

## Faculté de santé publique (FSP)

Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu rural :  
Les perceptions des acteurs de la zone de santé de Mosango, en  
République Démocratique du Congo

Mémoire réalisé par  
**Olivier MAFUTA KIMBAYI**

Promoteur  
Professeur Jean MACQ

Année académique 2017-2018  
Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée

Options : Politiques et programmes en promotion de la santé et Approche communautaire  
des politiques et programmes de santé

Clos Chapelle-aux-champs, 30 bte B1.30.02, 1200 W Woluwe-Saint-Lambert, Belgique  
[www.uclouvain.be/fsp](http://www.uclouvain.be/fsp)

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier avant tout Monsieur le Professeur Jean Macq, qui, en dépit de ses multiples tâches a accepté de diriger ce travail du début jusqu'à son aboutissement. Ses pertinentes remarques, ses directives sa rigueur et sa disponibilité m'ont tellement motivé pour rédaction de ce mémoire. J'ai beaucoup appris Monsieur le Professeur !

Mes remerciements s'adressent aussi à toute l'équipe enseignante de la Faculté de Santé Publique de L'Université Catholique de Louvain pour la formation que vous m'avez donné. Je ne suis pas sorti tête vide, rassurez-vous !

A vous mes collègues de la famille UCL, ma deuxième famille, avec qui nous avons vécu les meilleurs et les pires moments de la vie estudiantine. A vos côtés, j'ai été motivé !

A ma famille biologique, particulièrement ma tendre mère pour votre soutien moral, affectif inconditionnel. Vos sages conseils et encouragements m'ont beaucoup aidé et m'aideront davantage !

Mes remerciements s'adressent afin à toute personne qui a eu l'amabilité de contribuer d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce travail. Je ne sais vous citer, la liste étant longue !

## **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, secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare à 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.

## **RESUME**

**Titre du mémoire :** Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu rural : Les perceptions des acteurs de la zone de santé de Mosango, en République Démocratique du Congo.

**Auteur:** Olivier MAFUTA KIMBAYI

Mémoire présenté en vue de l'obtention de grade de maîtrise en science de la santé publique

**Promoteur :** Professeur Jean MACQ

**Contexte :** La République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays d'Afrique subsaharienne ayant un taux élevé de la transmission mère-enfant du VIH et des besoins insatisfaits dans la prévention de la transmission mère-enfant (PTME).

La prévalence élevée de l'infection à VIH chez les nouveau-nés en RDC peut être considéré comme signe de faible qualité d'implémentation de la prévention de la transmission mère-enfant. Malgré ce taux, les recherches sur la prévention de la transmission mère-enfant en RDC sont rares et la plupart des études existant ont été menées dans les villes comme Kinshasa et Lubumbashi. Ces études ont montré que la la transmission mère-enfant reste élevée. Par contre, pour plusieurs raisons socio-économiques et d'accès aux soins, les données des villes ne peuvent pas être superposables à celles du milieu rural.

L'objectif de notre étude est de comprendre des facteurs d'influence du bon fonctionnement de la prévention de la transmission mère-enfant dans la zone de santé de Mosango, afin de participer à l'amélioration de l'utilisation du service.

**Méthode :** Nous avons mené une étude qualitative et nous avons utilisé des entretiens semi-structurés, à l'aide du guide d'entretien auprès de 7 prestataires et de 7 bénéficiaires de la PTME, sélectionnées sur base des critères d'inclusion. Les données recueillies ont été analysées à l'aide d'une analyse thématique.

**Résultats :** La prévention de la transmission mère-enfant est reconnue comme moyen efficace de la lutte contre la transmission mère-enfant du VIH. Cependant, son service n'est pas effectif pour diverses raisons. Les facteurs d'influence identifiés sont les croyances culturelles, la stigmatisation, le secret professionnel, l'accessibilité (financière, géographique et nutritionnelle), les médicaments et les intrants, l'implication des conjoints et l'approche communautaire.

**Conclusion :** Cette étude nous a permis de comprendre des facteurs d'influence du bon fonctionnement de la PTME dans la zone de santé rurale de Mosango. Nous avons proposé quelques recommandations pour améliorer le niveau d'utilisation.

**Mots clés :** PTME, VIH, perceptions, acteurs, Mosango, RDC

## **ABREVIATION**

AME : Allaitement maternel exclusif  
AMM : Approche Mère Mentor  
ASS : Afrique sub-saharienne  
AZT : Zidovudine  
B : Bénéficiaire  
CCR5 : Chemokine receptor type 5  
CD4 : Cluster de différenciation 4  
CPN : Consultation prénatale  
CPON : Consultation post natale  
CPS : Consultation préscolaire  
DCIP : Dépistage et Conseil du VIH à l'initiative du Prestataire  
ECZ : Equipe cadre de la zone de santé  
HGR : Hôpital Général de Référence  
HLA : Human leukocyte antigen  
FOSA : Formation Sanitaire  
IS : Infirmier superviseur  
Kg : Kilogramme  
Km : Kilomètre  
MEM : Modèles explicatifs de maladie  
MCZ : Médecin Chef de Zone  
Mg : Milligramme  
N° : Numéro  
OMS : Organisation mondiale de la santé  
ONUSIDA : Organisation des nations unies chargées du Sida  
PCR : Polymerase Chain Reaction  
PVV: Personne vivant avec le VIH  
PNLS : Programme national de lutte contre le Sida  
P : Prestataire  
PTME : Prévention de la transmission mère-enfant  
RECO : Relais communautaire  
RDC : République Démocratique du Congo  
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise  
TARV : Traitement anti retro viral

TME : Transmission mère-enfant

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VIH+ : Virus de l'immunodéficience humaine positif

VIH- : virus de l'immunodéficience humaine négatif

ZS : Zone de santé

ZSR : Zone de Santé Rurale

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>TABLEAU n°1:</b> Etudes PTME en milieu urbain, en République Démocratique du Congo.....	11
<b>TABLEAU n°2:</b> Bénéficiaire PTME.....	20
<b>TABLEAU n°3:</b> Prestataire PTME.....	21

# Contents

REMERCIEMENTS .....	i
PLAGIAT .....	ii
RESUME .....	iii
ABREVIATION.....	iv
LISTE DES TABLEAUX .....	vi
Contents .....	vii
INTRODUCTION GENERALE .....	1
1. Problématique.....	1
2. But .....	3
3. Objectif général .....	3
4. Objectifs spécifiques .....	3
5. Question de recherche .....	3
CHAPITRE I: GENERALITES .....	4
1.1 . Transmission mère-enfant du VIH (TME).....	4
1.1.1. <i>Mécanisme de la TME</i> .....	4
1.1.2. <i>Les principales voies de transmission [18, 28]</i> .....	4
1.1.2.1 . La voie transplacentaire (prépartum) .....	4
1.1.2.2. La voie ascendante (intrapartum) .....	4
1.1.2.3. La voie orale (postpartum) .....	4
1.1.3. <i>Facteurs de risque de la TME [19]</i> .....	5
1.2 Prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) .....	5
<i>Objectifs</i> .....	5
1.3. Recommandations OMS [20] .....	5
1.3.1. <i>Option A</i> .....	6
1.3.2. <i>Option B</i> .....	6
1.3.3. <i>Option B+</i> .....	6
1.4 Directives nationales de la PTME en RDC [30].....	7
1.4.1. <i>Piliers PTME</i> .....	7
1.4.1.1. Pilier 1 : Prévention primaire .....	7
1.4.1.2. <i>Pilier 2: Contraception</i> .....	7
1.4.1.3. <i>Pilier 3: PTME proprement dite</i> .....	8
1.4.1.4. Pilier 4: Soins, conseil et soutien.....	8
1.4.2. <i>Stratégie de la RDC pour l'élimination de la transmission de la mère-enfant du VIH</i> .....	8

1.4.2.1. Vision et but .....	8
1.4.2.2. Objectifs .....	8
1.4.3 <i>Les Interventions de la PTME [30]</i> .....	8
1.4.3.1. Pendant la grossesse .....	8
1.4.3.2. Pendant le travail et l'accouchement [30] .....	9
1.4.3.3. Pendant l'allaitement [30] .....	9
1.4.4. <i>Approches communautaires</i> .....	10
CHAPITRE 2: MATERIELS ET METHODE .....	14
2.1. Site.....	14
2.1.1. <i>Organisation du système de santé au niveau de la zone</i> .....	14
2.1.2. <i>Sur le plan politique et sécuritaire [32]</i> .....	14
2.1.3. <i>Sur le plan géographique</i> .....	14
2.2. Choix de la méthode.....	15
2.3. Posture de l'enquêteur .....	15
2.4. Echantillonnage .....	15
2.5. Description de l'échantillon .....	16
2.6. Collecte des données .....	16
2.7. Traitement et analyse des données .....	17
2.8. Considération d'ordre éthique .....	18
CHAPITRE 3: LES RESULTATS .....	19
1.    Bénéficiaire PTME .....	19
2.    Prestataire PTME .....	20
3.1. Connaissances générales .....	20
3.1.1. <i>Concept PTME</i> .....	20
3.1.2. <i>Moments de la TME</i> .....	21
3.1.3. <i>Alimentation du nouveau-né</i> .....	21
3.2. Expérience de la PTME.....	22
3.2.1. <i>L'annonce des résultats</i> .....	22
3.2.2. <i>Lieu d'approvisionnement ARV (médicaments)</i> .....	25
3.2.3. <i>Contexte du dépistage</i> .....	26
3.2.4. <i>Le réseau du soutien/Réaction de l'entourage</i> .....	27
3.2.4.1. Le Conjoint.....	27
3.2.4.2. Soutien familial .....	28
3.2.4.3. Soutien communautaire/entourage lointain .....	29
3.3. Les obstacles.....	30

3.3.1. Stigmatisation.....	30
3.3.2. Manque de confidentialité (divulgence de secret par les professionnels de santé).....	31
3.3.3. Croyances culturelles.....	31
3.3.4. Accessibilité.....	33
3.3.4.1. Géographique.....	33
3.3.4.2. Financière.....	34
3.3.4.3. Nutritionnelle.....	34
3.3.5. Les médicaments et les Intrants.....	34
3.3.5.1. Les médicaments (ARV).....	34
3.3.5.2. Les Intrants.....	35
3.3.6. L'Implication des partenaires masculins.....	35
3.4. Recommandations et proposition d'amélioration.....	36
CHAPITRE IV: DISCUSSION.....	38
4.1. Connaissances générales sur la PTME.....	38
• Concept PTME.....	38
• Moment de la TME.....	38
• Alimentation du nouveau-né.....	39
4.2. L'expérience de la PTME.....	40
• L'annonce des résultats.....	40
• Contexte du dépistage.....	40
• Le réseau du soutien/Réaction de l'entourage.....	41
4.3. Les obstacles.....	41
• Stigmatisation et confidentialité.....	41
• Croyances culturelles.....	42
• Accessibilité (géographique, financière et nutritionnelle).....	43
• L'implication des partenaires masculins au service de PTME.....	44
4.4 Les limites du Travail.....	45
CHAPITRE V: CONCLUSION ET RECOMMANDATION.....	47
5.1. Conclusion.....	47
5.2. Recommandations.....	48
Aux autorités sanitaires nationales et intermédiaires.....	48
Aux autorités sanitaires locales.....	48
47. OMS (2012) : Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.	54

# INTRODUCTION GENERALE

## 1. Problématique

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) constitue un problème majeur de santé publique et de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne (ASS) [1]. Fin 2016, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait qu'environ 36,7 millions de personnes vivaient avec le VIH, dont 25,6 millions dans la région Africaine [2]. Le VIH se transmet au moyen d'échange de diverses humeurs corporelles telles que le sang, le lait maternel, le sperme et les sécrétions vaginales venant des personnes infectées. Chez l'enfant, la transmission verticale (mère-enfant) du VIH constitue la principale voie de contamination en Afrique sub-saharienne [3].

Cette transmission peut avoir lieu pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou l'allaitement maternel. Les taux de transmission varient de 15% à 45% en l'absence d'intervention mais ils peuvent être significativement réduits à moins de 5% si les mesures adéquates sont mises en œuvre [1].

La République Démocratique du Congo (RDC) est l'un des pays d'ASS ayant un taux élevé de transmission mère-enfant et des besoins insatisfaits dans la PTME [6] qui, lancée au début de l'année 2001 principalement dans la ville province de Kinshasa et s'étend progressivement aux autres provinces. Le programme de la PTME a connu une intensification à partir de 2012 grâce à des appuis des partenaires internationaux. Et toujours en 2012, le nombre de nouveaux cas de VIH chez les nouveaux nés et chez les nourrissons en RDC était de l'ordre de 28461 par an [4]; et 3338 en 2016 [5].

Malgré ces chiffres, les recherches sur la PTME en RDC sont rares et la plupart des études existant ont été menées dans les villes comme Kinshasa et Lubumbashi [7]. Ces études ont montré que la transmission mère-enfant du VIH (TME) reste élevée et que les facteurs maternels dont le stade avancé de l'infection, la présence d'une infection opportuniste, le dépistage tardif, l'absence de thérapie antirétrovirale la favorisaient. D'autres facteurs comme la non administration de la Névirapine à la naissance et l'alimentation mixte du nourrisson ont également été mentionnés [7].

Par contre, pour plusieurs raisons socio-économiques et d'accès aux soins, il semble que les données des villes ne peuvent pas être superposables à celles du milieu rural. C'est le cas de la zone de santé rurale (ZSR) de Mosango.

En ZSR de Mosango, les indicateurs de 2014 à 2017 (voir tableau annexe), sur le VIH font état d'un total de 102 personnes vivant avec le VIH (PVV) dont 32 femmes bénéficiaires de la PTME soit 31,37%, avec 18 perdues de vue en général, dont 8 pour la

PTME, soit 44,44% de perdues de vue PTME. La Prévalence du VIH est passée de 0.2% en 2016 à 0.5% en 2017 [26]. La même source nous montre la situation de PTME, telle que :

- Le dépistage tardif observé par un faible taux de femmes enceintes connaissant leur statut sérologique avant la CPN1, 120 sur 7532 nouveaux cas, soit 1,59% des femmes enceintes qui connaissaient leur statut sérologique du VIH au premier contact,
- Un faible taux de participation de partenaires masculins, 895 hommes sur 7532 femmes vus à la CPN1, soit 11,88%,
- Peu de femmes enceintes séropositives vues aux CPNs reviennent accoucher à la maternité, 19 sur 32 femmes, soit 59,38% dont 17 bébés nés vivants parmi lesquels 8 positifs soit 47,06%, et deux mort-nés, soit un taux de mortalité de 11,76%,
- En post partum, peu de mères et enfants séropositifs reviennent au rendez-vous, 6 sur 19 mères soit 31,58% qui reviennent en post partum et 4 sur 17 enfants nés de mères VIH+ soit 23,53% qui reviennent en postpartum,
- Peu de suivi de bénéficiaires dans la communauté par les prestataires,
- Non existence de l'approche mère mentor (AMM),
- 7 sur 18 formations sanitaires (FOSA) ont intégré la PTME, soit une couverture de 38,89% (11 FOSA avec Maternité sans intégration de la PTME soit 61,11%).

Jusqu'en Décembre 2017, la ZSR de Mosango comptait 10 enfants séropositifs sous TARV, nés des mères séropositives, dont 2 étaient nés en hors zone de Mosango, dépistés en CPON ; alors que le but visé dans les directives nationales est « *d'obtenir une génération sans VIH, en éliminant des nouvelles infections parmi les enfants et le maintien des mères en vie* » [30]. En plus, l'utilisation de service de la PTME est faible [26].

Suite à toutes ces considérations, nous pensons que le fait de comprendre les facteurs d'influence des indicateurs (bon fonctionnement) de la PTME en milieu rural au travers les perceptions des acteurs (prestataires et bénéficiaire de la PTME) serait nécessaire si on veut améliorer l'efficacité de la PTME. En effet, compte tenu des difficultés d'accès aux soins de santé de qualité, accès limité aux ARV, à la stigmatisation des patients atteints du VIH et aux autres conséquences d'ordre économiques, sociales, psychologiques... liées au VIH, le volet préventif de la TME semble être important dans la mesure où tôt on agit, mieux on peut espérer contrôler la maladie.

## **2. But**

Participer à l'amélioration de la prévention de la transmission mère-enfant dans la Zone de Santé Rurale de Mosango.

## **3. Objectif général**

Comprendre les facteurs d'influence du bon fonctionnement de la PTME dans la ZSR de Mosango.

## **4. Objectifs spécifiques**

- Relever les perceptions des acteurs.
- Identifier les obstacles de la PTME.
- Relever les forces et les faiblesses dans l'application de la PTME en milieu rural.
- Analyser la situation.
- Proposer des solutions.

## **5. Question de recherche**

Quels sont les facteurs d'influence du bon fonctionnement de la PTME dans la zone de santé de Mosango?

