d'entendre ses secrets divulgués à un tiers par une MM, bien au contraire elles ont loué leur côté discret. La discrétion serait donc un des facteurs ayant attiré et gardé les FVV attachées à leurs MM. Nos résultats sont en contradiction avec ceux de Wanga I (2019) dans lesquels de nombreux répondants ont exprimé des inquiétudes concernant les

violations de la confidentialité et la divulgation par inadvertance. La peur de l'indiscrétion serait ici considérée comme un facteur qui empêchait aux FVV d'adhérer ou de rester attachée aux MM [18].

Même si nos deux études (notre étude et celle de Wanga et al) ont trouvé des résultats contradictoires sur ce point, elles se rejoignent dans le fait que le facteur « Confidentialité » est un déterminant pour retenir les femmes dans le programme d'aide par les MM. C'est ainsi que Elwell K recommande l'amélioration de l'accès au service de PTME par un accroissement de confidentialité et la réduction de la stigmatisation par les prestataires [51].

4.7 Barrières

4.7.1 Barrières se rapportant aux MM

En parlant des MM, les participantes avaient exprimé leur regret en ce qui concerne la vie que ces dernières menaient. Elles avaient évoqué le fait que les difficultés financières des MM constituaient un frein à la réalisation des certaines activités. Plusieurs entretiens téléphoniques et rendez-vous n'ont pas eu lieu juste pour la simple raison que les MM mentors n'avaient pas assez d'argent pour une recharge téléphonique ou pour payer leurs transports. Le problème de financement ressort ici comme étant l'obstacle majeur au bon déroulement des programmes établis. A ce sujet, nous rejoignons l'étude de Carbone NB (2019) qui affirmait que la pauvreté, la stigmatisation, l'insécurité alimentaire, le manque de transports et l'absence de soutien psychosocial constituaient des obstacles transversaux à l'engagement de PTME [52].

4.7.2 Barrières se reportant aux participantes

Comme nous l'avons déjà mentionné plus haut, les participantes de notre étude disaient avoir confiance aux MM. Néanmoins, certaines ont clairement exprimé leurs préférences aux entretiens personnels plutôt qu'aux réunions de groupe par crainte de l'éventuelle indiscrétion d'un autre membre du groupe qui pourraient divulguer des informations confidentielles. Nous pouvons ici ressortir le fait que les réunions de groupe peuvent constituer un frein pour certaines FVV. La littérature scientifique disponible n'aborde malheureusement pas cet aspect des choses.

LIMITE DE L' ETUDE

Nous avons relevé quelques limites dans notre travail. La première concerne la langue d'interview. Tenant compte du fait que la plupart de nos participants n'avaient pas une bonne maîtrise du français, nous étions obligés de les interviewer en lingala. Heureusement pour nous, l'interviewer avait une bonne maîtrise des deux langues, ce qui lui a permis de bien s'en sortir. Notre deuxième limite porte sur le fait que notre étude n'a inclus qu'une poignée de femmes fréquentant le centre de santé de Kingasani située dans l'une des 24 communes de la grande ville de Kinshasa. Du fait de cet échantillon réduit et circonscrit, nous ne pouvons pas prétendre transférer nos résultats à toute la ville de Kinshasa. Néanmoins, elles peuvent être contextualisées. La troisième et dernière limite est liée au manque des moyens financiers. En effet, nous avons pensé rendre cette étude encore plus intéressante en incluant l'expérience des femmes non suivies par les MM pour faire une comparaison. Hélas ! Cela impliquait encore plus d'argent à déboursier par l'enquêteur pour encourager et assurer les déplacements des participantes comme fait pour toutes celles qui ont participé à l'étude. En dépit de ces limites, nous restons convaincus que notre travail garde son originalité.

CHAPITRE 5 : CONCLUSION ET RECOMMANDATION

5.1. Conclusion

L'objectif de notre étude était d'évaluer qualitativement l'impact des mères mentors sur les femmes vivant avec le VIH dans le programme de PTME du centre hospitalier de Kingasani. Grace aux données récoltées et analysées thématiquement, nous nous estimons fier d'avoir atteint l'objectif poursuivi.

