

EVALUATION DES CONNAISSANCES DES FEMMES EN AGE DE PROCREATION SUR LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH DANS L'AIRE DE SANTÉ D'AFIA-SAKE EN REPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

[KNOWLEDGE ASSESSMENT OF WOMEN ON MOTHER-CHILD TRANSMISSION PREVENTION OF HIV IN THE AFIA-SAKE HEALTH AREA IN THE DEMOCRATIC REPUBLIC OF CONGO]

Woolf Kapiteni¹, Jean-Bosco Kahindo², Prudence Mitangala³, and Hermès Karemere³

¹Département de Santé Publique,
Institut des techniques médicales de Kirotshé,
Kirotshé, Nord-Kivu, RD Congo

²Faculté de Médecine,
Université Libre des pays des Grands Lacs,
Goma, Nord-Kivu, RD Congo

³Ecole Régionale de Santé Publique,
Université catholique de Bukavu,
Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

Copyright © 2018 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the *Creative Commons Attribution License*, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Background:* HIV infection continues to wreak havoc around the world. Women are not spared, especially pregnant women, with low levels of education or information, transmitting HIV to their children. This study aims to assess the level of knowledge of women in reproductive age on the prevention of mother-to-child transmission of HIV / AIDS in the AFIA-Sake health area in the Democratic Republic of Congo. *Method:* This study is descriptive, involving 315 women aged 15-49 years from the AFIA-SAKE health area. The data collected by questionnaire were checked, captured and analyzed. The frequency of observations was calculated and the proportions were compared for accuracy when the CI was 95%. *Results:* The study shows that only 10% of women are aware of the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Antenatal consultation is the excellent channel of communication. Among the women interviewed on antiretrovirals, 56% do not know when they will be given to pregnant women diagnosed with HIV; 63% do not know the value of administering antiretrovirals and 78% do not know when antiretrovirals will be given to the newborn. *Conclusion:* Achieving the goal of sustainable development for an HIV-free generation, with zero new infections in children and no HIV-related deaths, involves informing women of reproductive age about the prevention of mother-to-child transmission. HIV child through increased enrollment of girls, introduction of sex education as well as information on HIV in schools and antenatal clinics.

KEYWORDS: Assessment, Knowledge, Prevention, Transmission, Mother, Child, HIV, SAKE, RD-Congo.

RÉSUMÉ: *Contexte :* L'infection à VIH continue ses ravages dans le monde. Les femmes n'en sont pas épargnées dont celles enceintes, avec un faible niveau d'instruction ou d'information, transmettant le VIH à leurs enfants par voie verticale. La présente étude vise à évaluer le niveau de connaissances des femmes en âge de procréation sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH/SIDA dans l'aire de santé AFIA-Sake en République Démocratique du Congo. *Méthode :* Cette

étude est descriptive ; elle a concerné 315 femmes âgées de 15-49 ans de l'aire de santé AFIA-SAKE. Les données recueillies par questionnaire ont été contrôlées, saisies et analysées. La fréquence des observations a été calculée et les proportions ont été comparées pour une précision lorsque l'IC est à 95%. *Résultat* : L'étude montre que seulement 10 % des femmes connaissent la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. La consultation prénatale constitue le canal de communication par excellence. Parmi les femmes interrogées sur les antirétroviraux, 56 % ne connaissent pas le moment de leur administration chez la gestante diagnostiquée séropositive; 63% ignorent l'intérêt de leur administration des antirétroviraux et 78 % ne connaissent pas le moment de leur administration chez le nouveau-né. *Conclusion* : L'atteinte de l'objectif du développement durable visant une génération sans VIH, avec zéro nouvelle infection chez les enfants et sans décès liés au VIH passe par l'information des femmes en âge de procréation sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH à travers l'accroissement de la scolarisation des filles, l'introduction de l'éducation sexuelle ainsi que l'information sur le VIH en milieu scolaire et lors des consultations prénatales.

MOTS-CLEFS: Évaluation, Connaissance, Prévention, Transmission, mère, enfant, VIH, SAKE, RD-Congo.