# CHAPITRE I: GENERALITES

## 1.1. Transmission mère-enfant du VIH (TME)

La TME du VIH survient généralement au terme de la grossesse et autour de l'accouchement [16] mais elle peut aussi avoir lieu au premier trimestre de la grossesse en cas de fausse couche, et au deuxième trimestre de la grossesse dans le cas d'un accouchement prématuré [17]. Cette transmission est favorisée par plusieurs facteurs qui sont souvent liés à l'état de santé du couple materno-infantile ou à de mauvaises techniques pratiquées par les prestataires lors des certaines manœuvres comme pendant l'accouchement. Mieux connaître ces facteurs contribuerait à la prévention de la TME à chaque moment de la transmission et par chaque prestataire de soins.

### 1.1.1. Mécanisme de la TME

Le mécanisme de la TME n'est vraiment pas connu avec précision. En effet, l'exposition du fœtus au VIH n'entraîne pas forcément la contamination. Bien que les mécanismes de la TME soient spéculatifs, ils sont nécessaires pour la mise en place des stratégies de prévention périnatale [18].

### 1.1.2. Les principales voies de transmission [18, 28]

#### 1.1.2.1 . La voie transplacentaire (prépartum)

Le VIH se transmet par voie transplacentaire lorsque la barrière placentaire active contre le passage viral est rendue déficiente par différents mécanismes dont l'infection du trophoblaste, le passage des cellules infectées ou des particules virales à travers la barrière trophoblastique et surtout la micro transfusion lors l'accouchement ; en cas donc d'infection du placenta ou du fœtus.

#### 1.1.2.2. La voie ascendante (intrapartum)

C'est à travers les muqueuses du fœtus et du nouveau-né lors d'une exposition par la voie ascendante ou lors de son passage dans la filière génitale. Elle survient dans plus de la moitié des cas suite à l'exposition du sang maternel à l'enfant pendant le travail et le passage dans la filière génitale de la mère.

#### 1.1.2.3. La voie orale (postpartum)

La transmission par voie orale, appelée aussi transmission post-natale, a lieu pendant l'allaitement. Le risque est très important dans les premières semaines, mais persiste pendant toute la durée de l'allaitement. Il dépend du déficit ou non du système immunitaire maternel et de la charge virale. L'allaitement mixte, le colostrum, une charge virale élevée, les crevasses, les abcès du sein et les mastites constituent des facteurs favorisant de la TME par voie orale. C'est la voie majeure de la TME dans les pays en voie de développement comme ceux de l'ASS.

### **1.1.3. Facteurs de risque de la TME [19]**

Le risque de transmission varie en fonction des facteurs maternels, viraux, fœtaux, ainsi que des événements survenant pendant la grossesse. Les facteurs maternels sont la charge virale plasmatique élevée, le déficit immunitaire (CD4 et lymphocytes bas) et la malnutrition. Les facteurs fœtaux sont génétiques (HLA, CCR5) en plus du sexe féminin et de l'hypotrophie. Les facteurs placentaires comme la chorio-amnionite bactérienne ou le paludisme favorisent aussi la TME. Enfin, les facteurs obstétricaux dont la rupture prolongée de membranes, l'accouchement prématuré, les MST, les gestes invasifs (épisiotomie, application du forceps ou de ventouse) et l'accouchement par voie basse augmentent aussi le risque de TME.

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

La PTME consiste en une cascade des services visant à réduire ce risque de transmission pendant les périodes de grossesse, de travail, d'accouchement et d'allaitement maternel. Ces interventions impliquent principalement le diagnostic et un traitement antirétroviral pour la mère et pour l'enfant. Elles comprennent également des mesures pour prévenir l'infection chez la femme enceinte et les pratiques appropriées d'allaitement. Ainsi, la PTME est un moyen efficace de lutte contre la mortalité materno-infantile en ASS où plusieurs études ont documenté son efficacité et son efficience [27, 49].

### **Objectifs**

Les objectifs du traitement antirétroviral (ARV) chez la femme enceinte et chez le nouveau-né sont les suivants [29] :

- Réduire le risque de la TME par la réduction maximale de la réplication virale plasmatique et du nombre de particules virales libres présentes dans les différents liquides biologiques, pendant la grossesse, le travail, et à l'accouchement ;
- Assurer un traitement optimal pour la mère au besoin, pour le maintien ou la restauration du système immunitaire ;
- Préserver les options thérapeutiques à venir, en évitant que le traitement préventif n'induisse des résistances pour la mère comme pour l'enfant s'il est infecté ;
- Assurer le traitement post-expositionnel à l'infection en poursuivant le traitement antirétroviral chez l'enfant après naissance.

## **1.3. Recommandations OMS [20]**

Les recommandations de l'OMS sur la PTME, visent deux objectifs qui sont basés sur l'amélioration de la santé maternelle en protégeant l'enfant de la transmission du VIH. Elles font référence à deux principales approches:

- Donner aux femmes séropositives au VIH un traitement antirétroviral à vie et,
- Donner aux femmes séropositives une prophylaxie avec un traitement antiviral (sur une période limitée) pour prévenir la transmission du VIH à l'enfant.

Les principes directeurs de l'OMS sur l'utilisation des ARV chez la femme enceinte infectée par le VIH ont préconisé tour à tour trois différentes options.

### **1.3.1. Option A**

La femme ne reçoit le traitement que si le nombre de CD4 est  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup> et ce traitement est fait de trois ARV. Ces ARV sont à commencer dès que le diagnostic est posé et sont à prendre toute la vie.

Elle reçoit la prophylaxie si le nombre de CD4  $\geq 350$  cellules/mm<sup>3</sup> et cela à de différentes périodes :

- Avant l'accouchement, Azidovidine (AZT) dès la 14<sup>ème</sup> semaine de la grossesse ;
- Pendant l'accouchement au début du travail plus précisément, elle bénéficie de la Névirapine en dose unique et la première dose d'AZT + Lamivudine (3TC) ;
- En postpartum, AZT + 3TC tous les jours pendant 7 jours postpartum.

Si la mère a reçu plus de quatre semaines d'AZT pendant la grossesse, il n'est pas alors important de donner la Névirapine ou l'AZT+3TC.

L'enfant qui est allaité au sein est traité avec la Névirapine quotidiennement, dès la naissance jusqu'à sept jours après l'arrêt de toute exposition à allaitement au sein. L'enfant qui n'est pas nourri au sein maternel, reçoit l'AZT ou la Névirapine pendant six semaines.

### **1.3.2. Option B**

La femme bénéficie du traitement (trois ARV) si le nombre de CD4 est  $\leq 350$  cellules/mm<sup>3</sup> ; traitement à commencer dès que le diagnostic est posé et à prendre pour la vie.

Si le nombre de CD4 est  $\geq 350$  cellules/mm<sup>3</sup>, il est recommandé de donner alors la prophylaxie faite de trois ARV, qu'il faudrait commencer dès la 14<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée. Ce traitement se poursuivra pendant l'accouchement jusqu'à la naissance de l'enfant en l'absence d'allaitement au sein ou jusqu'à une semaine après l'arrêt de tout allaitement au sein.

A l'enfant qui est allaité exclusivement au sein, il est recommandé d'administrer quotidiennement la Névirapine dès la naissance jusqu'à six semaines. Et pour l'enfant qui n'est pas allaité au sein, il faudrait administrer l'AZT ou la Névirapine six semaines durant.

### **1.3.3. Option B+**

Dans l'option B+, il est recommandé de commencer le TARV avec 3 ARVs dès que possible, quel que soit le stade de l'infection par le VIH et le poursuivre toute la vie. C'est l'option actuellement recommandée par l'OMS. L'enfant né de cette femme bénéficie de la Névirapine

ou l’AZT tous les jours depuis la naissance jusqu’à l’âge de 4-6 semaines quelle que soit la méthode d’alimentation du nourrisson.

L’approche de l’option B+ présente plusieurs avantages par rapport aux options A et B :

- Une simplification supplémentaire des conditions à remplir pour les programmes de PTME (le nombre de CD4 n’est pas nécessaire pour déterminer les critères pour recevoir un TAR comme l’exige l’option A ou pour savoir si le TARV doit être arrêté ou poursuivi après que le risque de TME a cessé comme l’exige l’option B ;
- Une protection étendue contre la transmission mère enfant pour les prochaines grossesses et ce dès le moment de la conception ;
- Un avantage dans la prévention de la transmission sexuelle des couples et chez les partenaires sérodiscordants pour le VIH ;
- Un avantage possible pour la santé de la femme en commençant plus tôt le traitement et en évitant les risques de l’arrêt et de la reprise d’un schéma associant trois ARV, en particulier dans les régions à forte fécondité ;
- Un message simple pour les communautés, une fois le TARV commencé, il doit être pris à vie.

#### **1.4 Directives nationales de la PTME en RDC [30]**

La RDC, à travers le programme national de lutte contre le SIDA (PNLS) a mis en place une approche holistique à quatre piliers ou volets pour l’élimination ou la prévention de la TME.

##### **1.4.1. Piliers PTME**

###### **1.4.1.1. Pilier 1 : Prévention primaire**

Consiste à la prévention primaire de femmes en âge de procréation, les adolescents et les jeunes des deux sexes, les femmes en âges de procréer, les femmes enceintes séronégatives et leurs partenaires masculins après dépistage à la consultation prénatale (CPN) ainsi que des populations des personnes les plus exposées telles que les professionnels de sexes, la population mobile, les hommes homosexuels.

A cet effet, la méthode ABC de la prévention du VIH pour les futurs parents est encouragée. Elle consiste à observer l’abstinence sexuelle (A), une bonne fidélité envers un(e) partenaire séronégatif (ve) et l’utilisation correcte et régulière du condom (préservatif) (C).

###### **1.4.1.2. Pilier 2: Contraception**

Ce pilier consiste à prévenir les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, en proposant la contraception sûre et efficace. Cela pourrait réduire le nombre d’enfants exposés au risque de la transmission mère-enfant du VIH.

### **1.4.1.3. Pilier 3: PTME proprement dite**

Le troisième pilier consiste à prévenir la transmission du VIH des femmes vivant avec le VIH à leurs enfants. Les femmes enceintes infectées par le VIH sont identifiées par le dépistage et les ARV sont mis à leur disposition pour réduire la TME. Elles sont aussi conseillées notamment sur les pratiques à moindre risque de l'alimentation du nourrisson. Le personnel médical pratique des manœuvres obstétricales à moindre risque de la TME durant la grossesse et l'accouchement.

### **1.4.1.4. Pilier 4: Soins, conseil et soutien**

Le quatrième pilier consiste à administrer les soins, le traitement et soutien pour les femmes vivant avec le VIH, leurs enfants et leurs familles. Ces soins comportent la prévention et le traitement des infections opportunistes, le TARV, les soins palliatifs et des soins autres que les ARVs, le conseil et soutien nutritionnel, les soins en matière de santé de reproduction et la promotion du support psychosocial et communautaire.

## **1.4.2. Stratégie de la RDC pour l'élimination de la transmission de la mère-enfant du VIH**

### **1.4.2.1. Vision et but**

Le but visé est d'obtenir une génération sans VIH, en éliminant des nouvelles infections parmi les enfants et le maintien des mères en vie.

### **1.4.2.2. Objectifs**

Pour atteindre ce but, les objectifs suivants sont assignés :

- Réduire les nouvelles infections chez les enfants de 90% ;
- Réduire les décès maternels liés au VIH à 50%

## **1.4.3 Les Interventions de la PTME [30]**

### **1.4.3.1. Pendant la grossesse**

Les CPNs constituent un moment propice de rencontrer les femmes enceintes porteuses ou non du VIH et pour administrer les interventions de la PTME dans la période anténatale. L'intégration des services PTME dans les services des CPNs donne beaucoup d'avantages : les CPNs représentent donc un point d'entrée essentiel dans la cascade de soins de la PTME et augmentent ainsi les inscriptions maternelles et le recours aux ARV [21]. L'intégration permet ainsi de réduire les occasions manquées d'interventions clés telles que le dépistage du VIH, la fourniture de TARV, l'éducation sur l'allaitement maternel optimal et le soutien à l'observance [22]. Ainsi, en plus des activités de routine des CPNs, les activités de la PTME suivantes peuvent être menées durant la période prénatale : les causeries éducatives, le Counseling, le dépistage du VIH et l'annonce des résultats. Chez les femmes séropositives, l'instauration du TARV, la recherche systématique des infections opportunistes, la prophylaxie au cotrimoxazole (à partir du deuxième trimestre), la promotion des rapports sexuels protégés, la

promotion et le soutien en matière d'alimentation du nourrisson.

#### **1.4.3.2. Pendant le travail et l'accouchement [30]**

Durant le travail et l'accouchement, le principal objectif est de réduire les risques de la TME par les pratiques obstétricales à moindre risque qui limiteront l'exposition du nouveau-né au sang et aux liquides organiques de la mère ainsi que par l'instauration de la prophylaxie post expositionnelle du nouveau-né.

Chez une mère séropositive connue, poursuivre le TARV. Proposer le dépistage du VIH par un test sérologique rapide chez toute femme avec un état sérologique inconnu et mettre toute femme séropositive directement sous TARV. Une explication préalable de la prise en charge durant le travail et l'accouchement doit être fournie à la parturiente. Pour un accouchement à moindre risque, il faudra éviter les techniques invasives d'accouchement : rupture artificielle des membranes, épisiotomie, l'utilisation des matériels traumatisants tels que forceps et ventouse, aspirations intempestives de mucosités, transfusion du cordon, les pressions exagérées de l'abdomen, etc. 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. Il faudra aussi éviter le travail prolongé et promouvoir la référence des cas des accouchements difficiles à l'échelon supérieur pour une meilleure prise en charge.

Trois schémas thérapeutiques sont proposés pour tout nouveau-né à terme exposé :

1. AZT+3TC+ Névirapine en dose unique (A la naissance)
2. AZT+3TC+ Névirapine en une prise quotidienne pendant 15 jours
3. AZT+3TC+ Lopinavir /jour

#### **1.4.3.3. Pendant l'allaitement [30]**

La période de l'allaitement correspond à celle du postpartum, où on profite à éduquer la patiente sur l'hygiène, s'assurer de l'adhérence au traitement ou à la prophylaxie au cotrimoxazole ainsi que le suivi du nouveau-né exposé. Cette période est aussi mise à profit pour dépister le partenaire et autres enfants de la mère séropositive (élargissement du dépistage), faire la réévaluation biologique et immunologique pour les femmes infectées qui étaient non éligibles au traitement.

Le suivi du nouveau-né s'articule sur le respect du calendrier vaccinal, le suivi de la courbe pondérale et de la croissance une fois par mois jusqu'à l'âge de 18 mois. Il est demandé à la mère de revenir à la FOSA chaque fois que l'état du bébé l'exige. Respecter la prise de la Névirapine du bébé, adapter la dose au tableau clinique et débiter le cotrimoxazole à partir de l'âge de six semaines.

L'allaitement artificiel est le seul moyen d'éviter tout risque de transmission postnatale. 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 [28]. Promouvoir une alimentation à moindre risque en privilégiant l'alimentation exclusive durant les six premiers mois puis diversification alimentaire jusqu'à douze mois. L'allaitement maternel protégé est donc celui qui est sous couvert d'ARV donnés soit à la mère soit à l'enfant soit aux deux ce qui permet à une mère d'allaiter son enfant à moindre risque de transmission du VIH. C'est pendant la période d'allaitement qu'il est intéressant de parler du planning familial dans le but de prévenir les grossesses non désirées, d'encourager l'espacement des naissances, de discuter les avantages et désavantages de la grossesse pour une PVV, d'expliquer et fournir des méthodes du planning familial disponibles.

#### **1.4.4. Approches communautaires**

Les approches communautaires représentent les stratégies d'interventions mises en œuvre avec ou par les membres de la communauté, tout en focalisant les actions sur l'engagement, la participation et le leadership communautaire. Elles facilitent aussi la mobilisation afin d'adopter le comportement favorable, et la pérennisation. Elles sont indispensables en vue de réaliser les 10 objectifs de la déclaration politique sur le VIH et le sida des Nations Unies de 2011[23].

Diverses approches de pair-éducation ont été développées mais le PNLIS a adopté et a mis en place en 2013 l'approche mère mentor (AMM) pour améliorer la rétention du programme PTME et contribuer à l'adhérence aux soins et au traitement ARV de femmes VIH+ et les membres de leurs familles. Cette approche consiste à former les femmes vivant avec VIH et à les intégrer dans les FOSA où elles travaillent en collaboration avec les prestataires pour assurer l'accompagnement psychologique des femmes VIH+. Elle contribue à soutenir et à éduquer afin d'autonomiser les femmes enceintes et allaitantes sur leur santé et celles de leurs familles. Selon l'ONUSIDA, cette approche permet d'amplifier la voix des femmes vivant avec le VIH pour que leurs connaissances soient diffusées et fassent l'objet d'actions [23].