Il ressort de nos résultats que les FVV et suivies par les MM dans le centre hospitalier de Kingasani se sentaient très soutenues et aidées par les MM. Pour nos participantes, les MM sont des femmes à plusieurs casquettes. Elles sont à la fois des salvatrices, des modèles, des sources de motivations, des conseillères, des confidentes, des aidants proches et même une famille. A travers toutes ces casquettes, les MM se sont révélées être des actrices très impliquées dans l'adhésion et la régularité des femmes aux programmes de la PTME.

Cependant, malgré ce dévouement, les participantes ont déploré les conditions financières difficiles dans lesquelles travaillent leurs héroïnes (MM) et qui constituent un frein pour la réalisation de certaines activités. Il s'agit ici d'un facteur non négligeable qui, à notre appréciation, jouerait un rôle atténuant dans l'optimisation des activités liées au suivi des FVV dans le programme de PTME.

Ainsi, il se dégage de nos résultats que les MM sont d'une utilité incontournable pour les FVV qu'elles suivent dans le centre hospitalier de Kingasani. Elles apportent le soutien moral, psychologique et social dont elles ont besoin pour affronter les réalités liées à leur état sérologique. En somme, l'approche par les MM a un impact positif sur le programme de PTME dans le Centre hospitalier de Kingasani. Pour rendre cet impact optimal, il serait important d'apporter un soutien financier conséquent aux MM.

5.2 Recommandations

Notre étude comme d'autres études décrites dans la revue de la littérature a révélé que l'approche MM a un impact positif dans la PTME. Néanmoins le problème des moyens financiers constitue une barrière telle que décrit dans nos résultats.

Pour remédier à ce problème, nous adressons quelques recommandations :

- Aux responsables de l'hôpital

De faire le plaidoyer auprès des autorités sanitaires ainsi qu'aux différents partenaires techniques et financiers œuvrant dans le secteur de la santé pour le financement de l'approche mère mentors qui a fait ses preuves d'efficacité.

- Aux différents partenaires

De participer au financement du projet de l'approche MM au centre hospitalier de Kingasani.

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la santé(2018), VIH/SIDA. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids> , accédé le 18 octobre 2018.
2. Ngwej DT, Mukuku O, Mudekereza R et al. [Study of risk factors for HIV transmission from mother to child in the strategy <<option A>> in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo].The Pan African Medical Journal. 2015 ; 22 : 18. Disponible sur: <http://doi.org/10.11604/pamj.2015.22.18.7480> Consulté le 19 octobre 2018.
- 3 .Organisation Mondiale de Santé (2006). Disponible sur : https://www.who.int/hiv/toronto2006/Children2_fr.pdf. Consulté le 18 octobre 2018.
4. Organisation Mondiale de la Santé (2015), orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : élimination de la transmission mère -enfant du VIH et de la syphilis. Sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/177834/9789242505887_fre.pdf;jsessionid=71FA0365C1DBA2A10AA4DF21CCD8EE1B?sequence=1 Consulté le 23 octobre 2018.
5. Nicolas Meda (2010), prévention de la transmission mère-enfant du VIH: états de lieux et nouvelles stratégies. Disponible sur : <http://vih.org/20100818/prévention-transmission-mere-enfant-du-vih-etat-lieux-et-nouvelles-strategies/57476> Consulté le 17 octobre 2018.
6. Orne-Gliemann, J. (2009), Quelle place pour les hommes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH: Revue de la littérature et étude de cas dans les Pays en Développement. Autrepart, no 52,(4), 113-129. doi:10.3917/autr.052.0113. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2009-4-page-113.htm> consulté le 18 octobre 2018.
7. Lawson-Evi K., Mouhari-Toure A., Tchama R. et al (2010) Fate of children born to HIV positive mothers followed in the context of preventing mother-to-child transmission of HIV in Togo. Study of 1042 infants. Bull. Soc. Pathol. Exot. 2010 ; 103:259-263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20614204> consulté le 22 octobre 2018
8. Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA en RDC. Programme National Multisectoriel de Lutte contre le SIDA en RDC. Plan Stratégique National de lutte contre le VIH et le SIDA 2014-2017. Juin 2014. Disponible en ligne : https://www.ilo.org/aids/legislation/WCMS_440850/lang--fr/index.htm consulté le 3 mars 2020.