1 INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodéficience acquise est une infection causée par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) qui affaiblit le système immunitaire entraînant des manifestations cliniques variables [1]. Avec cette maladie, environ 36,7 [34-39,8] millions de personnes vivaient avec le VIH en fin 2015, dont 2,1 [1,8-2,4] millions de nouvelles infections dans le monde [2]. En Afrique subsaharienne, 25,6 [23-28,8] millions de personnes vivaient avec le VIH en 2015, faisant de cette région la plus touchée du monde par le VIH. Elle concentre également près des deux-tiers des nouvelles infections du monde [2]. Les sujets féminins encourtent 5 à 7 fois plus de risque de contracter le VIH par rapport aux hommes. Pendant qu'à l'échelle mondiale, 62 % des adolescents qui contractent le VIH sont des filles, en Afrique subsaharienne, ce taux est évalué à 71%[3]. La cause majeure de la transmission du VIH chez l'enfant demeure celle de la mère à l'enfant (transmission verticale) en Afrique [4]. Elle survient pendant le dernier trimestre de la grossesse, lors de l'accouchement et au cours de l'allaitement au sein [5].

Concernant la République Démocratique du Congo (RDC), elle comptait 446 036 personnes vivant avec le VIH en 2013, dont 224219 femmes âgées de 15 ans et plus et 66998 enfants de moins de 15 ans. Au cours de la même année, 25811 femmes séropositives ont accouché avec 9.8% des enfants infectés par le VIH [6]. Dans la province du Nord-Kivu, 76192 femmes avaient été vues à la consultation prénatale parmi lesquelles 826 étaient dépistées séropositives pour le VIH. Au cours de la même année, dans la même province, il avait été enregistré 666 enfants nés des mères séropositives [7]

Les efforts pour mettre fin à cette pandémie de VIH se font à travers diverses stratégies dont la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) [8], une des stratégies gagnantes pour réduire le fardeau du VIH. La PTME est l'ensemble des mesures qui concourent à la prévention du risque de la transmission du VIH d'une mère séropositive à son enfant au cours de la grossesse, du travail, de l'accouchement ou de l'allaitement. Elle associe la prévention, les soins, et le traitement de la mère et de l'enfant [9]. Cette stratégie est aujourd'hui un programme qui fait l'objet d'une attention toute particulière à l'échelle internationale. Elle a pour but d'éradiquer la transmission mère-enfant et d'améliorer la santé et la qualité de la vie de la mère et de l'enfant [2].

Les services de PTME, bien organisés et efficaces, peuvent avoir un impact positif sur la santé maternelle, néonatale et infantile[10]. En l'absence du traitement préventif, le taux de transmission mère-enfant du VIH est de 15-45 %[11]; avec le traitement préventif, le taux de transmission mère-enfant diminue à moins de 5% . Sans traitement, la moitié d'enfants vivant avec le VIH meurent avant l'âge de deux ans[9], avec un pic de mortalité se situant entre l'âge de 2 à 3 mois pour les nouveau-nés [12]. Le traitement du VIH chez la mère infectée et la prophylaxie post expositionnelle chez le nouveau-né figurent parmi les stratégies de l'élimination de la transmission du VIH de mère à l'enfant [13].

Dans le contexte de l'Est de la RDC où les conflits armés récurrents avec leurs corolaires pourraient favoriser la transmission du VIH, la mise en œuvre de la PTME serait une stratégie importante de prévention. La réussite d'une telle stratégie de prévention passe par l'information des sujets cibles, en l'occurrence les femmes en âge de procréation et l'appropriation de la stratégie par les concernées. La présente étude vise ainsi à évaluer les connaissances des femmes et filles âgées de 15-49 ans de l'aire de santé AFIA-SAKE dans la province du Nord Kivu à l'Est de la RDC sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH /sida dans la perspective de renforcer leur protection contre le VIH.

CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Le programme de Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est l'ensemble des programmes et interventions mis en place par les différentes entités pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME). Le but est la réduction des risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Dans l'ensemble, la PTME est un protocole« de prise en charge familiale de l'infection à VIH. Elle cible la mère, l'enfant, le partenaire et la famille ». Cette prise en charge est basée sur une approche globale et multidisciplinaire [14]. La PTME est basée sur des interventions, dont le succès dépend de la réussite de chaque étape. Ces interventions concernent le conseil et le dépistage en matière de VIH; le traitement et la prophylaxie antirétrovirale; les pratiques d'accouchement à moindre risque; les pratiques d'alimentation du nourrisson à moindre risque et l'orientation des mères et nourrissons séropositifs vers des services de traitement, de soins et de soutien comme cela est illustré dans la figure 1.