Les différentes études qui se sont déroulées sur la PTME, en milieu urbain (Kinshasa et Lubumbashi) de la RDC:

Auteur	Année	Milieu	Objectif de l'étude	Type d'étude	Résultat principal	référence
Gill	2017	Urbain	Evaluation d'une procédure mise en œuvre par les prestataires et les mères mentor sur la rétention des femmes enceintes séropositives entre les premières et deuxièmes visites prénatales	Etude d'intervention (randomisée en grappe)	Les femmes du groupe contrôle étaient plus susceptibles de manquer une deuxième visite	[8]
Yotebieng	2017	Urbain	Evaluer l'association entre la dépression prénatale et la perte de vue et l'utilisation des services PTME	Essai contrôlé randomisé	La dépression prénatale n'est pas un prédicteur important de l'utilisation des services PTME	[24]
Yotebieng	2017	Urbain	Evaluer l'impact d'une mesure d'incitation par l'argent sur l'augmentation d'utilisation des services PTME	Essai contrôlé randomisé	la fourniture d'incitatif monétaire améliore la rétention dans la prévention des services de transmission de la mère à l'enfant principalement en atténuant l'effet négatif de ne pas avoir d'argent pour venir à la clinique.	[9]
Yotebieng	2017	Urbain	Déterminer si les femmes infectées par le VIH qui recevaient des incitations à rester sous traitement étaient aussi adhérentes au traitement antirétroviral et atteignaient le même niveau de suppression virale à 6 semaines après l'accouchement que celles qui ne recevaient pas d'incitations mais	Essai contrôlé randomisé	Bien que la fourniture d'incitatifs en espèces aux femmes enceintes infectées par le VIH ait entraîné une plus grande rétention à 6 semaines post-partum, parmi les personnes retenues, l'observance des ARV et la suppression virologique ne différaient pas selon le groupe d'étude.	[11]

			restaient également pris en charge.			
Yotebieng	2016	Urbain	Déterminer si des paiements en espèces modestes et croissants, conditionnés par la participation aux visites cliniques programmées et la réception des services proposés, peuvent augmenter la proportion de femmes enceintes infectées par le VIH qui acceptent les services de PTME disponibles et restent pris en charge.	Essai contrôlé randomisé	Parmi les femmes ayant récemment reçu un diagnostic de VIH, de petites incitations financières supplémentaires ont entraîné une rétention accrue le long de la cascade de la PTME et de l'utilisation des services disponibles. Le rapport coût-efficacité de ces incitations et leur effet sur la survie sans VIH justifient une étude plus approfondie.	[10]
Ngwej	2015	Urbain	Déterminer le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) dans la ville de Lubumbashi et en évaluer les facteurs de risque.	Etude transversale	Le taux de TME du VIH demeure fort élevé à Lubumbashi comme dans la plupart de pays en développement où les nouveau-nés continuent d'être infectés par le VIH de manière verticale alors que certains facteurs de transmission sont tout à fait souvent évitables. La réduction de cette transmission passe par une amélioration du système de suivi des grossesses dans notre milieu.	[7]
Amboko	2015	Urbain	Décrire la conformité des infirmières aux directives nationales sur la PTME dans certains	Etude transversale	La pratique des infirmières n'était pas conforme aux directives nationales de la PTME. Le score moyen de la conformité des	[14]

			sites de PTME de Kinshasa.		infirmières aux directives nationales PTME était de 74% et il diminuait progressivement et était significativement différent entre les différents services	
Edmonds	2015	Urbain	Evaluation des conséquences de la décentralisation de la PTME des services pédiatriques dédiés au VIH vers les centres des soins prénataux et d'accouchement	Etude de cohorte	Les services étaient fournis moins efficacement sur les sites de soins prénataux que dans les centres de traitement spécialisés à la prise en charge de VIH.	[13]
Ditekemena	2015	Urbain	Identifier les facteurs associés aux résultats de santé des nourrissons exposés dans un programme de PTME	Etude transversale	Le jeune âge de la mère, l'allaitement maternel suivi d'un sevrage avant l'âge de 6 mois et le dépistage du VIH de l'enfant étaient associés à de meilleurs résultats de santé infantile.	[25]
Maman	2012	Urbain	Comprendre les facteurs qui influencent les choix et les pratiques d'alimentation des nourrissons des mères vivant avec le VIH	Etude transversal qualitative	Les croyances des femmes et la sensibilisation à la transmission du VIH par l'allaitement, ainsi que l'information et le soutien du personnel clinique et d'autres membres de leurs réseaux de soutien ont influencé positivement leur alimentation exclusive.	[15]

## CHAPITRE 2: MATERIELS ET METHODE

### 2.1. Site

La présente étude a lieu dans la ZSR de Mosango, qui est l'une des 24 zones de santé de la province du Kwilu, en RDC.

#### 2.1.1. Organisation du système de santé au niveau de la zone

Le système de santé au niveau de la zone de santé est structuré en fonction de l'organisation du système de santé national en trois niveaux. C'est une structure pyramidale:

- Le niveau central avec un rôle normatif et régulateur ayant le ministère national, le secrétariat général, des directions, des programmes, et des hôpitaux nationaux et universitaires.
- Le niveau intermédiaire jouant le rôle d'appui technique aux zones de santé. Il s'agit des divisions provinciales de la santé et hôpitaux provinciaux.
- Le niveau périphérique, c'est la zone de santé, qui est le niveau de planification et d'opérationnalisation des activités des soins de santé primaires.

« C'est une entité géographique bien délimitée (diamètre maximum 150 km) contenue dans les limites d'un territoire ou d'une commune administrative, comprenant une population d'au moins 100.000 habitants (composée des communautés homogènes au point de vue socioculturel) avec des services de santé à 2 échelons interdépendants (centres de santé au 1er échelon et un Hôpital Général de Référence (HGR) au 2ème échelon), sous la supervision d'une Equipe cadre de la Zone de santé » [31].

La ZSR de Mosango a son siège dans le Territoire de MASIMANIMBA, secteur de MOSANGO. Elle possède 18 Aires de santé, dont un Hôpital Général de Référence portant le même nom, deux Centres de Santé de Référence avec au moins un Médecin généraliste, 18 Centres de Santé avec un infirmier titulaire et des auxiliaires et 23 Postes de santé [32].

#### 2.1.2. Sur le plan politique et sécuritaire [32]

La ZSR de Mosango n'a connu aucun problème d'ordre politique ni sécuritaire particulier.

#### 2.1.3. Sur le plan géographique

La ZSR de Mosango est limitée

- Au Nord avec la ZSR Yasa Bonga,
- Au Sud-ouest avec la ZSR Moanza,
- Au Sud-ouest avec la ZSR Pay Kongila,
- A l'Ouest avec la ZSR Masimanimba,
- Au Nord-est avec la ZSR Vanga,
- Au Sud-est avec les ZSR de Lusanga et Bulungu.

La ZS s'étend sur une superficie de 3350 Km<sup>2</sup> avec une densité de 38 habitants au km<sup>2</sup> et une population totale de 133 955 habitants. Le climat est tropical humide avec prédominance des collines et plaines au Nord, au centre et à l'Est et de la galerie forestière à l'Ouest. On enregistre deux saisons dans la zone : la saison des pluies de septembre en Avril et la saison sèche de Mai en Août.

Par routes, on accède à toutes les aires de santé avec la particularité du pool Kinzamba<sup>2</sup> à l'ouest (routes moins praticables et ponts en mauvais état). La population est essentiellement paysanne avec l'agriculture, l'élevage et la pisciculture de subsistance. Le pouvoir d'achat de la population est très bas (environ 1\$ le mois) exprimé par un taux d'insolvabilité élevé (12 %) à l'HGR. Les principaux groupes ethniques de la contrée et leurs dialectes sont: Mbala, Songo, Tshamba, Ngongo, Wungani et Suku. Les principales religions sont : catholique, protestante, Kimbanguiste, église des noirs, églises de réveil, musulmane. Quant aux us et coutumes en lien avec la santé de la population, certains pratiquent la médecine traditionnelle, faute de moyens financiers, et ne recourent à la médecine moderne souvent qu'en cas de gravité.

Le choix de cette ZSR se justifie par le fait qu'elle a été désignée comme une zone de démonstration de l'actuelle province du Kwilu (grand Bandundu à l'époque) depuis 2012. Cette ZSR est également appuyée par plusieurs partenaires dont Memisa-Belgique. Les activités de la PTME jusque-là ne sont intégrées que dans 7 sur 18 formations sanitaires (FOSA).

## **2.2. Choix de la méthode**

Cette étude est conçue comme une étude qualitative. Le choix de la méthode qualitative se justifie par le fait qu'elle permet de recueillir les données approfondies par les entretiens sur notre problématique, qui est une question à la fois sensible et complexe nécessitant une compréhension plus détaillée. Le choix de cette méthode qualitative nous permet aussi de recueillir des informations relevant de l'expérience et du vécu (perceptions) des bénéficiaires et prestataires de la PTME dans la ZSR de Mosango [33]. Les résultats que nous présenterons ne seront pas généralisables à toute la population mais plutôt contextualisables et ne concernent que notre échantillon.

## **2.3. Posture de l'enquêteur**

L'enquêteur n'a pas de regard interne dans la ZSR de Mosango, il n'a donc pas de connaissances précises de ce qui fonctionne ou pas à priori. Nous pensons que ce travail pourra aussi permettre à la ZSR de bénéficier d'informations utiles en matière de la PTME.

## **2.4. Echantillonnage**

Nos entretiens ont été menés individuellement auprès des bénéficiaires et des prestataires de chaque FOSA où est intégré le service de PTME, ceci, pour avoir une idée diversifiée de la

situation dans toute la zone. Etaient incluses les femmes enceintes séropositives suivies aux CPNs, les femmes séropositives en travail d'accouchement/ou ayant accouché et les femmes séropositives allaitantes. A ces critères s'ajoutaient la régularité ou non au service de PTME (abandon ou non) et l'ancienneté d'au moins deux ans depuis le dépistage. Elles ont été vues et interviewées discrètement, après explication et obtention du consentement éclairé, soit lors de CPN, accouchement, CPON, CPS soit à domicile pour celles qui sont surtout irrégulières.

Etaient également inclus les prestataires formés prenant part au sein de la FOSA aux activités PTME et ayant accompli deux ans de service rendu à la PTME. Elles ont été à leur tour aussi vues et interviewées au lieu de travail ou à domicile aux heures de leur convenance étant donné qu'elles habitent dans l'enceinte de la FOSA.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à la saturation, marquée par des redites de la part des prestataires et des bénéficiaires [33].

## **2.5. Description de l'échantillon**

Sur base des critères d'inclusion, nous avons défini une liste de candidats potentiels afin de réaliser nos recherches. Nous avons eu 8 bénéficiaires, une ne répondait pas aux critères prédéfinis car elle venait d'être dépistée depuis environ trois mois. Pour les prestataires, la ZS nous en a présenté 14, dont 9 seulement répondaient aux critères prédéfinis, et au cinquième entretien déjà nous avons atteint la saturation. Une explication de la modalité et des objectifs de l'étude étaient fournies et un consentement écrit requis avant de débiter l'entretien. Nous avons donc réalisé 14 entretiens dont 7 avec des prestataires et 7 avec des bénéficiaires avec leurs accords.

## **2.6. Collecte des données**

La collecte des données s'est faite par entretien semi-directif dans le but de permettre à l'interviewée de parler librement sans influence extérieure, étant donné que les questions étaient ouvertes [33]. Elle s'est faite durant presque un mois, soit du 21 Janvier au 15 Février 2018. Le guide d'entretien (voir Annexe) était composé de 14 questions ouvertes pour les prestataires et 19 questions ouvertes pour les bénéficiaires, avec possibilité de relance et de modification pour les deux catégories. En dehors de la partie introductive où l'enquêteur décline son identité, explique brièvement le but de l'entretien, garantit l'anonymat et demande aussi l'identité de l'interviewée, le guide d'entretien comportait les quatre parties suivantes :

- Une partie correspondant à une exploration des connaissances sur le concept de la PTME
- Une partie abordant l'expérience personnelle de la PTME

- Une partie correspondant aux obstacles sur l'utilisation de la PTME et des éventuelles recommandations.

Après sa conception, le guide d'entretien a été validé par le promoteur du mémoire et une attestation de recherche émanant de l'université nous a été octroyée, signée par le Doyen de la Faculté de santé publique et le promoteur du mémoire. Sur place en RDC, le but et l'objet de l'étude ont été expliqués au Médecin Chef de Division provinciale de la Santé du Kwilu et au Médecin chef de zone (MCZ) de la ZSR de Mosango. Le guide d'entretien a été traduit en kikongo, la langue locale et discuté ensemble avec le MCZ et l'équipe cadre de la ZSR (ECZ) afin d'adapter les questions trop sensibles à la culture locale et évoquer les questions liées aux problèmes éthiques.

Sur le plan pratique, l'infirmier superviseur (IS) en charge de la lutte contre le VIH nous a introduit auprès des interviewées et nous a laissé trouver un compromis sur le temps et le lieu du déroulement de l'entretien. L'entretien proprement dit n'a eu lieu qu'en présence de l'enquêteur seul avec l'interviewée.

Certaines questions du guide d'entretien ont été réadaptées sur terrain étant donné qu'aucun pré-test n'avait été effectué préalablement. Dans le contexte congolais, le VIH constitue une cause de stigmatisation. Nous avons veillé à garantir l'anonymat que ce soit pour les prestataires que pour les bénéficiaires. Pour que les interviewées se sentent à l'aise, nous leurs demandions de parler la langue qui leur semblait facile (Kikongo ou français).

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

Les entretiens enregistrés à l'aide de dictaphone, ont été retranscrits, réécoutés et traduits en français pour les entretiens en Kikongo, pour être analysés et présentés sous forme de résultats. Nous avons codé les interviewées pour des raisons de garantie de l'anonymat (Bénéficiaire 1 à 7= B1-B7 et Prestataire 1 à 7= P1-P7). La phase du traitement et d'analyse des données s'est déroulée en deux temps :

Le premier a consisté à la description de ce qui avait été dit par les interviewées afin de créer des catégories thématiques. Cette catégorisation thématique des données est rendue possible après lecture et relecture des entretiens. Ces thèmes ont été appuyés par les verbatim (propos des interviewées). Et le deuxième temps a consisté à l'interprétation de ce qui a été dit par les interviewées. Pour ce, nous avons procédé au découpage de matériau en unités de sens, avons donné des significations et avons expliqué les thèmes descriptifs. Nous avons expliqué les thèmes que nous avons décrits, nous avons essayé de donner les significations des tendances, afin nous avons fait des liens [33].

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

L'étude ne pourrait avoir lieu qu'après approbation et autorisation du comité d'éthique. Pour ce, nous avons soumis le protocole de recherche pour avis au Comité National d'Ethique de la Santé. Après son examen selon les lignes directives nationales d'éthique de la recherche impliquant des êtres humains du Ministère de la Santé de la RDC et conformément à la décision du CNES n°001/CNES/SR/03/2015 du 13 mars 2015 exigeant aux chercheurs œuvrant dans le secteur de la santé de soumettre leurs études à l'évaluation éthique, l'approbation et autorisation ont été données. L'étude se déroule dans la ZSR de Mosango, province du Kwilu en République Démocratique du Congo pour la période allant du 18 janvier 2018 au 18 juin 2019. (Voir annexe)

## CHAPITRE 3: LES RESULTATS

Les résultats que nous présentons suivent l'ordre de questions de notre guide d'entretien. Nous avons défini trois catégories à savoir: la connaissance des acteurs sur la PTME, leur expérience et les obstacles rencontrés par les acteurs dans la mise en pratique de la PTME.

Les participantes à notre étude ont les caractéristiques suivantes :

### 1. Bénéficiaire PTME

Code	Ancienneté	Régularité : Acceptabilité , Abandon/ Refus	Enfant : VIH+/-	Statut marital	Mari : VIH+/-	Durée entretien
B1	4 ans	Refus	-	Divorcée	Non testé	44 minutes
B2	7 ans	Refus	-	Veuve	+	39 minutes
B3	5 ans	Refus	+	Mariée	Non testé	40 minutes
B4	4ans	Refus	+ (décédé)	Mariée	Non testé	43 minutes
B5	3 ans	Acceptabilité	-	Mariée	+	50 minutes
B6	4 ans	Refus	+	Mariée	Non testé	52 minutes
B7	5 ans	Refus	+	Divorcée	Non testé	45 minutes

Nous avons interviewé 7 bénéficiaires, en raison d'une par FOSA. 6 d'entre elles n'avaient pas accepté les résultats sur la positivité du VIH à l'annonce, dont 4 ont eu des enfants avec VIH+, parmi lesquels il y a eu un décès.