9. ONUSIDA (2016) Le VIH/sida en chiffres /République démocratique du Congo, Libellés chiffres. Principaux chiffres de la riposte au VIH. 2017. Disponible en ligne sur :

<https://www.undp.org/content/dam/unct/rdcongo/docs/UNCT-CD-ONUSIDA-data-2.pdf>

consulté le 27 octobre 2018.

10. Kateng AW, Assumani NA, Shongo Ya PM, et al (2013), Prévalence et facteurs de risque liés à la transmission verticale du VIH. Cas du centre PTME des cliniques universitaires de Lubumbashi. Rev. Méd. Gd. Lacs 2(4):1-13. Disponible en ligne : <http://www.grandlacs-med-journal.com/images/stories/24201310.pdf> consulté le 2 novembre 2018.

11. Kimbala J., Mukuku O., Tshibangu C. et al (2016), Transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi (République Démocratique du Congo) leçons à tirer des résultats auprès de 6 maternités de référence de 2007 à 2012. Médecine d'Afrique Noire; 63(3) :1-13. Disponible sur :

https://www.researchgate.net/publication/299536215_Transmission_du_VIH_de_la_mere_a_l'enfant_a_Lubumbashi_Republique_Democratique_du_Congo_Lecons_a_tirer_des_resultats_aupres_de_6_maternites_de_reference_de_2007_a_2012 consulté en date du 2 novembre 2018

12. Willumsen, J. Bibliothèque électronique de données factuelles pour les interventions nutritionnelles (eLENA). Disponible sur :

https://www.who.int/elena/titles/bbc/nutrition_hiv_children/fr/ consulté le 5 mai 2020.

13. Commins, S. P., Borish, L., & Steinke, J. W. (2010). Immunologic messenger molecules: cytokines, interferons, and chemokines. The Journal of allergy and clinical immunology, 125(2 Suppl 2), S53–S72. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2009.07.008> consulté le 3 février 2019.

14. Darmstadt GL, Bhutta ZA, Cousens S et al (2005), Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save? Lancet.365(9463):977–88. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15767001> consulté le 5 décembre 2018.

15. UNAIDS(2015) Progress report on the global plan towards the elimination of new HIV infections among children and keeping their mothers alive. Disponible sur :.

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2774_2015ProgressReport_GlobalPlan_en.pdf. Consulté le 25 novembre 2018.

16. Baek C, Mathambo V, Mkhize S, et al. Key (2007), Findings from an Evaluation of the Mothers2mothers Program in KwaZulu-Natal, South Africa, Horizons Final Report. Washington, DC: Population. Disponible sur : https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACJ855.pdf Consulté le 3 décembre 2018.

17. Msellati, P. (2005), Les femmes enceintes et les soignants. Ces malentendus qui rendent la prévention de la transmission mère-enfant du VIH plus difficile qu'il n'y paraît. Sciences sociales et santé, 23(1), 109-118. Disponible sur : https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_2005_num_23_1_1646 consulté le 3 octobre 2018.

18. Wanga I1, Helova A2, Abuogi LL3 et al (2019) , Acceptability of community-based mentor mothers to support HIV-positive pregnant women on antiretroviral treatment in western Kenya: a qualitative study. DOI: 10.1186/s12884-019-2419-z. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31409297> consulté le 18 octobre 2019.

19. UNAIDS. GAP Report.(2014).
http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf consulté le 7 décembre 2018.

20. UNAIDS (2011), Countdown to zero: global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive..
http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110609_JC2137_Global-Plan-Elimination-HIV-Children_en.pdf. Consulté le 3 janvier 2019.

21. ONUSIDA(2017), Les femmes s'expriment : le rôle des femmes vivant avec le VIH dans la lutte mondiale contre le sida . Disponible sur
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20121211_Women_Out_Loud_fr_1.pdf consulté le 3 janvier 2019.

22. Sam-Agudu NA1, Ramadhani HO, Isah C et al (2017) , The Impact of Structured Mentor Mother Programs on 6-Month Postpartum Retention and Viral Suppression among HIV-

Positive Women in Rural Nigeria: A Prospective Paired Cohort Study. DOI: 10.1097/QAI.0000000000001346 . Disponible sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28498187> consulté le 18 octobre 2018.