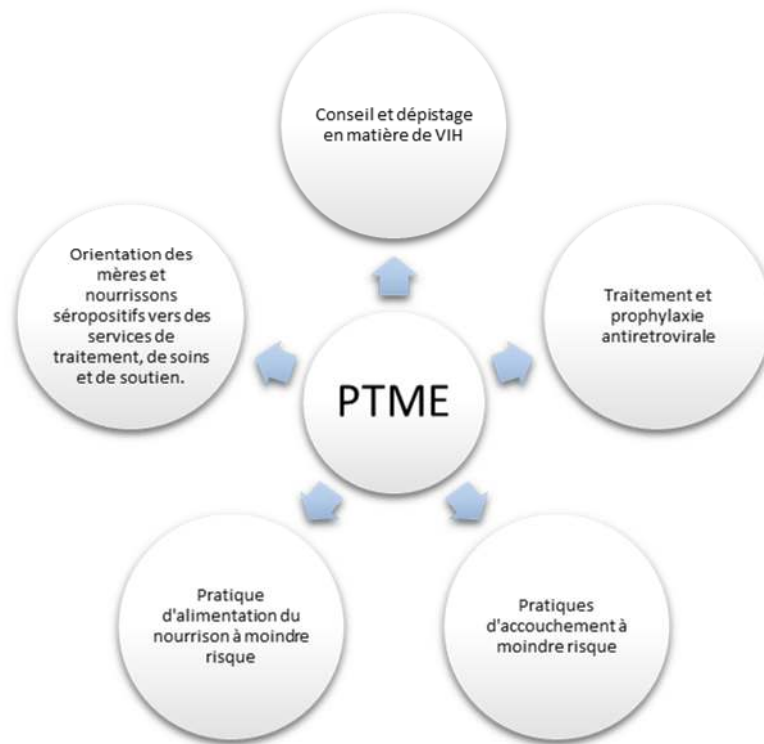


Figure 1. Composantes de la PTME

1. LE CONSEIL ET LE DÉPISTAGE

Le conseil et le dépistage interviennent généralement lors de la consultation prénatale qui constitue la porte d'entrée des programmes de PTME. Le suivi prénatal de la femme enceinte lui permet de bénéficier de soins adaptés. Durant les visites prénatales, la femme enceinte est sensibilisée aux modes de transmission du VIH et aux moyens de prévenir sa transmission. Cette sensibilisation se fait en groupe. Ensuite, il y a le conseil individuel de la femme enceinte sur le dépistage du VIH [15]. Ce conseil se fait en deux étapes. Tout d'abord, le pré-test propose le dépistage du test de VIH à la femme. Ensuite, le post-test annonce les résultats du dépistage.

2. TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE ANTIRÉTROVIRAUX POUR LA PRÉVENTION

La prise des ARV, soit en prophylaxie ou en traitement, réduit le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant [16]. Il existe deux façons de diminuer le risque de la TME par la prise d'antirétroviraux: en traitant la femme enceinte ou en lui offrant une prophylaxie [9]. Avec un traitement antirétroviral efficace, le risque de transmission mère–enfant (TME) est aujourd'hui inférieur à 1 % [17]. Le traitement antirétroviral précoce et à vie est privilégié selon les recommandations dans plusieurs pays. Ainsi, la tendance actuelle pour les femmes infectées par le VIH est de prendre une trithérapie antirétrovirale avant, pendant et après leurs grossesses. L'utilisation de traitements efficaces permet une modification progressive mais

profonde des pratiques obstétricales. Lorsque la charge virale plasmatique maternelle est contrôlée (< 50 copies/ml), on peut désormais autoriser des attitudes obstétricales se rapprochant de plus en plus de celles appliquées chez les des femmes non infectées. La césarienne prophylactique reste recommandée lorsque la charge virale en fin de grossesse est supérieure à 400 copies/mL.[17]

3. L'ACCOUCHEMENT À MOINDRE RISQUE

Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant est très élevé pendant l'accouchement. Plusieurs études ont démontré que le risque de contamination est plus marqué à la rupture prématurée des membranes à l'instar de celle réalisée au Togo[18] Dans les pays développés, la césarienne prophylactique est un des moyens privilégiés pour éviter la contamination.