S'agissant du statut marital, deux sont divorcées après l'annonce des résultats à leurs conjoints, une est veuve et 4 sont sous le toit conjugal avec des relations souvent disharmonieuses. 5 conjoints de 7 bénéficiaires ont refusé le dépistage, 2 se sont fait dépistés et sont VIH+.

La durée moyenne de nos entretiens est de 45 minutes.

## 2. Prestataire PTME

Code	Sexe	Ancienneté/ PTME	Niveau d'étude	Qualité/Fonction	Durée entretien
P1	F	9 ans	A1	Responsable de la maternité	50 minutes
P2	F	5 ans	A1	Infirmière Titulaire du CS	53 minutes
P3	F	4 ans	A1	Infirmière	48 minutes
P4	F	6 ans	A2	Infirmière	55 minutes
P5	F	2 ans	A1	Infirmière	46 minutes
P6	F	5 ans	A1	Infirmière	58 minutes
P7	F	3 ans	A1	Infirmière	51 minutes

Nous avons constaté que les prestataires interviewées dans la ZSR de Mosango sont toutes du sexe féminin. Ce choix de genre se justifie selon l'IS par le fait que la maternité en milieu rural est un milieu fréquenté principalement par les femmes. La présence des hommes comme prestataires à la maternité, réduisait la fréquentation. 6 prestataires sur 7, soit 85,71%, ont un niveau d'étude supérieur avec une expérience d'au moins deux ans et toutes sont infirmières. Les entretiens ont duré en moyenne 52 minutes.

### 3.1. Connaissances générales

#### 3.1.1. Concept PTME

Toutes les participantes à l'étude disent déjà avoir entendu parler de la PTME. Elles ont donc une certaine connaissance de l'objectif de la PTME.

Toutes les bénéficiaires comprennent et Considèrent la PTME, comme une mesure permettant à la mère porteuse du VIH de ne pas le transmettre à son enfant.

*« Ce sont des mesures qui nous permettent, nous qui avons la maladie du sida, de ne pas le transmettre à nos enfants qui sont dans le ventre et ceux qui sont nés. » B6*

Les prestataires à leur tour considèrent la PTME comme un volet important permettant à la mère séropositive de ne pas contaminer son enfant, et cela n'est possible que par certaines mesures prises.

*« La PTME, c'est un volet de la CPN. Principal d'ailleurs pour le moment. Ce sont des mesures visant à empêcher la TME. C'est grâce à certaines mesures prises. » P2*

### **3.1.2. Moments de la TME**

Les prestataires ainsi que les bénéficiaires connaissent les trois différents moments principaux qu'une mère séropositive peut contaminer son enfant du VIH. Elles ont cité de mémoire au moins un moment de la TME.

Toutes les bénéficiaires interviewées n'ont pas la maîtrise sur les trois modes de la TME, nombreuse d'entre elles se souviennent d'un ou de deux. Après relance, elles arrivent finalement à trouver.

*« L'enfant peut attraper la maladie pendant qu'il est dans le ventre de sa mère si la mère ne prend pas les médicaments contre le VIH. » B4*

*« Oui, lorsqu'on coupe le cordon avec les objets tranchant contaminés. C'est pourquoi, lors des CPNs, on nous demande de venir en salle d'accouchement avec une gilette neuve et deux paires de gants. Donc, pendant que nous accouchons à la maternité. » B4*

Après relance (reformulation) de l'enquêteur:

*« Pendant aussi l'allaitement quand il mord sa maman et avale son sang. » B4*

Les prestataires maîtrisent les trois moments de TME et focalisent leurs interventions en fonction de ceux-ci. C'est pendant les CPNs, l'accouchement et CPON lors de l'allaitement.

*« A la CPN1, toute femme est soumise au test du VIH après Counseling. Presque toutes acceptent, on leur annonce les résultats. Les femmes qui échappent à la CPN1 sont rattrapées soit à la CPN2, soit à la CPN3 soit encore à l'accouchement ou en CPON. C'est ça en général. On commence par le DCIP. Pour les femmes dépistées positives, nous les mettons sous un schéma selon le protocole national : 3TC (atenofovir et l'efavirenz). C'est un peu ce que nous faisons. » P2*

### **3.1.3. Alimentation du nouveau-né**

Les bénéficiaires et les prestataires connaissent l'exclusivité de l'allaitement maternel pendant les six premiers mois, mais son application dépend d'une femme à l'autre, des conditions et des considérations culturelles du milieu.

Toutes les bénéficiaires reconnaissent être éduquées (sensibilisées) lors des CPNs sur l'AME pendant les six premiers mois. Certaines admettent le respecter.

*« On nous demande d'allaiter nos enfants au lait maternel les six premiers mois, même pas lui donner de l'eau. Après il peut manger le luku (fufu) pour nous qui n'avons pas de moyens d'acheter le nido (lait artificiel). » B1*

Il y a en revanche des bénéficiaires reconnaissent ne pas respecter cette durée pour diverses raisons, comme les moyens financiers et la culture.

*« Mes enfants mangent bien à l'âge de 5 mois, mais à 4 mois, je leur donne déjà la*

*bouillie et à 6 mois, le fufu parce que je n'ai pas d'argent pour leur offrir chaque jour le lait artificiel. » B5*

*« Je ne veux pas attendre par ce que si l'enfant ne mange pas à temps le fufu, il ne mangera plus. Il aura le dégoût du fufu. Alors imaginez ici, si, vous ne mangez pas du fufu, vous n'avez pas de place ici, par ce que c'est notre nourriture de base. Et nous comment nous avons grandi ? Nos mamans nous donnaient le fufu déjà avant six mois. » B5*

Les prestataires interviewés reconnaissent qu'elles informent (sensibilisent) les femmes qui viennent en CPN, accouchements et CPONs sur la nécessité de l'AME, mais souvent certaines ne respectent pas cette durée pour certaines raisons comme croyances culturelles ou traditions.

*« L'enfant est né, jusqu'à 6 mois doit bénéficier obligatoirement de l'AME, il doit bénéficier aussi de la Névirapine, on doit le dépister à l'aide du test PCR. On doit ajouter d'autres aliments : la bouillie, le fufu après six mois. On évite l'allaitement mixte parce que ça peut léser les muqueuses, alors que dans le lait maternel il y a des virus qui facilement peuvent trouver un bon moment et se transmettre. On a un problème sérieux pour ça. En tout cas de ce côté, nos mamans ne respectent pas. Elles pensent que si leurs enfants ne mangent pas du fufu avant six mois, ils ne vont plus jamais manger, et comment ils vivront sans fufu ? Donc, il y a aussi cette tradition. » P1*

*« Bon... d'abord beaucoup plus l'ignorance ou la négligence, même pas pour les femmes séropositives. Mais dans notre pays il y a la politique d'AME jusqu'à six mois. Peu de femmes le respectent parce qu'elles ont ces habitudes propres à elles : les croyances et us et coutumes. Elles nous disent souvent : '' nous tous avons vécu à l'époque où on mangeait à trois-quatre mois pourquoi pas mon enfant ?''. Donc, c'est beaucoup lié aux habitudes de la société, ce qui fait qu'une maman séropositive néglige le régime qu'on lui soumet pour son enfant. » P2*

## **3.2. Expérience de la PTME**

### **3.2.1. L'annonce des résultats**

L'annonce de la positivité du test n'est pas facile aussi bien de la part des prestataires que celle des bénéficiaires par rapport aux réactions développées par ces dernières. C'est un moment tellement très complexe qu'il faudrait gérer les émotions pouvant amener jusqu'au suicide des bénéficiaires. Beaucoup de questions de la part de bénéficiaires se posent sur l'origine, le moment et l'avenir. Souvent, elles refusent et après un temps, certaines acceptent soit par les conseils de prestataires, soit à des conséquences directes (détérioration ou dégradation de sa santé physique) ou indirectes (enfant atteint du VIH).

Pour les bénéficiaires, l'annonce de la positivité du test est accompagnée d'une stupeur,

d'une incrédulité passagère et/ou de la recherche d'une explication ou de l'origine de la maladie ou encore de la culpabilité ou encore de son devenir. 6/7 bénéficiaires reconnaissent ne pas accepter la maladie à l'annonce de résultats positifs.

*« Au début, quand on m'avait annoncé que j'étais malade du Sida, je n'en revenais pas. Je me suis posé beaucoup de questions sur son origine : Est-ce venu de mon mari ? Des sorciers ou des jaloux ? J'ai failli même me suicider. » B1*

*« Au début de la maladie comme je l'ai dit, ce n'était pas facile pour moi de l'accepter. Je me suis plainte et me suis demandé pourquoi ça m'arrive ? Pourquoi maintenant ? Pourquoi seulement moi ? Qu'est-ce que je deviendrai avec cette maladie ? Est-ce que j'avais volé quelque chose pour que je mérite ça. » B5*

*« Peu, après l'annonce des résultats, on me dit que je suis porteuse du VIH. Du coup, j'ai transpiré et je suis tombée, j'ai commencé à pleurer. L'infirmière a eu même peur. Elle m'a longuement parlé, j'ai catégoriquement refusé. Depuis, je ne revenais plus aux CPNs jusqu'au jour d'accouchement dans un autre centre (FOSA) où je savais qu'on ne faisait pas le test du VIH. » B7*

Certaines bénéficiaires doutent même des résultats, changent des FOSA pour confronter ceux-ci.

*« Ce n'est pas facile à supporter les premiers jours. On est prêt à se donner la mort si l'on n'a pas de soutien. Au début, j'ai changé d'endroit pour les examens, je doutais, je me disais peut-être qu'ils se sont trompés de résultats. Je suis allée refaire à Kikwit, puis à Kinshasa, le résultat revenait le même. » B2*

D'autres encore développent un sentiment de culpabilité

*« Je m'en souviens quand je me mariais avec le père de mes enfants, celui qui m'a donné cette maladie, tout le monde de ma famille s'y opposait. Tellement je l'avais aimé, on s'était marié. Et voilà aujourd'hui ce qui m'est arrivé. Je n'ai pas ce courage de...(Pleurs) » B4*

Pour certaines, elles développent une stratégie d'évitement ou d'accusation.

*« Depuis, je ne revenais plus aux CPNs jusqu'au jour d'accouchement dans un autre centre (FOSA) où je savais qu'on ne faisait pas le test du VIH. » B7*

*« C'est lui (le mari) qui m'avait donné cette maladie, il avait beaucoup de copines. » B2*

Souvent, l'acceptation/la résignation a été favorisée par les conseils du personnel de santé. Les conseils et les explications donnés par les prestataires de la PTME permettent à certaines bénéficiaires de revoir leur décision prise au départ : celle de refuser le service de PTME.

*« Au début de la maladie comme je l'ai dit tantôt, ce n'était pas facile pour moi de*

*l'accepter. Je me suis plainte et me suis demandé pourquoi ça m'arrive, est ce que j'avais volé quelque chose pour que je mérite ça. Après les conseils des infirmiers, je me suis adaptée. J'avais d'abord refusé le traitement, puis après, j'ai dû accepter, ce qui a fait que selon les infirmières mon enfant ne soit pas atteint de cette maladie. Je suis fière de ne pas transmettre la maladie à mon enfant. » B6*

Certaines bénéficiaires acceptent le service de PTME suite à des conséquences ou aggravation des conditions sanitaires de leurs enfants ou d'elles-mêmes.

*« Quelques mois plus tard, l'enfant est tombé malade, le centre de santé (FOSA) le réfère à l'HGR. De là, on demande le dépistage du VIH, et le résultat a révélé que l'enfant aussi était atteint. Ils m'ont demandé de me faire dépister, j'ai accepté comme si je ne connaissais pas mon statut sérologique. J'ai refait, positif. Après beaucoup de conseils, j'ai finalement accepté de prendre les médicaments pour moi et l'enfant. Malheureusement, j'étais enceinte d'environ trois mois ; j'ai demandé s'il faudrait avorter, et on m'a dit que si je me conforme aux conseils de la PTME, l'enfant peut naître et vivre sans VIH. Cette fois, j'ai commencé à suivre les CPNs et à prendre correctement les médicaments pour juste tenter cette expérience. » B7*

L'adaptation au service de PTME s'accompagne d'un sentiment de satisfaction lorsque l'enfant est indemne du VIH, ou de l'apparence de son état de santé physique, ce qui conforte même l'image positive de la PTME auprès de certaines bénéficiaires.

*« Je vis aujourd'hui comme tout le monde, mon enfant n'est pas porteur de cette maladie. Donc, je peux confirmer que la PTME est une bonne chose par ce que je n'ai pas transmise la maladie à mon enfant. » B1*

*« Cette fois, j'ai commencé à suivre les CPNs et à prendre correctement les médicaments. Aujourd'hui où je vous parle, mon deuxième fils qui a trois ans n'a pas de VIH. » B7*

Et pour d'autres bénéficiaires, l'adaptation au service de PTME s'accompagne d'un sentiment de culpabilité lorsque l'enfant est infecté, ou lorsque son état de santé physique paraît dégradant.

*« Seulement, je regrette, si j'avais commencé avant le traitement, je crois que je n'aurais pas contaminé mon enfant ». B3*

Les prestataires à leur tour craignent de la réaction que pourraient avoir les bénéficiaires à l'annonce des résultats.

*« Bon, l'expérience que j'ai comme prestataire de la PTME : ce n'est pas facile d'annoncer le résultat à une femme porteuse du VIH, surtout celle qui est enceinte. Parce que nous avons vu des femmes piquer des crises à l'annonce des résultats, développer une*

*agressivité, vous causer du tort au même moment. Ce n'est pas facile je vous le dis. En soit, ce n'est pas une maladie facile à accepter, mais petit à petit, nous travaillons pour qu'elles comprennent que c'est une maladie comme toute autre qui a un traitement pouvant allonger la vie. Elles n'acceptent d'un seul coup. » P3*

Les prestataires disent aussi que l'acceptation à l'adhésion au service de PTME est souvent favorisée non seulement par les explications du personnel de santé, après un bon Counseling, mais aussi par la notion de temps, de la chaîne d'information et du lieu. Peu des femmes arrivent finalement à accepter librement, nombreuses en revanche refusent et reviennent à une autre occasion, pour une autre raison, souvent les conséquences ou complications de la maladie.

*« En tout cas pour moi, les choses ont beaucoup évolué parce qu'au début c'était difficile pour parler du VIH aux femmes, par après ça devient presque la routine. Aujourd'hui, je peux vous dire qu'on a gardé des relations avec des femmes que nous avons diagnostiqué VIH+. Avec l'option B+, on a amoindri les choses, par exemple pour mettre la femme sous ARV ça ne demande plus la présence du médecin comme c'était le cas. Cela favorisait aussi le refus pour certaines femmes parce que, pour elles l'information devrait rester entre elles et la personne qui l'a sensibilisé, dépisté et diagnostiqué point barre. Faire venir le médecin comme troisième personne, qui de fois celui-ci est occupé et ne vient pas à temps, était perçu pour les femmes comme manque de confidentialité. » P2*

La satisfaction de la PTME n'est pas seulement du côté des bénéficiaires, mais aussi du côté des prestataires qui prennent des mesures nécessaires de protection avant de poser certains actes chez une PVV, étant donné que son statut sérologique est bien connu.

*« La PTME, est meilleure parce que ça protège le couple mère-enfant. Beaucoup de bénéficiaires viennent témoigner, viennent nous remercier. Nous aussi comme prestataires, nous avons appris à être prudentes, à nous protéger devant une PVV. » P6*

*« Pour celles qui respectent les conseils, elles accouchent des enfants indemnes du virus contrairement aux têtues. Vraiment la PTME est une bonne chose. Par la PTME, même nous prestataires, sommes aussi protégées parce que nous connaissons le statut sérologique de chaque accouchée et nous prenons garde. » P1*

### **3.2.2. Lieu d'approvisionnement ARV (médicaments)**

Les bénéficiaires et prestataires interviewées reconnaissent les FOSA comme lieu de livraisons et réception des ARV. Il arrive cependant que la livraison se fasse exceptionnellement à domicile lors de visites par les prestataires.

Les bénéficiaires interviewées affirment recevoir les médicaments principalement aux

FOSA, à des rares fois à domicile lors des prestataires. Elles affirment aussi avoir reçu à un certain moment une motivation financière et nutritionnelle comme du lait artificiel qui a été interrompue par la suite. Elles s'interrogent sur les causes de cette interruption.

*« C'est au centre de santé ou à l'HGR que nous allons chercher nos médicaments, des fois à domicile, c'est l'infirmière superviseuse qui vient nous les laisser. » B3*

*« C'est au centre de santé ou à domicile. Au début, on nous donnait du lait, la nourriture, un peu d'argent et le médicament. Mais actuellement, à part le médicament, il n'y a plus rien. On ne sait pas est ce que c'est l'Etat qui ne nous envoie plus ou les gens de Mosango qui mangent à notre place. » B4*

### **3.2.3. Contexte du dépistage**

Moins de bénéficiaires du service de PTME connaissent leurs statuts sérologiques avant la première visite. Elles viennent le connaître à des circonstances telles que la grossesse en CPN, l'accouchement et rarement en CPON ou à une autre occasion.