23. Sam-Agudu NA^{1,2}, Odiachi A3, Bathnna MJ⁴ et al (2018), They do not see us as one of them": a qualitative exploration of mentor mothers' working relationships with healthcare workers in rural North-Central Nigeria.

DOI: 10.1186/s12960-018-0313-9 Disponible sur ;

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30200969> consulté le 2 janvier 2019

24. Shroufi, A., Mafara, E., Saint-Sauveuret al. (2013), Mother to Mother (M2M) Peer Support for Women in Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Programmes: A Qualitative Study. PLoS ONE, 8(6), e64717. Disponible sur <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0064717> consulté le 17 octobre 2018.

25. Rebecca L. Hamilton ,Karl W. du Pré le Roux ,Catherine W. Young et al (2017), Mentor Mothers Zithulele: exploring the role of a peer mentorship program in rural PMTCT care in Zithulele, Eastern Cape, South Africa. Disponible sur :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30102134> consulté le 2 mai 2020.

26. Francois denis (1999), Le virus transmissibles de la mère à l'enfant , john libbey eurotext , paris; page 168).

27. Rouzioux c, Costagliola D, Burgard M et al.Estimated timing of mother -to-child human immunodeficiency virus type 1 transmission by use of a Markov model.Am j Epidemiol 1995; 142:1330-7. Pages 1330–1337

28. Brossard y, Aubin JT, Mandelbrot L et al.Frequency of early in utero HIV 1 infection : a blind DNA polymerase chain reaction study on 100 fetal thymuses. AIDS 1995;9:359-66.)

29. Pierre marie Girard, Christine Katlama, Gilles Pialoux , 2001; VIH, page 589; wolters kluwer france.

30.Frange, P., & Blanche, S. (2014). VIH et transmission mère–enfant. La Presse Médicale, 43(6), 691-697.Disonible sur :

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498214001468#bib0040> consulté le 3 juillet 2019.

31. République Démocratique du Congo. Ministère de la santé publique. Programme national de lutte contre le VIH/Sida et les IST (2016). Plan d'élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant 2016 - 2020.

32. Programme de Nations unies pour le développement (PNUD) (2017), le VIH/SIDA et les droits de l'homme en RDC, 2ème édition disponible sur :

https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2017/11/DRC_Training-Manual-pdf2017.pdf consulté le 3 juillet 2019.

33. : Hamilton, E., Bossiky, B., Ditekemena et al (2017), utiliser la cascade PTME pour accélérer la réalisation des objectifs du plan mondial. Journal des syndromes d'immunodéficience acquise (1999) , 75 Suppl 1 (1), S27 – S35. Disponible sur : <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000001325> consulté le 6 juillet 2020.

34. Organisation Mondiale Santé (2015)., Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants: recommendations for a public health approach, version. Genève. Disponible sur : <https://www.who.int/hiv/pub/mtct/antiretroviral2010/en/> consulté le 3 novembre 2020.

35. OMS(2012) mise à jour programmatique de l'utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez les nourrissons résumé analytique . Disponible sur :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70891/WHO_HIV_2012.6_fre.pdf?sequence consulté le 8 novembre 2019.

36. Israel E, Kroeger M (2003), integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into existing maternal, child, and reproductive health programs. Watertown, MA, Pathfinder International, Disponible sur :

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD008741/references/fr> consulté le 10 juillet 2020.