4. L'ALIMENTATION DU NOUVEAU-NÉ

Plus d'un tiers des enfants contaminés par le VIH le sont par l'allaitement maternel [19-21]. Pendant plusieurs années, l'OMS privilégiait soit l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce, soit l'allaitement artificiel [20, 21]. Toutefois, les recommandations de l'OMS favorisent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois[9]. En effet, l'allaitement maternel protégé est désormais privilégié; toutefois, la mère et l'enfant doivent être protégés par la prise d'antirétroviraux. De plus, après les six mois d'allaitement, il faut intégrer des aliments solides à l'alimentation pour répondre aux besoins nutritifs de l'enfant[14].

5. L'ORIENTATION DES MÈRES ET NOURRISSONS SÉROPOSITIFS VERS DES SERVICES DE TRAITEMENT, DE SOIN ET DE SOUTIEN.

La mère infectée a besoin de soins pour l'aider à avoir une vie normale au-delà de sa séropositivité. Les programmes de suivi des maladies opportunistes et la planification familiale sont des leviers importants faisant partie des suivis postnataux. L'orientation de ces femmes vers les programmes communautaires doit s'intégrer dans le suivi. Parmi les services proposés par l'OMS citons la prévention et traitement des infections opportunistes; le traitement antirétroviral lorsqu'il est indiqué et disponible; le traitement des symptômes et soins palliatifs; le soutien nutritionnel; le soutien social et psychosocial; le soutien par des organisations religieuses; les soins à domicile [14]

2 METHODOLOGIE

DESCRIPTION DU TERRAIN D'ÉTUDE

L'étude a été menée entre le 1er janvier et le 30 juin 2015 dans l'aire de santé AFIA- SAKE, dans la zone de santé de Kirotshé, à 27 Km à l'Ouest de la ville de Goma, dans la Province du Nord Kivu, en RDC. Elle est enclavée entre le parc des Virunga au Nord-Est et le lac Kivu au Sud.

TYPE D'ÉTUDE, POPULATION ET ÉCHANTILLONNAGE

L'étude transversale descriptive a été menée auprès d'un échantillon de 364 femmes et filles âgées de 15-49 ans sélectionnées suivant une procédure en grappe étant donnée la configuration du milieu d'étude. L'échantillon était tirée d'une population de 33.675 habitants l'aire de Santé AFIA-SAKE, dont 17.311 femmes parmi lesquelles 7.761 étaient âgées de 15 ans et plus. La taille avait été déterminée, selon la formule de lynch :

$$n = \frac{NZ^2 \cdot p \cdot q}{Nd^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

en prenant en compte la proportion de femmes en âge de procréer 21% [22] , la proportion théorique du phénomène sous étude estimée à 50%, car non connue, un niveau de confiance de 95% et une marge d'erreur de 5%.

$$n = \frac{NZ^2 \cdot p \cdot q}{Nd^2 + Z^2 \cdot p \cdot q} = \frac{7072(1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{7072 \cdot (0.05)^2 + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 364$$

Sur cette base, l'enquête a été réalisée auprès de 364 sujets; mais seulement 315 questionnaires ont été considérés dans cette étude, soit un taux de participation effective de 87%. Les questionnaires exclus n'avaient pas d'information complète.

Les critères d'inclusion étaient : Être sujet féminin dont la tranche d'âge varie entre 15 et 49 ans et habitant l'aire de santé AFIA-Sake et avoir accepté de manière volontaire de participer à l'enquête au cours de la période d'étude.

COLLECTE DES DONNÉES

L'enquête a été menée par 4 anciens étudiants des écoles d'infirmiers de Kirotshé après une formation sur la technique d'enquête, en ciblant 364 ménages numérotés. Un pas de sondage variable a été appliqué, les ménages ayant été repartis en grappes. Lors de l'enquête, si dans le ménage à enquêter il n'y avait aucune cible, le ménage suivant était considéré. Un questionnaire semi-ouvert a été conçu, ciblant les caractéristiques socio-économiques des concernées (âge, niveau d'études, profession, gestité), la connaissance de la PTME (conseil et dépistage en matière de VIH; traitement et prophylaxie antirétrovirale; pratiques d'accouchement à moindre risque; pratiques d'alimentation du nourrisson à moindre risque et orientation des mères et nourrissons séropositifs vers des services de traitement, de soins et de soutien). Une bonne connaissance sur la PTME était définie comme étant la connaissance de 3 éléments suivants : (1) connaissance de 3 moments de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (pendant la grossesse, pendant l'accouchement et au cours de l'allaitement) ; (2) connaissance des moyens de prévention de la transmission verticale du VIH (réalisation précoce du dépistage, avant que l'organisme ne soit affaibli et prise à temps opportun des médicaments, directement après le diagnostic); (3) connaissance du moment de l'administration des ARV chez les nouveau-nés (dans le 72h) ainsi que chez la gestante. Un total de 315 femmes ont été interrogées.