*« C'est lors de mon accouchement à l'HGR. Je suivais mes CPN au Centre de Santé X, comme je saignais, on m'a référé à l'HGR pour une meilleure prise en charge. De là, on m'avait dit que le placenta barrait la sortie du bébé (placenta prævia), on a décidé de me faire la césarienne en urgence. C'est à cette occasion qu'on a découvert cette maladie. » B6*

Chez certaines, le dépistage se fait suite soit à une maladie préexistante, soit à une découverte fortuite.

*« Les circonstances pour moi ont été bizarres. Tout a commencé par la toux alors que j'étais enceinte d'un mois. Je banalisais. La toux persistait, j'amaigrissais. Je suis allée à l'Hôpital et on m'a demandé de donner le crachat, on a remarqué que j'étais atteinte de la tuberculose. Quelques jours après, on m'a demandé si je pouvais faire l'examen de VIH, j'ai accepté et on m'a annoncé le résultat, positif. » B2*

Soit encore pour des raisons d'élargissement du diagnostic en couple.

*« La maladie était découverte chez mon mari, il maigrissait, il toussait, ne mangeait pas puis après, ils m'ont demandé d'aller me faire examiner aussi ; j'y suis partie et le résultat était positif. » B5*

Les prestataires disent aussi que c'est rare que des femmes qui viennent pour la première fois et qui connaissent leurs statuts sérologiques. Elles sont alors récupérées par un dépistage de rattrapage.

*« A la CPN1, toute femme est soumise au test du VIH après Counseling. Presque toutes acceptent ces derniers temps, on leur annonce les résultats. Les femmes qui échappent à la CPN1, sont rattrapées soit à la CPN2, soit à la CPN3 soit encore à*

*l'accouchement ou en CPON. C'est ça en général. » P2*

### **3.2.4. Le réseau du soutien/Réaction de l'entourage**

Les prestataires rapportent et les bénéficiaires disent que les relations de la femme enceinte/mère VIH+ avec sa communauté sont souvent tumultueuses. Il n'y a pas souvent de soutiens communautaires. C'est ce qui est parfois à la base du refus ou de l'abandon du service de PTME par ces dernières.

Certaines réactions/attitudes sont observées de la part du conjoint et/ou de certaines personnes environnantes ne favorisent l'utilisation du service.

#### **3.2.4.1. Le Conjoint**

La quasi-totalité des femmes bénéficiaires interviewées rapportent une détérioration de leur relation de vie de couple voire une rupture/divorce, un abandon, un manque de soutien ou d'implication de leur conjoint dans la PTME. Ceci est le cas lorsque la maladie a été découverte chez la femme en premier lieu. Le fait que la femme aille se faire dépister sans autorisation maritale et venir informer son mari le résultat est considéré par ce dernier comme manque de respect et de pouvoir. La venue de la PTME est perçue pour certaines bénéficiaires, comme déstabilisateur et séparateur des couples.

*« Il était très fâché, par ce que je suis allée faire cet examen sans son autorisation. Selon lui, c'est moi qui suis à la base de cette maladie, alors que lui a des nombreuses maitresses. Depuis ce temps, il a quitté la maison et je ne sais ce qu'il est devenu. Il paraît qu'il est au plateau de Batéké travaillé les champs. Donc, il m'a abandonné parce que je lui avais annoncé que j'étais malade et qu'il devait lui aussi se faire dépister. Voilà...là où nous amène votre PTME. » B1*

*« Bon, à la première grossesse, le connaissant, je ne lui avais pas dit. C'est un gars incompréhensif et difficile à vivre. Mais quand l'enfant était malade à l'hôpital, on m'a demandé si on pouvait parler à mon mari la situation du bébé et la mienne ; j'ai accepté. On nous a fait asseoir, mais la personne qui parlait n'avait pas fini. Il a créé des incompréhensions terribles comme quoi, je suis pute, c'est moi qui suis à l'origine alors de cette maladie. En tout cas il a beaucoup parlé, je commençais à pleurer. On lui a alors demandé s'il pouvait passer les examens, il a refusé en disant que lui n'était pas malade et ne voyait pas le motif de cet examen. Il est sorti du bureau et est rentré au village. A la maison, rien ne va. Nous vivons « **Iran-Irak** » (guerre interminable dans le contexte du milieu). Nous avons fait la séparation des corps. » B7*

Les prestataires rapportent comme les bénéficiaires l'ont dit que, souvent après annonce des résultats, il y a la dysharmonie conjugale, le couple s'attribue des causes (responsabilités) de la maladie jusqu'au divorce, au manque de soutien ou d'implication.

Dans beaucoup de cas, ce sont les maris qui en font un problème, quand c'est chez la femme que la maladie est découverte.

*« Certaines développent une agressivité vis-à-vis de leur mari et vice-versa, comme quoi, c'est lui ou elle l'auteur ; à la fin, il y a des divorces. Mais, c'est souvent les maris qui posent des problèmes. » P4*

Une femme bénéficiaire interviewée reconnaît avoir le soutien de son conjoint. Dans ce couple, c'est chez l'homme que la maladie a été découverte en premier, et aussi le niveau d'éducation de la femme qui est un peu élevé.

*« Bon, nous sommes tous deux intellectuels, c'était normal. Personne n'en avait fait problème. Nous, nous aimons tellement, nous nous soutenons. » B5*

Pour préserver l'harmonie conjugale, certaines femmes bénéficiaires avouent n'avoir jamais informé leur conjoint de leurs statuts sérologiques.

*« Jusque-là, je ne lui ai pas dit. A l'Hôpital, on lui avait demandé aussi de faire les examens, il a refusé catégoriquement. « Je ne suis pas malade, pourquoi, dois-je être examiné ? A l'Hôpital, on y va lorsqu'on est malade » (a-t-il dit). Et moi aussi je ne lui ai pas dit que je suis atteinte de cette maladie. Cela pour éviter des tensions au foyer. Je dois protéger mon mariage, mes enfants sont encore jeunes, s'il me quitte que deviendrais-je ? » B6*

Craignant le pire qui pourrait arriver, quelques prestataires rapportent qu'il y a des bénéficiaires qui ne veulent pas partager l'information de leurs statuts sérologiques avec leurs maris.

*« Il y a la peur de divorce, généralement, les femmes ne veulent pas que leurs maris soient informés. Peur de rejet par la société (famille, ami et autres). » P1*

*« Toujours dans la PTME, vous pouvez dépister une femme enceinte VIH+, mais elle n'arrive pas à annoncer à son mari avec qui elle vit, suite à des problèmes qui pourraient naître. Nous aussi, ça nous pose trop de problèmes, nous ne pouvons pas lui informer. » P3*

Il y a des prestataires interviewés qui sont même sujettes des menaces de la part des conjoints après annonce des résultats. Ces menaces surviennent souvent quand la femme accuse son mari d'être auteur de la maladie.

*« Une fois, nous avons eu de menaces de la part d'un Monsieur, disant que c'est nous qui étions à la base de leur divorce parce que nous avons dépisté sa femme. » P4*

#### **3.2.4.2. Soutien familial**

Le soutien familial dépend de l'ouverture ou non de la bénéficiaire c'est à dire de la façon dont elle gère l'information dans son réseau.

Certaines bénéficiaires avouent avoir reçu le soutien de certains membres de leur famille restreinte lorsque ceux-ci sont informés de leurs statuts.

*« Bon... oui, mes parents me soutiennent quand même. Je suis d'ailleurs chez eux ; je leur ai tout expliqué. Ils me soutiennent. Mes frères et sœurs biologiques aussi. » B7*

D'autres en revanche évitent d'informer les membres de leur famille de leur statut pour diverses raisons comme la peur du rejet par la société selon l'expérience vécue.

*« Personnellement, je n'ai dit à personne même les gens de ma famille... Parce que ma mère était morte de cette maladie, malgré que j'étais en 1ère secondaire, je comprenais quand même. Toute la famille avait lâché maman, personne ne s'occupait d'elle ni de nous. Maman est morte comme ça sans assistance de ses frères et sœurs biologiques et autres. Pour sa famille, la maman avait fait leur honte, comment elle pouvait contracter cette maladie. C'est qu'elle était pute. Ma grande sœur, l'ainée de notre famille était aussi morte du sida et c'était la même attitude que nos oncles, tantes et grands parents avaient affiché. N'eût été son mari, ses enfants et nous, cela aurait été catastrophique. Moi, ayant vécu ces situations, je ne vois comment informer ma famille. Mes enfants sont encore petits, je prie le bon Dieu qu'ils grandissent enfin que je leur dise ce que j'ai comme maladie. Mes enfants ne me rejeteront pas. » B3*

#### **3.2.4.3. Soutien communautaire/entourage lointain**

Le soutien de la communauté n'est pas perçu souvent par les bénéficiaires interviewées. En dehors de leur famille restreinte, elles disent avoir uniquement le soutien des prestataires de santé par des visites à domicile.

Une seule femme affirme avoir en outre le soutien de son amie.

*« Ce sont les agents de la santé et mon amie, le reste, comme ils ne sont pas informés, ils n'auront pas le courage de m'aborder quoi... Mais, il y a quand même une amie qui a eu le courage de me demander, je lui ai dit, et elle m'a encouragée de prendre les médicaments afin d'héberger mes enfants. C'est la seule personne. » B3*

Certaines femmes affirment être prêtes à sortir de la clandestinité, notamment pour aider les autres femmes comme mère mentor (pairs éducateur) afin de partager leur expérience.

*« Je me prépare comment leur dire et surtout maintenant qu'on m'a abordé pour devenir mère-mentor. Je me dévoile, il n'y a pas de choix. D'ailleurs c'est une maladie comme toute autre. » B2*

### 3.3. Les obstacles

#### 3.3.1. Stigmatisation

Les bénéficiaires disent et les prestataires rapportent que les dires, le comportement et l'attitude qu'affiche l'entourage pourraient constituer des obstacles dans le service de PTME, ce qui fait qu'elles fréquentent clandestinement ce service, avec risque de refus ou d'abandon.

Certaines bénéficiaires perçoivent la PTME comme un isolement (quarantaine), elles disent avoir la peur d'être rejetées (mises à l'écart) par la société et ne veulent pas partager leur expérience ou informer les autres de leurs statuts sérologiques. Elles fréquentent alors secrètement le service de PTME.

*« Il y a par exemple la peur d'être rejetée par l'entourage, parce que quand vous avez cette maladie, les gens de fois ne mangent même pas ce que vous avez préparé ou touché. Ils deviennent réticents quoi. Ils vous isolent quoi... » B1*

*« Bon, les causes sont nombreuses telles que le rejet dans la société, surtout quand les gens vous voient fréquenter le bâtiment où se passent les activités de la PTME. » B6*

*« Je peux citer, la peur d'être écarté dans les sociétés, les gens se moquent de vous, vous déconsidèrent, vous qualifient de pute, alors que cette maladie ne se transmet pas seulement par les voies sexuelles. » B7*

Pour les prestataires, certaines bénéficiaires avouent avoir la peur d'être rejetées par la société et ne veulent pas partager leur expérience ou informer les autres de leur statut. Elles fréquentent alors discrètement le service de PTME, changent de FOSA, communiquent parfois des fausses adresses.

*« Ok..., il y en a beaucoup. Il y a des femmes, elles savent au départ qu'elles ont été dépistées PVV à Kikwit, Kinshasa ou à Masimanimba, elles viennent juste vérifier leur statut. Après l'annonce, elles s'évadent. Souvent, elles nous laissent des fausses adresses. Quand vous allez les visiter, on ne les connaît pas. Tout ça parce qu'elles ont peur de la réaction de la communauté. C'est la honte qui fait ça quoi... » P3*

*« Surtout, la honte ou peur... Donc si c'est la stigmatisation. Elles ne veulent pas que quelqu'un les voit fréquenter le service de PTME. Elles viennent secrètement. D'autres femmes ne veulent pas aussi que leurs maris sachent qu'elles sont PVV. » P4*

D'autres encore viennent des ZR autre que Mosango, constituant ainsi une population flottante, évitant d'être vues et reconnues par des personnes qui les connaissent.

*« Premièrement, parfois sont des malades qui ne viennent pas nécessairement de notre ZS, mais qui pour des raisons de clandestinité ont acceptée de se faire dépister loin de leurs domiciles. C'est une population flottante. » P2*

### **3.3.2. Manque de confidentialité (divulgence de secret par les professionnels de santé)**

Les prestataires et les bénéficiaires reconnaissent un manque de confiance qui règne chez les bénéficiaires vis-à-vis des prestataires. Le non-respect du secret médical est l'une des causes justifiant ainsi la non adhésion de service de PTME.

Toutes les bénéficiaires accusent les prestataires de ne pas garder leurs secrets, une raison qui fait qu'elles refusent ou abandonnent le service.

La façon de dire et de faire de prestataires décourage les bénéficiaires à fréquenter de fois le service de PTME. Elles perçoivent comme-ci les prestataires n'ont pas de confiance, divulguent leur secret directement ou indirectement.

*« Souvent les infirmières divulguent les secrets. Par exemple, je vois comment on traitait mon bébé devant les autres malades : pour mon bébé, les infirmières mettaient deux paires de gants mais pour d'autres elles ne mettaient pas de gants et ç'attirait la curiosité des autres accouchées. » B1*

*« Personnellement, au début j'avais refusé catégoriquement le TARV, parce que d'abord, je doutais du diagnostic ensuite j'avais abandonné parce que, quand j'avais accouché, le bébé avait des problèmes qui nécessitaient le traitement. Le médecin a sensibilisé l'équipe infirmière de faire attention. Tout le monde était devenu un peu réticent, négligeant le traitement de mon bébé. Pour deux jours seulement, j'ai eu à acheter plus de 20 gants pour son traitement. Ça attirait l'attention de mon entourage, les gens se demandaient de quelle maladie souffre cet enfant pour qu'on utilise beaucoup de gants à lui seul ? Tous les bébés, leur traitement ne nécessite pas la mise des gants seulement mon bébé... Pourquoi ? Et ces gants, il faut les acheter. Finalement, mon bébé était mort, et les gens murmuraient déjà. Du coup, j'étais découragée, je ne fréquentais plus pendant un bon moment cet Hôpital. Jusqu'à maintenant, ça me fait très mal. Donc, un problème de secret. » B4*

Certains prestataires à leur côté avouent ne pas de fois garder le secret des malades, ce qui fait qu'il y ait soit, refus, soit abandon, soit perte de vue. Cela suite à la mauvaise gestion de la chaîne de confidentialité.

*« Bon...Il y a beaucoup de causes : prenons d'abord le cas d'abandon, refus de traitement, mais aussi par rapport à la chaîne de confidentialité (secret médical), une fois divulguer le statut sérologique d'une personne sans son consentement pose problème. Nous avons des causes liées à nous prestataires par manque de confidentialité. » P2*

### **3.3.3. Croyances culturelles**

Souvent, en milieu rural, la maladie ou le décès a une cause occulte, surtout pour des maladies chroniques n'ayant pas de traitement curatif. C'est le cas du VIH par exemple.

Les bénéficiaires et les prestataires reconnaissent la place qu'occupe la croyance culturelle dans le VIH. Le doute qu'ont les femmes enceintes ou mères séropositives à l'annonce des résultats les poussent de fois à aller consulter les marabouts, se réfugier dans l'église, croire au mauvais sort ethnico-clanique, la jalousie et à la malédiction. Le VIH est perçu comme une situation ayant des causes mystérieuses pour certaines bénéficiaires.

Certaines croyances religieuses poussent les bénéficiaires de la PTME à refuser ou à abandonner le TARV pour adopter un traitement venant d'un guérisseur traditionnel ou d'une autorité religieuse ou chef spirituel.

*« Moi, j'avais abandonné le TARV pour cette cause : je prie à l'église LILOBA (la parole en lingala), notre chef spirituel avait témoigné que sa femme avec qui il vit était atteinte du VIH avant leur mariage, il ne l'avait pas amené à l'Hôpital, ni chez les marabouts, il ne lui donnait que du jus de notre église. Nous avons deux sortes de jus : du pétrole et du coco. En tout cas, si vous les prenez, ça va vous aider, donc ça va éradiquer le VIH de votre corps. Moi, ayant entendu ce témoignage, je me suis dit que Dieu peut aussi faire, comme il a fait pour la femme de notre chef spirituel. C'est à partir de là que j'avais négligé le traitement, et j'avais remarqué que ça m'amenait vers la mort. Finalement j'ai repris le traitement et je suis en bonne santé. » B3*

Une bénéficiaire rapporte que certaines personnes refusent aussi de prendre les médicaments parce qu'elles perçoivent que le VIH est lié à la sorcellerie et sa guérison proviendrait aussi d'un autre sorcier, étant donné que la médecine moderne trouve des limites à ce propos.