37. Rutenberg N et al.(2003), Community involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV: Insights and recommendations. New York, Population Council, International Center for Research on Women and Glaxo Wellcome [Conseil de la population, Centre international de recherches sur les femmes et Glaxo Wellcome]. Disponible sur : https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20120628_JC2281_PromisingPracticesCommunityEngagements_fr_0.pdf consulté le 30 juin 2020.
38. .Shroufi, A., Mafara, E., Saint-Sauveur et al (2013), Mother to Mother (M2M) Peer Support for Women in Prevention of Mother to Child Transmission (PMTCT) Programmes: A Qualitative Study. PLoS ONE, 8(6), e64717. Disponible sur : <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0064717> consulté le 6 juillet 2020.
39. McColl Karen(2012) , Mentor mothers to prevent mother-to-child transmission of HIV BMJ; 344 :e1590. Disponible sur : <https://doi.org/10.1136/bmj.e1590> consulté le 10 mai 2020.
40. Institut Pasteur (2011) , Éliminons la transmission du VIH de la mère à l'enfant . Disponible sur : https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/ACTES_CONF_web2.pdf consulté le 12 juillet 2020.
41. Centre hospitalier de Kingasani (2005). Historique et organisation. Non publié
- 42 .Plan stratégique de lutte contre le VIH et le Sida 2008-2012, République Démocratique du congo , ministere de la santé publique , secretariat general. Disponible sur : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_177680.pdf consulté le 28 juillet 2020.
43. Aujoulat I. (2017). Introduction aux méthodes qualitatives. UCLouvain, Bruxelles
44. Allison Tong, Peter Sainsbury, Jonathan Craig, Critères consolidés pour les rapports de recherche qualitative (COREQ): une liste de contrôle de 32 éléments pour les entretiens et les groupes de discussion, International Journal for Quality in Health Care , Volume 19, numéro 6, décembre 2007, pages 349– 357 ;Disponible <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042> consulté le 13juillet 2020.

45. The Ethiopia Network for HIV/AIDS Treatment care and Support Program (2014), The role of Mother Mentors in Supporting HIVpositive Mothers. Disponible sur : <https://www.msh.org/our-work/projects/ethiopia-network-for-hivaids-treatment-care-support> consulté le 12 juillet 2020.
46. Futterman D, Shea J, Besser M, et al (2010), Mamekhaya: a pilot study combining a cognitive-behavioral intervention and mentor mothers with PMTCT services in South Africa. *AIDS Care*;22:1093–1100. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20824562/> consulté le 13 juillet 2020.
47. Rotheram-Borus, MJ, Richter, LM, Van Heerden, (2014), Un essai contrôlé randomisé en grappes évaluant l'efficacité des pairs mentors pour soutenir les femmes sud-africaines vivant avec le VIH et leurs nourrissons. *PloS one* , 9 (1), e84867. Disponible sur : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0084867> consulté le 14 juillet 2020.
48. Brodaty, T. (2010). Les effets de Pairs dans l'Éducation : une Revue de Littérature. *Revue d'économie politique*, vol. 120(5), 739-757. doi:10.3917/redp.205.0739 . Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-d-economie-politique-2010-5-page-739.htm> consulté le 12 juillet 2020.
49. Baek, C., & Rutenberg, N. (2010), Implementing programs for the prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-constrained settings: Horizons studies, 1999-2007. *Public health reports* (Washington, D.C. : 1974), 125(2), 293–304. Disponible sur : <https://doi.org/10.1177/003335491012500220> consulté le 15 juillet 2020.
50. Akinde, Y., Groves, A. K., Nkwihoreze, H., et al (2019), Assessing the Acceptability of a Peer Mentor Mother Intervention to Improve Retention in Care of Postpartum Women Living with HIV. *Health equity*, 3(1), 336-342. Disponible sur : <https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/heq.2019.0027> consulté le 15 juillet 2020.
51. Elwell K(2016) , Facilitators and barriers to treatment adherence within PMTCT programs in Malawi. *AIDS Care*. 2016 Aug; 28(8):971-5. Doi: 10.1080/09540121.2016.1153586. Epub . En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26984065> consulté le 10 mai 2020.

52. Carbone, N. B., Njala, J., Jackson, D. J et al, (2019). “I would love if there was a young woman to encourage us, to ease our anxiety which we would have if we were alone”: Adapting the Mothers2Mothers Mentor Mother Model for adolescent mothers living with HIV in Malawi. PloS one, 14(6), e0217693. Disponible sur :

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0217693> consulté le 3 juillet 2020.

53. Organisation Mondiale de la Santé (2019), L’OMS recommande le dolutégravir comme option thérapeutique à privilégier contre le VIH dans toutes les populations. Disponible sur :

<https://www.who.int/fr/news-room/detail/22-07-2019-who-recommends-dolutegravir-as-preferred-hiv-treatment-option-in-all-populations#.XzBf4w9VhJE.gmail>, consulté en date du 20/07/2020