*« Il y a une dame que je connais personnellement et qui avait abandonné les médicaments modernes pour l'indigenothérapie que lui donnait un marabout de leur village. » B5*

D'autres encore mettent Dieu en épreuve

*« Certaines personnes refusent ou abandonnent aussi la PTME parce que selon elles : **Nzambe akosala**, (Dieu va agir ou va faire.) comme si elles tentaient Dieu.» B5*

Il y a des prestataires qui rapportent aussi que certaines bénéficiaires ne croient pas à l'existence du VIH et d'autres encore croient mais attribuent la cause à la sorcellerie.

*« Il y a des causes liées aux femmes elles-mêmes, il y a des femmes qui ne croient pas à l'existence du VIH, il y a des celles qui croient à la sorcellerie. 'Une fois j'ai eu à m'entretenir avec une femme qui refusait d'être prise en charge pour la PTME, pour elle c'est une maladie diabolique suite à mauvais sort jeté par ses oncles parce que son mari n'a pas versé la dot, et que ça ne servait pas de prendre les médicaments, dès que son mari*

*versera la dot, la maladie partira aussi'. » P2*

D'autres encore refusent catégoriquement, citant des personnes qui ont été atteintes et guéries du VIH sans pour autant passer au service de PTME ou à un autre service médical. Elles perçoivent cela comme un problème coutumier ou traditionnel.

*« Une femme enceinte VIH+ m'avait dit ceci : Ce n'est pas vrai ce que vous venez de me dire, je ne suis pas la première dans notre famille à souffrir de cette maladie. C'est la sorcellerie, c'est un sort de notre famille parce que telle personne dans notre famille a déjà souffert de ça et elle n'avait pas eu de traitement et elle s'est rétablie, moi aussi je ne crois pas que ça soit une maladie divine. C'est un problème qui est lié à notre coutume. » P3*

### **3.3.4. Accessibilité**

Les bénéficiaires et les prestataires évoquent que l'accessibilité géographique, financière et nutritionnelle constituent des causes qui font que le service de PTME soit moins utilisé.

#### **3.3.4.1. Géographique**

Les prestataires et certaines bénéficiaires ont évoqué la distance qui sépare les domiciles des bénéficiaires et les FOSA comme obstacle. Les bénéficiaires se découragent aussi par le fait que les intrants ne sont pas souvent disponibles dans ces FOSA après avoir parcourue des distances énormes à pieds, elles rentrent souvent sans bénéficier du service.

*« La distance avec la FOSA, parce qu'il y a des malades qui font 30-40 Km à pieds voire plus pour venir chercher les médicaments et refaire le contrôle. Et des fois ils rentrent avec une ou deux sortes de médicaments au lieu de trois comprimés qu'on nous donnait au paravent, mais maintenant heureuse chance qu'on nous donne un seul comprimé. » B2*

Quelques prestataires ont aussi évoqué la distance entre FOSA et le domicile des bénéficiaires comme une barrière au TARV et au suivi à domicile des bénéficiaires.

*« Imaginez, les malades quittent plus de 30 Km à pieds, quand elles arrivent pour le contrôle, l'Hôpital n'a pas de tests ou de médicaments par exemple. Est-ce que prochainement elles auront le courage de revenir ? Elles parlent de la distance de leurs domiciles à ici pour venir prendre les médicaments et d'autres bilans à faire. » P1*

*« Les causes sont énormes, il y a la distance : il y a des personnes qui quittent à plus de 20 Km à pieds, arrivées ici peut être qu'elles doivent encore faire deux trois jours pour attendre les médicaments ou la réalisation de certains bilans et elles n'ont rien à manger pendant leur séjour ici. Cela leur fatigue et refuse de rentrer prochainement, pouf! Elles abandonnent carrément. » P4*

### **3.3.4.2. Financière**

Les bénéficiaires et prestataires à l'unanimité ont évoqué le manque de motivation financière comme un frein au service de PTME.

Toutes les bénéficiaires estiment que le volet finances pourrait constituer un incitant pour le service de PTME.

*« Ce qui fait aussi que certains abandonnent ces médicaments par ce que nous ne sommes pas soutenues financièrement. Si les chefs peuvent nous assister financièrement » B1*

Les prestataires évoquent la motivation financière liée à leur travail comme un frein au service de PTME. Ceci est à la base du changement de métier ou de l'exode rurale de certains prestataires formés en PTME. Ce sont les mêmes raisons qui font aussi que la PTME ne soit pas effective dans la communauté, qu'elle soit considérée comme une affaire du secteur santé uniquement.

*« Le VIH présentement c'est beaucoup plus l'aspect communautaire selon les directives nationales. On sent que parmi les prestataires formées dans le passé, beaucoup ont soit voyagé, soit ont changé de métier par manque de motivation financière. Tout cela pose quand même problème sur terrain. Il y a des contraintes financières par rapport au déplacement des malades, visites médicales, et j'en passe... » P2*

### **3.3.4.3. Nutritionnelle**

La nutrition est évoquée comme l'une des causes faisant à ce que les bénéficiaires abandonnent les médicaments.

La quasi-totalité de bénéficiaires disent abandonner le service de PTME suite à la famine. Elles accusent souvent la fatigue après la prise des ARV à jeun.

*« Ces médicaments nous fatiguent quand vous les prenez à jeun. Nous sommes pauvres et nous souffrons de la famine. » B1*

*« Comme je l'ai dit tantôt, que les chefs s'occupent de nous surtout pour le manger comme nous voyons chez les trypanosés à Masimanimba et Mosango, qu'ils nous protègent. Ces médicaments nous affaiblissent quand nous les prenons à jeun. Comment continuer avec ça? » B4*

### **3.3.5. Les médicaments et les Intrants**

#### **3.3.5.1. Les médicaments (ARV)**

Pour certaines bénéficiaires, le régime du traitement et les effets indésirables des médicaments constituent l'une des causes d'abandon au début.

*« Il y a aussi les effets du médicament, surtout quand vous le prenez à jeun. Moi, une fois ça m'a fait tomber au marché et j'avais arrêté. » B3*

*« Même avec le seul comprimé qu'on venait de changer, c'est comme-ci on voulait nous*

*tuer au début. Je somnolais la nuit, je voyais les images des personnes mortes, des images que je ne sais vraiment expliquer. J'avais des vomissements, des nausées, céphalées, des fatigues plus qu'avec les trois comprimés. J'avais vraiment abandonné, après instance des gens, j'ai finalement repris. » B7*

Les prestataires rapportent ce que les bénéficiaires disent du médicament

*« Souvent les effets de médicaments. Il paraît que l'actuelle molécule leur donne des hallucinations la nuit et des cauchemars. » P6*

*« Les effets secondaires des médicaments : il y a de celles qui se plaignent de la fatigue, qui voient même des gens morts et finalement, elles abandonnent. » P3*

### **3.3.5.2. Les Intrants**

Considérés comme matériels de détection, les prestataires interviewés ont évoqué soit l'absence soit l'insuffisance des tests de dépistage comme difficultés rencontrées lors des activités de la PTME. Les intrants en général posent problème et cela ne contribue pas au bon fonctionnement du service.

*« Comme maintenant, nous travaillons sans gants, des intrants incomplets, en rupture voire même les médicaments par moment. Nous avons fait deux mois de CPN, accouchement ou CPON sans utiliser le service de PTME par manque d'intrants. Qui sait peut-être qu'il y avait des femmes séropositives, et des enfants nés séropositifs? » P6*

*« Ruptures des intrants, soit insuffisance, on peut avoir par exemple le Determine qui est un test de sensibilité, et manquer les autres pour la confirmation de la maladie. » P2*

### **3.3.6. L'Implication des partenaires masculins**

L'implication des conjoints dans le service de PTME reste encore problématique, ce qui justifie le blocage de l'élargissement de dépistage dans la communauté. Les conjoints ne se rendent à la FOSA qu'en cas de maladie.

Certaines bénéficiaires accusent leurs conjoints de ne pas s'impliquer au service de TME et sollicitent même des mesures contraignantes de la part des autorités à l'égard de ces derniers.

*« Nous manquons du soutien de nos maris, si l'Etat pourrait aussi prendre de mesures à leur égard. » B7*

Certains prestataires observent ce constat et qualifient aussi comme un frein pour le service de PTME.

*« Il y a surtout la difficulté liée aux partenaires masculins ; certains partenaires ne veulent pas être dépistés alors que sa femme est dépistée VIH+, cela suite aux usages et coutumes et à son autorité. Ils n'accompagnent jamais leurs femmes à la CPN. » P2*

Les conjoints perçoivent que la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des services exclusifs du genre féminin. Accompagner sa femme à la FOSA est une perte de temps. Sa femme va à la FOSA et lui en forêt en quête d'argent pour nourrir sa famille.

« *Souvent, ils se disent ne pas être malade. Pour eux, on ne se fait examiner que quand on est malade. Ils disent souvent que : 'C'est ma femme qui est enceinte, où est mon problème ? On vous a dit que je suis malade pour que je me fasse examiner ?' » P4*

« *Bon, comme difficultés, souvent les maris n'accompagnent pas leurs femmes à la CPN, à l'accouchement, ou aux CPON. On ne sait pas élargir la chaîne. Pareil avec la PTME, ils disent 'Je vais chercher de l'argent au lieu de perdre le temps pour t'accompagner, je ne suis pas enceinte, qu'est-ce que je vais faire là ?' » P7*

### **3.4. Recommandations et proposition d'amélioration**

Toutes les bénéficiaires interviewées souhaitent obtenir un soutien financier et nutritionnel de la part des autorités.

« *Si elles peuvent nous assister financièrement parce que, ces médicaments nous fatiguent quand vous les prenez à jeun. Nous sommes pauvres et nous souffrons de la famine. Ce qui fait aussi que certains abandonnent ces médicaments. Qu'elles pensent à nous vraiment, nous n'avons pas volé ou commis de péché pour que nous méritions ce sort. » B2*

Une bénéficiaire souhaite en dehors du soutien financier que les autorités s'impliquent dans la lutte contre la stigmatisation en instaurant des mesures punitives à l'encontre des personnes qui useraient de cette pratique.

« *Si les autorités peuvent aussi punir les personnes qui se moquent ou qui déconsidèrent les PVV. Je vous dis que ce n'est pas facile de supporter ce coup. » B4*

D'autres bénéficiaires interviewées pensent encore que des sensibilisations du VIH/Sida, l'obligation des CPNs et l'implication des conjoints aux activités, pourraient contribuer à l'amélioration de la PTME.

« *Des fortes sensibilisations pour tout le monde, malade ou pas. Pour mon cas par exemple, si je m'étais conformé à la PTME, je pense que mon enfant n'allait pas être contaminé du VIH. Nous devons encourager les autres. Nous manquons du soutien de nos maris, si l'Etat pourrait aussi prendre de mesures à leur égard. Ce sont eux qui nous apportent de fois cette maladie, de par leur façon de se comporter. Ils ont des fois beaucoup de copines. Que l'Etat rende obligatoire les CPN en couple. » B7*

Certains prestataires pensent qu'il faudrait rendre disponible les intrants, former les prestataires, prendre en charge financièrement le personnel, intégrer les mères mentors

pour le partage d'expérience et la prise en charge psychologique. Promouvoir les CPNs, et faire participer la communauté, afin que le service de PTME soit amélioré.

*« D'abord, il faut vulgariser la CPN, parce que pour moi, la porte d'entrée c'est la CPN. Former les prestataires, nous avons remarqué pour notre structure que le personnel a été formé depuis 2013, présentement, il n'y a que 10-20% qui œuvrent, les autres ont soit changé de métier, soit ils ont été mutés d'ici. Motiver financièrement et matériellement ce personnel. Intégrer la communauté parce que jusque-là, apparemment le VIH reste du secteur médical alors que la PEC psychologique pouvait être intéressant. » P2*

## CHAPITRE IV: DISCUSSION

Dans cette partie, nous allons discuter nos résultats obtenus à ceux existant sur les connaissances générales de la PTME par les bénéficiaires et prestataires, sur leurs expériences, et des obstacles ou barrières qu'elles rencontrent sur le bon déroulement du service.

### 4.1. Connaissances générales sur la PTME

Selon nos résultats, tous les prestataires interviewés semblent avoir la connaissance effective sur la PTME alors que seulement quelques bénéficiaires interviewées semblent avoir cette connaissance. Elles ont toutes, une certaine connaissance de l'objectif de la PTME.

- **Concept PTME**

Les bénéficiaires considèrent la PTME comme une mesure efficace qui leur permet non seulement de ne pas transmettre à leurs enfants le VIH, mais aussi de rester en bonne santé apparente. Au-delà de cette considération, les prestataires pensent que la PTME les aide aussi à reconnaître la personne atteinte du virus ; et selon eux, ceci leur permet de prendre certaines mesures préalables pour se protéger. Les résultats obtenus viennent appuyer ceux de Ngambi PG et *al.* (2017) et ceux de Gumede-Moyo S et *al.* (2017), lesquels résultats montrent que la PTME consiste à réduire le risque de transmission pendant les périodes de grossesse, de travail, d'accouchement et d'allaitement maternel. Elle est donc, un moyen efficace de lutte contre la mortalité materno-infantile en ASS où plusieurs études ont documenté son efficacité et son efficience [27,49].

- **Moment de la TME**

S'agissant du moment de la TME, les prestataires connaissent les trois moments et leurs interventions ciblent ces trois principaux moments à savoir pendant les CPNs, pendant l'accouchement et pendant les CPON lors de l'allaitement comme le recommande l'OMS [1]. Néanmoins, il reste à vérifier sa pratique sur le terrain, car, une étude menée par Amboko (2015) en vue de décrire la conformité des infirmières prestataires aux directives nationales sur la PTME dans certains sites de la PTME de Kinshasa avait montré que la pratique des infirmières n'était pas conforme aux directives nationales de la PTME, d'où l'importance d'un suivi efficace de l'intégration effective en tant qu'activité de routine [14]. Nous n'avons pas fait cette observation pratique, faute de temps. Du côté bénéficiaires, nous avons remarqué qu'elles ne connaissaient pas par cœur les trois principaux moments de la TME. Le troisième moment de la TME qui est l'allaitement était souvent oublié. Ce manque de connaissance de ce mode peut être due à l'absence ou à l'insuffisance des sensibilisations de la part des prestataires. Et cela pourrait être à la base

de l'augmentation du taux de la TME, étant donné que c'est la voie majeure de la TME dans les pays en voie de développement comme ceux de l'ASS [28].

Nos résultats obtenus de la part des bénéficiaires, diffèrent relativement des résultats d'une étude menée au Congo Brazzaville sur la connaissance et l'attitude des femmes congolaises sur la PTME. Les participants à cette étude ont eu une connaissance suffisante [34]. Néanmoins, la connaissance de la PTME en Afrique varie d'un pays à l'autre [34]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que cette dernière a eu lieu en milieu urbain et que notre étude s'est passée en milieu rural où le niveau d'instruction de la population semble parfois être bas.

- **Alimentation du nouveau-né**

La politique nationale Congolaise en matière de la nourriture du nouveau-né et du nourrisson, contraint en référence avec les recommandations de l'OMS, l'exclusivité de l'allaitement maternel chez tout nouveau-né/nourrisson, né de mère séronégative ou séropositive. Chez la mère séropositive, les directives nationales exigent encore que la mère allaitante soit sous TARV [30]. Nous avons trouvé que, cette mesure parfois n'est pas respectée par ces dernières pour des raisons telles que moyens financiers. Cette raison va du même sens que les résultats d'une étude menée à Kinshasa pour comprendre les facteurs qui influencent les choix et les pratiques d'alimentation des nourrissons des mères vivant avec le VIH par Maman S et ses collaborateurs. Les auteurs pensent que les incitants financiers ont un impact positif dans le choix de l'AME [15]. D'autres bénéficiaires perçoivent la PTME comme un avènement suicidaire à leurs enfants par le fait de donner la nourriture autre que le lait maternel comme le fufu ou la bouillie, en retard entraînerait le refus catégorique et par conséquent la vie de leurs enfants deviendrait compliquée. Etant donné que le fufu constitue un aliment de base de la contrée, sans lequel, il n'y a pas de vie. Hypothèse que réfutent les prestataires, car n'est pas scientifiquement prouvé et elles la qualifient même d'ignorance (croyance erronée). Cette hypothèse, émise par certaines bénéficiaires, converge encore avec l'étude de Maman S, qui considère la promotion de l'AME comme « *une norme culturelle* ». Les croyances des femmes et la sensibilisation à la transmission du VIH par l'allaitement, ainsi que l'information et le soutien du personnel clinique et d'autres membres de leurs réseaux de soutien influencent positivement leur alimentation exclusive [15].

## 4.2. L'expérience de la PTME

- **L'annonce des résultats**

Notre étude a montré que le résultat positif du test du VIH chez les bénéficiaires est accompagné d'une stupeur, d'une incrédulité passagère et/ou de la recherche d'une explication ou de l'origine de la maladie ou encore de la culpabilité, du moment de la transmission, de son devenir et surtout de ce qu'il faut faire ou adaptation. Nos résultats obtenus vont dans le sens de modèles explicatifs de maladie (MEM), l'expérience de la maladie, comme le dit Lorant Vincent (2017) [35]. Les mêmes résultats indiquent aussi comment les femmes séropositives au VIH nouvellement diagnostiquées développent les stratégies d'adaptation face à celui-ci en passant par l'incrédulité passagère, la stratégie de confrontation, la révolte ou l'accusation, la tristesse et finalement s'adaptent [36]. Ces résultats nous montrent comment les bénéficiaires vivent leur maladie, de l'annonce de résultats jusqu'à l'acceptation de celle-ci. D'où, la nécessité du soutien psychologique.

- **Contexte du dépistage**

Concernant le contexte du dépistage, les indicateurs de la ZSR de Mosango avaient montré que le dépistage était tardif avec un faible taux de femmes enceintes connaissant leurs statuts sérologiques avant la première visite [26]. Notre étude révèle aussi que peu de femmes enceintes connaissent leurs statuts sérologiques au VIH avant les premières visites.

Les résultats que nous avons obtenus par les interviewées viennent confirmer ceux de la ZSR Mosango et de Ngwej DT et *al.* (2015), où il a été observé un dépistage tardif comme facteur favorisant de la TME auprès des accouchées séropositives du VIH dans 12 FOSA de Lubumbashi [7]. Une autre étude menée à Lubumbashi a montré aussi que beaucoup de femmes accouchent sans connaître leur statut sérologique au VIH en dépit de la proposition du dépistage lors de CPN [4]. Ce manque de connaissance de statut sérologique avant la première visite pourrait se justifier selon certaines bénéficiaires par le manque ou l'insuffisance d'information, la distance entre FOSA et surtout par la peur de stigmatisation ou du rejet de la société. Et pour lutter contre ce faible taux de dépistage, les prestataires disent développer une stratégie de rattrapage, qui consiste au conseil et dépistage du VIH volontaire chez toute femme qui a raté l'occasion d'en être dépistée en CPN, lors de l'accouchement ou en CPON. Les résultats d'une étude menée à Lubumbashi auprès des accouchées montrent que ces dernières acceptent d'être dépistées volontairement du VIH, ce qui est, une stratégie à encourager. Les résultats de cette étude coïncident encore avec les nôtres [37].

- **Le réseau du soutien/Réaction de l'entourage**

Le réseau du soutien des femmes séropositives est souvent mal établi avec la communauté où elles vivent. Dans la tradition congolaise en général, en particulier en milieu rural, l'homme est souvent considéré comme décideur, et ne devrait pas être contredit par sa femme. *C'est le maitre absolu*. La majorité de femmes bénéficiaires que nous avons interviewé voient leur relation de vie de couple se détériorer après l'annonce de la positivité de résultats à leur conjoint, jusqu'à consommer le divorce. Elles déplorent le manque de soutien ou d'implication de leur conjoint dans la PTME. Souvent leurs relations restent normales quand c'est chez l'homme que le VIH a été en premier dépisté. Les résultats que nous avons obtenus convergent aux indicateurs de la ZSR de Mosango, où le taux de participation de partenaires masculins à la PTME est bas [26], et aux résultats d'une étude menée dans la ZSR de Yasa Bonga/RDC (zone frontalière de Mosango), sur les facteurs associés à la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME. Cette étude démontre que le taux des hommes qui s'impliquent ou soutiennent leurs femmes au service de PTME est faible [38]. Une autre étude menée dans certains établissements de Zimbabwe sur l'acceptabilité du traitement à vie chez les femmes enceintes et allaitantes séropositives au VIH souligne l'importance du soutien du conjoint à l'adhésion au TARV [39].

Nous constatons de ce fait que le partenaire masculin a un rôle capital à jouer pour l'amélioration et la réussite du service de PTME.

Le soutien familial ou de la communauté dépend du partage ou non de l'information de la part des bénéficiaires, ce que rapportent nos interviewées. Nos résultats ont montré que les bénéficiaires qui sont soutenues par les aidants proches ou autres ont le courage de fréquenter le service de PTME contrairement à ceux n'ayant aucun soutien ou qui cachent leur statut sérologique. Ils sont presque similaires à ceux d'une étude menée à Kinshasa qui montrent que les bénéficiaires ayant du soutien de membres de leur famille proche, des prestataires ainsi que de la communauté fréquentent facilement le service de PTME, contrairement à celles qui ne partagent pas leur statut sérologique et qui ne bénéficient pas du soutien [15]. Il y a donc une influence positive sur l'utilisation de service de PTME lorsqu'on est soutenu.

### **4.3. Les obstacles**

Notre étude a énuméré certains obstacles au travers les perceptions des acteurs interviewés.

- **Stigmatisation et confidentialité**

Certains propos, comportement et attitude qu'affichent certaines personnes de

l'entourage direct ou indirect des PVV constituent des obstacles pour l'utilisation du service de PTME. Certaines mères séropositives au VIH fréquentent clandestinement le service, avec beaucoup de chance de refus ou d'abandon suite au mauvais comportement et à la mauvaise attitude de la part de la société. Il y a certaines qui changent carrément d'adresse, aiment vivre là où elles ne sont pas connues. Elles se sentent et se voient mises à l'écart, dévalorisées, sujettes des discriminations de la part de certains membres de leur réseau. Il en est ainsi par exemple lorsque l'entourage refuse de manger la nourriture qu'elles ont préparé ou touché. Les études menées par Prudden HJ et *al* en Afrique du Sud prouvent que la stigmatisation a de l'influence négative dans le service de PTME. Ces auteurs pensent que si on réduit la stigmatisation, on tend vers les objectifs de l'élimination de la TME [40].

Du côté relation entre les acteurs, nous avons constaté que les bénéficiaires se méfient de prestataires. Cette méfiance influence négativement la fréquence et l'utilisation de service de PTME. Elles accusent souvent les prestataires de ne pas avoir gardé le secret, ce qui justifie le refus ou l'abandon du service de PTME. Les résultats d'une étude menée dans les FOSA à Nyanza, au Kenya, pour expérimenter les expériences du personnel de santé avaient identifié la stigmatisation comme frein pour l'adoption et la mise en œuvre des interventions de PTME. Les auteurs recommandent l'inclusion des stratégies pour assurer la confidentialité et la réduction de la stigmatisation pour l'amélioration du service [41]. Elwell K dans son étude l'a aussi observé et il recommande l'amélioration de l'accès au service de PTME par un accroissement de confidentialité et la réduction de la stigmatisation par les prestataires [42].

- **Croyances culturelles**

Les acteurs que nous avons interviewés reconnaissent l'impact des croyances culturelles sur l'utilisation de service de PTME. Rare sont les bénéficiaires qui utilisent directement le service de PTME après l'annonce de la positivité des résultats. Le doute qu'elles ont à l'annonce les pousse à aller consulter les marabouts, les autorités religieuses, et à croire au mauvais sort ethnico-clanique, avant de fréquenter ou d'utiliser le service de PTME. Ce retard entraîne souvent des conséquences, telles que la transmission de l'infection à l'enfant, la dégradation de l'état de santé physique et biologique.

Concernant la religion, nos résultats montrent qu'elle a de l'influence sur la PTME. Certaines bénéficiaires disent ne pas commencer à temps le service par ce qu'elles avaient appris de la bouche de leurs chefs spirituels que le VIH était diabolique et que par conséquent, son traitement devrait être plutôt spirituel et non médical. Cette hypothèse est réfutée par les prestataires qui notent qu'il n'existe pas de preuves

scientifiques d'une guérison spirituelle du VIH. Comparant cette hypothèse aux résultats de l'étude menée au Nigéria sur l'influence religieuse de l'utilisation des services de santé maternelle parmi les femmes musulmanes et chrétiennes, nous constatons qu'il y a une relative contradiction. Ces résultats montrent que la religion n'influence pas significativement le service de PTME, elle n'a pas été identifiée parmi les obstacles à l'adoption du service maternel, contrairement à nos résultats obtenus de la part de bénéficiaires [43]. Cette contradiction peut s'expliquer suite à la différence du contexte culturel, ethnique, religieux, étant donné qu'au Congo, les chefs spirituels ont beaucoup d'influence sur la vie de leurs adeptes, surtout dans le genre féminin. Mais cette influence varie aussi en fonction des religions pratiquées par les adeptes.

Certaines bénéficiaires refusent encore le service de PTME suite à l'origine mystérieuse du VIH. Elles le perçoivent comme une maladie liée à la sorcellerie et sa guérison pourrait aussi provenir d'un autre sorcier ; comme si cela était un principe de proportionnalité. La médecine moderne pour elles est considérée comme limitée.

En Afrique, comme nous démontre Adam Ashforth (2002), les cas de maladie ou de mort prématurée sont souvent considérés comme liés à la sorcellerie [44]. Cette considération est souvent plus forte en milieu rural qu'en milieu urbain en RDC. Nos résultats le montrent d'ailleurs. D'autres encore refusent catégoriquement, citant des personnes qui auraient contracté le VIH et qui en seraient guéries sans pour autant passer par la médecine moderne (TARV). Il en est ainsi d'une bénéficiaire interviewée qui soutient que le VIH est une maladie liée à leur clan, jetée par leur chef de clan, « *Le tout puissant* », et que seul ce dernier aurait le pouvoir de la guérir après par exemple avoir fait la paix.

- **Accessibilité (géographique, financière et nutritionnelle)**

L'accessibilité géographique constitue l'un des obstacles pour l'utilisation de service de PTME en milieu rural, ce qui fait la différence avec les milieux urbains où la population est concentrique et les FOSA sont souvent à leur proximité. Les bénéficiaires et les prestataires ont tour à tour reconnu son impact sur le non-respect de rendez-vous des bénéficiaires et manque de visites à domicile des bénéficiaires par les prestataires, suite à des distances énormes qui séparent les FOSA de leurs domiciles. Cette situation fait que certaines bénéficiaires préfèrent se livrer à des pratiques autres que médicales, comme voir guérisseurs ou les chefs spirituels qui sont sur place dans le village ou à proximité, au lieu de parcourir la distance qui sépare la FOSA de leur domicile.

Malgré cette distance, certaines (le peu) qui se rendent à la FOSA rentrent de fois déçues, sans médicaments ou sans avoir bénéficié du service, soit font beaucoup de jours qui n'étaient pas prévus dans leur agenda, en attente de telle ou telle raison médicale (ARV,

bilan...).

Les prestataires se découragent aussi à leur tour à faire des distances énormes, 20 à 30 Km à pieds sans qu'elles en soient financièrement motivées par les programmes nationaux ayant en charge le VIH. Nos résultats rejoignent ceux de Slim Haddad et *al* (2004) qui ont prouvé que l'utilisation de service de santé dépend de la distance avec le lieu de résidence. Plus on demeure loin de la FOSA, moins on la fréquente. La distance exclue certaines personnes à bénéficier des soins de santé [45].

L'accessibilité financière constitue aussi une autre barrière pour l'utilisation de service de PTME. Le manque de motivation financière des prestataires fait que certains qui sont formés sur la PTME changent de métiers et de domiciles pour chercher le mieux vivre et être ailleurs. D'autres encore ne font pas des suivis à domicile, ce qui justifie le non élargissement de la PTME dans la communauté. Mutabazi JC et *al* (2017) dans leur étude constatent que le service de PTME fonctionne bien lorsqu'il est bien financé et bien géré même si le système de santé ne fonctionne pas bien [46]. C'est le cas avec les résultats de notre étude, où le système de santé ne fonctionne pas comme normalement et aussi que le personnel n'est pas motivé financièrement. D'où, la non-conformité des pratiques des prestataires avec les directives nationales de la PTME comme l'a démontré Amboko (2015) [14]. Du côté bénéficiaires interviewées, elles évoquent aussi leur situation financière comme barrière à la PTME, et disent être démotivées ces derniers temps suite à la non prise en charge par le programme comme ce fut le cas dans les années antérieures où l'argent leur servaient d'acheter le lait artificiel et comme cela se fait avec le programme de trypanosomiase humaine africaine. Nos résultats viennent soutenir ceux de l'étude de Yotebieng (2017) où il a été démontré que la fourniture d'incitatif monétaire améliore la rétention dans la prévention des services de transmission de la mère à l'enfant principalement en atténuant l'effet négatif de ne pas avoir d'argent pour venir à la clinique [9].

- **Médicaments (ARV) et Intrants**

Les participantes interviewées ont soulevé la rupture ou insuffisance des ARVs et/ou des intrants comme l'un des obstacles au service de PTME. Beaucoup d'études menées à Kinshasa et Lubumbashi ont montré que la TME reste élevée suite entre autre le dépistage tardif dû au manque de matériels, l'absence de thérapie antirétrovirale (la non administration de la Névirapine à la naissance) [7].

- **L'implication des partenaires masculins au service de PTME**

La faible implication des partenaires masculins à la PTME reste encore un problème dans les milieux ruraux. Ils considèrent ce service comme l'apanage exclusif des femmes, et

ne vont consulter le médecin que quand ils sont sérieusement malades. Ce manque ou faible taux d'implication pourrait s'expliquer par le manque de communication au sein du couple et par le pouvoir décisionnel de l'homme dans le contexte congolais, par conséquent le service n'est pas utilisé. Le fait que la femme vient annoncer sa positivité après test ou lui demander de se faire dépister est perçu pour lui comme manquement ou perte de son autorité. Selon l'OMS (2012), l'implication des hommes dans le service de PTME reste très faible. Cette faible implication fait suite à la peur de connaître son statut par rapport au VIH, de la stigmatisation et de la discrimination, mais aussi parce que les hommes considèrent les services de consultations comme des « *espaces pour les femmes* » [47]. Abordant le même sujet, Joanna Orne-G (2009) pense que les hommes jouent un rôle important sur l'acceptabilité et l'utilisation de service de PTME, malheureusement, son implication est faible. Cette faible implication est due à l'absence de communication avec sa femme et au rôle social qu'il joue [48]. Nos résultats semblent être similaires à, ceux de l'OMS et de Joanna Orne-G.

#### **4.4 Les limites du Travail**

Ce travail aborde la problématique de la PTME dans la ZSR, une problématique très sensible dans le contexte congolais. La sensibilité liée à notre étude ainsi que la distance qui sépare les FOSA des villages, sont notamment, des barrières qui ont restreint le nombre des participants, d'où la quasi-impossibilité de constituer un échantillon beaucoup plus large. Par conséquent, les résultats que nous avons obtenus ne sont pas généralisables pour toute la population, plutôt contextualisables [33].

Notre travail peut avoir des biais de sélection, par le fait que les participants à l'étude ont été sélectionnés par l'IS de la zone chargée du VIH, qui connaît mieux le terrain. La langue (kikongo) utilisée lors des entretiens par certaines interviewées et interprétée par l'enquêteur pourrait aussi constituer un biais ; parce que le guide d'entretien était conçu en français. Mais l'avantage est que le Kikongo est la langue maternelle de l'interprète. Nous pensons avoir fidèlement retranscrit les propos de toutes les participantes.

Notre étude allait encore être très intéressante, si nous aurions fait participer les conjoints ainsi que les mères mentors, car ces dernières sont à la fois prestataires et bénéficiaires de la PTME. Malheureusement l'implémentation de cette approche (AMM) est difficile en milieu rural.

Cette étude a été réalisée avec des moyens très limités pendant un laps de temps alors que si on disposait des moyens conséquents pendant un temps acceptable, cela pourrait permettre d'inclure d'autres groupes tels que les conjoints pour avoir peut-être des informations supplémentaires.

Nous avons observé parfois une méfiance et réticence des participantes à notre étude. C'est comme nous l'avons dit précédemment, le VIH est une problématique sensible, mais après des bonnes explications ; elles donnaient quand même leur consentement et participaient pleinement à l'entretien. C'est ainsi que nous n'avons pas la prétention d'avoir fourni des résultats exempts de biais ou de partialité, il y a comme nous venons de le souligner des facteurs qui ont pu les influencer.

Nous reconnaissons donc, à travers les limites évoquées ci-dessus que notre travail n'a pas une objectivité absolue. Malgré toutes ces limites rencontrées, nous pensons qu'elles rendent original et unique ce travail.

## CHAPITRE V: CONCLUSION ET RECOMMANDATION

Dans cette partie, nous allons tirer des conclusions à partir des résultats obtenus, discutés, et nous ferons des suggestions afin d'améliorer le service de PTME dans la ZSR de Mosango.

### 5.1. Conclusion

Sur base des entretiens menés à l'aide de notre guide, nous pensons avoir atteint l'objectif principal de notre travail qui était de comprendre des facteurs d'influence du bon fonctionnement de la PTME dans la ZSR de Mosango afin de participer à l'amélioration de l'utilisation de service de PTME dans cette zone.

Nos résultats montrent que les prestataires et les bénéficiaires reconnaissent la PTME comme moyen efficace de la lutte contre la TME. Cependant, son service n'est pas effectif pour diverses raisons évoquées précédemment.

S'agissant de l'expérience de la PTME, rarement, les bénéficiaires l'acceptent d'un seul coup, elles mettent beaucoup de temps pour l'accepter. Cela souvent suite à des complications ou à d'autres raisons évoquées. Après acceptation, beaucoup éprouvent de sentiments de satisfaction suite à l'amélioration de l'état de santé physique ou la séronégativité de leur enfant. Néanmoins, elles déplorent le comportement de leur entourage où souvent, elles sont victimes de stigmatisation, du rejet et de divorce.

Les barrières ou obstacles énumérés par les prestataires et bénéficiaires, révèlent certaines anomalies liées au service qui font qu'il ne fonctionne pas comme exigé par les normes nationales. En voici les obstacles que notre étude a documenté à travers les perceptions des acteurs, qui influencent négativement l'utilisation du service de PTME dans la ZSR de Mosango:

- Les croyances culturelles
- La stigmatisation
- Le manque de secret professionnel
- L'inaccessibilité : financière, géographique et nutritionnelle,
- Le traitement médicamenteux et les intrants (rupture ou insuffisance)
- La faible/la non implication des conjoints
- Inexistence de l'approche communautaire

Eu égard à tout ce qui précède, nous pouvons dire que l'utilisation de service de PTME reste un défi à relever en RDC général et dans les milieux ruraux en particulier.

Le service de PTME existe dans les 7 FOSA sur 18 que compte la ZSR de Mosango, mais avec beaucoup d'obstacles qui font que les bénéficiaires l'utilisent ou y fréquentent de moins

en moins et qu'il ne soit pas efficace comme exige les directives nationales. Néanmoins, le peu de bénéficiaires qui y fréquentent et le peu de prestataires qui y prestent reconnaissent son efficacité de par la naissance des enfants indemnes du VIH et par l'amélioration de la santé physique des mères séropositives. C'est ce que montrent même les indicateurs de la ZSR de Mosango, indicateurs qui n'atteignent malheureusement pas l'un des objectifs des directives nationales, lequel objectif consiste à « *réduire les nouvelles infections chez les enfants de 90%* ». Avec cette allure, si cette situation est la même dans les autres zones, nous pensons qu'il est donc un peu difficile d'atteindre le but visé par le gouvernement congolais à travers ses directives nationales, celui d'obtenir « *une génération sans VIH, en éliminant des nouvelles infections parmi les enfants et le maintien des mères en vie* ». Cette génération souhaitée est apparemment loin d'être acquise. C'est Donc juste un slogan jusque-là pour la ZSR de Mosango.

En comparant les études menées dans les milieux urbains de la RDC à la nôtre (en milieu rural), nous n'avons pas décelé une grande différence.

## **5.2. Recommandations**

### **Aux autorités sanitaires nationales et intermédiaires**

1. Intégrer le service de PTME dans toutes les FOSA de zones de santé
2. Doter les FOSA rurales des moyens financiers conséquents, des médicaments et des intrants,
3. Encadrer et intégrer les tradipraticiens dans le service de PTME
4. Assurer des formations continues aux prestataires et promouvoir les CPNs, CPONs, CPS et l'AME avant six mois
5. Intensifier la sensibilisation sur le dépistage du VIH
6. Promouvoir la lutte contre la stigmatisation et l'accroissement de la confidentialité
7. Impliquer activement les conjoints
8. Intégrer et promouvoir le support psychosocial et communautaire.

### **Aux autorités sanitaires locales**

1. Associer les confessions religieuses et la société civile dans la sensibilisation du VIH, CPN, accouchement à la maternité et l'AME
2. Renforcer le travail des relais communautaires sur le terrain dans la sensibilisation de la communauté locale sur l'importance de la PTME
3. Intégrer et encadrer les mères mentors
4. Faire impliquer activement les conjoints
5. Impliquer et encadrer les tradipraticiens (guérisseurs)

6. Renforcer les supervisions de la ZSR auprès des FOSA
7. Veiller au secret médical,
8. Sensibiliser les femmes en âge de procréer sur l'importance des CPNs, de l'accouchement à la maternité et des CPONs

## REFERENCES

1. OMS. VIH/SIDA: Transmission du VIH de la mère à l'enfant. 2017. 14-10-2017.
2. OMS. VIH/SIDA. 2017. 20-12-2017.
3. Little KE, Bland RM, Newell ML: Vertically acquired paediatric HIV infection: the challenges of providing comprehensive packages of care in resource-limited settings. *Trop Med Int Health* 2008, 13: 1098-1110.
4. Albert Mwembo Tambwe A Nkoy, Prosper Kalenga Muenze Kayamba, Philippe Donnen, Faustin Chenge Mukalenge, Perrine Humblet, Michèle Dramaix, et al.: Postpartum women with unknown HIV status in Lubumbashi, DR Congo : Proportion and determinants. *Pan Afr Med J.* 2012; 12: 25.  
En ligne: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3415046/>, consulté le 15.05.2018.
5. ONUSIDA. Le VIH/Sida en chiffre/RDC. 2016. 03-07-2018.
6. ONUSIDA. Le VIH/sida en chiffres /République démocratique du Congo. 2017. 14- 10-2017.
7. Ngwej DT, Mukuku O, Mudekereza R, Karaj E, Odimba EB, Luboya ON *et al.*: [Study of risk factors for HIV transmission from mother to child in the strategy <<option A>> in Lubumbashi, Democratic Republic of Congo]. *Pan Afr Med J* 2015, 22: 18.
8. Gill MM, Ditekemena J, Loando A, Mbonze N, Bakualufu J, Machezano R *et al.*: Addressing Early Retention in Antenatal Care Among HIV-Positive Women Through a Simple Intervention in Kinshasa, DRC: The Elombe "Champion" Standard Operating Procedure. *AIDS Behav* 2017.
9. Yotebieng M, Moracco KE, Thirumurthy H, Edmonds A, Tabala M, Kawende B *et al.*: Conditional Cash Transfers Improve Retention in PMTCT Services by Mitigating the Negative Effect of Not Having Money to Come to the Clinic. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017, 74: 150-157.
10. Yotebieng M, Thirumurthy H, Moracco KE, Kawende B, Chalachala JL, Wenzel LK *et al.*: Conditional cash transfers and uptake of and retention in prevention of mother-to-child HIV transmission care: a randomised controlled trial. *Lancet HIV* 2016, 3: e85-e93.
11. Yotebieng M, Thirumurthy H, Moracco KE, Edmonds A, Tabala M, Kawende B *et al.*: Conditional Cash Transfers to Increase Retention in PMTCT Care, Antiretroviral Adherence, and Postpartum Virological Suppression: A Randomized Controlled Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016, 72 Suppl 2: S124-S129.

12. Bedelu M, Ford N, Hilderbrand K, Reuter H: Implementing antiretroviral therapy in rural communities: the Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *J Infect Dis* 2007, 196 Suppl 3: S464-S468.
13. Edmonds A, Feinstein L, Okitolonda V, Thompson D, Kawende B, Behets F: Implementation and Operational Research: Decentralization Does Not Assure Optimal Delivery of PMTCT and HIV-Exposed Infant Services in a Low Prevalence Setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015, 70: e130-e139.
14. Amboko AR, Brysiewicz P: Nurses' compliance with prevention of mother-to-child transmission national guidelines in selected sites in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2015, 7: e1-e7.
15. Maman S, Cathcart R, Burkhardt G, Omba S, Thompson D, Behets F: The infant feeding choices and experiences of women living with HIV in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *AIDS Care* 2012, 24: 259-265.
16. Rouzioux C, Costagliola D, Burgard M, Blanche S, Mayaux MJ, Griscelli C *et al.*: Estimated timing of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission by use of a Markov model. The HIV Infection in Newborns French Collaborative Study Group. *Am J Epidemiol* 1995, 142: 1330-1337
17. Brossard Y, Aubin JT, Mandelbrot L, Bignozzi C, Brand D, Chaput A *et al.*: Frequency of early in utero HIV-1 infection: a blind DNA polymerase chain reaction study on 100 fetal thymuses. *AIDS* 1995, 9: 359-366.
18. Kourtis AP, Lee FK, Abrams EJ, Jamieson DJ, Bulterys M: Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention. *Lancet Infect Dis* 2006, 6: 726-732.
19. Girard P-M, Katlama C, Pialoux G: VIH. Edited by Doin Editeurs. France: 2011:589.
20. OMS. Mise à jour programmatique: utilisation des antirétroviraux pour traiter la femme enceinte et prévenir l'infection à VIH chez le nourrisson. 2017. 20-12-2017.
21. Turan JM, Onono M, Steinfeld RL, Shade SB, Owuor K, Washington S *et al.*: Implementation and Operational Research: Effects of Antenatal Care and HIV Treatment Integration on Elements of the PMTCT Cascade: Results From the SHAIIP Cluster-Randomized Controlled Trial in Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015, 69: e172-e181.
22. Washington S, Owuor K, Turan JM, Steinfeld RL, Onono M, Shade SB *et al.*: Implementation and Operational Research: Effect of Integration of HIV Care and Treatment Into Antenatal Care Clinics on Mother-to-Child HIV Transmission and

Maternal Outcomes in Nyanza, Kenya: Results From the SHAIIP Cluster Randomized Controlled Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015, 69: e164-e171.

23. ONUSIDA. Les femmes s'expriment - le rôle des femmes vivant avec le VIH dans la lutte mondiale contre le sida. 2017. 25-12-2017.

24. Yotebieng KA, Fokong K, Yotebieng M: Depression, retention in care, and uptake of PMTCT service in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo: a prospective cohort. *AIDS Care* 2017, 29: 285-289.

25. Divaris K, Newman J, Hemingway-Foday J, Akam W, Balimba A, Dusengamungu C *et al.*: Adult HIV care resources, management practices and patient characteristics in the Phase 1 IeDEA Central Africa cohort. *J Int AIDS Soc* 2012, 15: 17422.

26. ZSR Mosango : Registre VIH, 2017, non publié

27. Ngambi PG, Kalungia AC, Law MR, Kalemeera F, Truter I, Godman B *et al.*: Evidence on the cost-effectiveness of lifelong antiretroviral therapy for prevention of mother-to-child transmission of HIV: implications for resource-limited countries in sub-Saharan Africa. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2017, 17: 459-467.

28. Nafees Ahmad: Molecular mechanisms of HIV-1 mother-to-child transmission and infection in neonatal target cells. *Life Sci.* 2011 May 23; 88(21-22): 980-986.

En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3049197/>, consulté le 15.05.2018

29. Girard P-M, Katlama C, Pialoux G: VIH. Edited by Doin Editeurs. France: 2011:587.

30. PNLs : Guide de prise en charge intégrée du VIH en RDC, Septembre 2016, consulté le 05.12.2017

31. Secrétariat général à la santé (2009) : Recueil de normes d'organisation et fonctionnement des structures sanitaires de la zone de santé en RDC. Consulté le 05.12.2017

32. BCZ Mosango (2017) : Revue sommaire de la mise en œuvre du Plan d'action de l'année précédente. Consulté, le 22.01.2018.

33. Isabelle Aujoulat (2017) : Introduction aux méthodes qualitatives. *Master en sciences de santé publique, UCL Bruxelles.*

34. J. Kambourou, Moyen-Engoba, A.R. Okoko, C. Bourangon, A.P.G Oko, E.R. Nika, G. Ekouya\*, H.L. Atanda, G. Moyen : Connaissances et attitudes des femmes Congolaises sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. *Annales de l'Université Marien NGOUABI*, 2016 ; 16 (2) : 7-14 *Sciences de la Santé* ISSN : 1815 – 4433.

En ligne : <http://www.annalesumng.org/index.php/ssa/article/view/245/212>, consulté, le

17.05.2018

35. Lorant Vincent (2017) : Introduction à la psychologie de la santé. *Master en santé publique, UCL Bruxelles.*

36. Isabelle Aujoulat (2017) : Introduction à la psychologie de la santé. *Master en sciences de santé publique, UCL Bruxelles.*

37. Mwembo-Tambwe An, Kalenga MK, Donnen P, Humblet P, Chenge M, Dramaix M et al.: HIV testing among women in delivery rooms in Lubumbashi, Democratic Republic of the Congo: a catch-up strategy for prevention of mother-to-child transmission. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* [18 Jan 2013, 61(1):21-27].

En ligne : <https://europepmc.org/abstract/med/23337841> consulté le 25.05.2018.

38. J. Kisiata Feti, J.M. Musitu Ukondalemba et J.Tshibangu: Factors associated with low male involvement partners of pregnant women in HIV Pmtct. Case of the Yasa bonga rural health zone, Masimanimba territory, Kwilu Province in DR Congo.

En ligne : <http://p4.storage.canalblog.com/46/07/1556728/116699306.pdf>

39. Chadambuka A, Katirayi L, Muchedzi A, Tumbare E, Musarandega R, Mahomva AI, et al.:\_Acceptability of lifelong treatment among HIV-positive pregnant and breastfeeding women (Option B+) in selected health facilities in Zimbabwe: a qualitative study.

*BMC Public Health.* 2017 Jul 25;18(1):57. Doi: 10.1186/s12889-017-4611-2.

En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28743251> consulté le 13.05.2018.

40. Prudden HJ, Hamilton M, Foss AM, Adams ND, Stockton M, Black V, Nyblade L: Can mother-to-child transmission of HIV be eliminated without addressing the issue of stigma? Modeling the case for a setting in South Africa. *PLoS One.* 2017 Dec 8; 12(12):e0189079. Doi: 10.1371/journal.pone.0189079. eCollection 2017.

En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29220369> consulté le 16.05.2018.

41. DiCarlo A, Fayorsey R, Syengo M, Chege D, Sirengo M, Reidy W et al.: Lay health worker experiences administering a multi-level combination intervention to improve PMTCT retention. *BMC Health Serv Res.* 2018 Jan 10; 18(1):17. Doi: 10.1186/s12913-017-2825-8.

42. Elwell K: 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 2016 Mar 17.

En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26984065> consulté, le 24.05.2018.

43. Al-Mujtaba M, Cornelius LJ, Galadanci H, Ereka S, Okundaye JN, Adeyemi OA, Sam- Agudu NA.: Evaluating Religious Influences on the Utilization of Maternal Health Services among Muslim and Christian Women in North-Central Nigeria. *Biomed Res Int.* 2016;2016:3645415. Doi: 10.1155/2016/3645415. Epub 2016 Feb 24.

En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27006944> Consulté le 16.05.2018.

44. Adam Ashforth : Quand le sida est sorcellerie : Un défi pour la démocratie sud-africaine. *Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2002/1 (n° 14), P176.*

En ligne : <https://www.cairn.info/revue-critique-internationale-2002-1-page-119.htm> consulté le 24.05.2018.

45. Slim Haddad, Adrien Nougara et Valéry Ridde: Les inégalités d'accès aux services de santé et leurs déterminants au Burkina Faso. *Santé, Société et Solidarité /Année 2004/ 2/ pp. 199-210.*

En ligne : [https://www.persee.fr/doc/oss\\_1634-8176\\_2004\\_num\\_3\\_2\\_1012](https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_2_1012) Consulté, le 24.05.2018.

46. Mutabazi JC, Zarowsky C, Trottier H: The impact of programs for prevention of mother-to-child transmission of HIV on health care services and systems in sub-Saharan Africa - A review. *Public Health Rev.* 2017 Dec 5;38:28. Doi: 10.1186/s40985-017-0072-5. eCollection 2017.

En ligne: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29450099> Consulté le 18.05.2018

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

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77727/9789242503678\\_fre.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77727/9789242503678_fre.pdf?sequence=1)

Consulté, le 18.05.2018.

48. Joanna Orne-Gliemann : 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. *Presses de Sciences Po (P.F.N.S.P.), 2009/4 (n° 52), P158*

En ligne : [https://www.cairn.info/resume.php?ID\\_ARTICLE=AUTR\\_052\\_0113](https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=AUTR_052_0113)

Consulté, le 18.05.2018.

49. Gumede-Moyo S, Filteau S, Munthali T, Todd J, Musonda P: Implementation effectiveness of revised (post-2010) World Health Organization guidelines on prevention of mother-to-child transmission of HIV using routinely collected data in sub-Saharan Africa: A systematic literature review. *Medicine (Baltimore)* 2017, 96: e8055.