ANALYSE DES DONNÉES

Les données recueillies ont été contrôlées et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 20. Les analyses étaient menées en vue d'évaluer le niveau connaissance sur la PTME en fonction de différents paramètres incluant les paramètres sociodémographiques des femmes dont le niveau d'études, l'état matrimonial, la profession, la gestité et l'âge variant de 15-49 ans (tranche de la population activement sexuelle, touchée par le VIH/Sida et pouvant le transmettre pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement au nouveau-né) . Pour les données quantitatives, la fréquence des observations ont été déterminées et les proportions ont été comparées en considérant une précision relative à l'IC de 95%.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le protocole d'étude a été approuvé par un comité de l'éthique de la division provinciale du Nord-Kivu. Un consentement verbal éclairé a été préalablement requis systématiquement auprès de chaque participante à l'étude, avant l'administration du questionnaire. L'anonymat et la confidentialité leur ont été assurés tout au long du processus de recherche.

3 RESULTATS

3.1 CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTES

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

VARIABLE (n=315)	%	Moy (DS)
AGE		26 (7,8)
15-17 ans	8,6	
18-24 ans	41,9	
25-29 ans	16,5	
30-34 ans	16,2	
35-49 ans	16,8	
NIVEAU D'ETUDES		
Sans étude	26,0	
Primaire	35,6	
Secondaire	32,4	
Universitaire	6,0	
PROFESSION		
Commerçante	37,5	
Cultivateur	15,9	
Élève	3,8	

Fonctionnaire	13,3
Ménagère	26,3
Professionnelle de sexe	2,2
Sans profession	1,0
GESTITE	
0	17,5
1	34,6
2-4	23,2
>4	24,8
ETAT CIVIL	
Célibataire	27,3
Divorcée	5,7
Mariée	63,8
Veuve	3,2

Tableau II: Répartition des enquêtes selon la gestité et l'État civil

Etat civil	Gestité			OR (IC à 95%)	p-value
	0	1->4	TOTAL		
Autres (marié, veuve, divorcée)	6(2,6)	223(97,4)	229		
Célibataire	44(51,2)	42(48,8)	86	0,03(0,01-0,07)	0,0000<0,001
TOTAL	50	265	315		

La proportion de nulligeste parmi les célibataires est de 51,2%. La différence entre la gestité et le fait d'être célibataire est statistiquement significative ($p=0,000<0,001$).

3.2 NIVEAU DE CONNAISSANCE DU CONSEIL ET DU DÉPISTAGE EN MATIÈRE DE VIH

Tableau III : Répartition des enquêtés selon l'occasion de dépistage de la sérologie VIH

Occasion de test de dépistage				OR (IC à 95%)	p-value
Avoir fait le test de dépistage VIH	Autres (à la demande et jamais fait)	Volontaire	Total		
Non	61(100)	0(0,0)	61	+∞	0,0000
Oui	69(27,2)	185(72,8)	254		
TOTAL	130	185	315		

Parmi les femmes interrogées 72,8% ont fait le test de dépistage du VIH volontairement. La différence entre faire le dépistage volontaire du VIH ou le faire à la demande est statistiquement significative ($p=0,0000<0,001$).

Tableau IV: Répartition des enquêtes selon la connaissance d'administration de la nevirapine chez les nouveau-nés

PERIODE NEVIRAPINE NOUVEAU NÉ				OR (IC à 95%)	p-value
Avoir fait le test de dépistage VIH	Dans le 72 h	Ne sait pas	TOTAL		
Non	17(27,9)	44(72,1)	61	1,69(0,8-3,2)	0,0755
Oui	47(18,5)	207(81,5)	254		
TOTAL	64	251	315		

Parmi les femmes n'ayant pas fait le test de dépistage VIH, 72,1% ne savaient pas la période d'administration de la Nevirapine chez les nouveau-né. La différence entre la connaissance de la de la PTME et le fait d'avoir fait le test de dépistage VIH n'est pas significative ($p=0,0755>0,05$).

3.3 NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA TME PAR LES ENQUÊTÉES

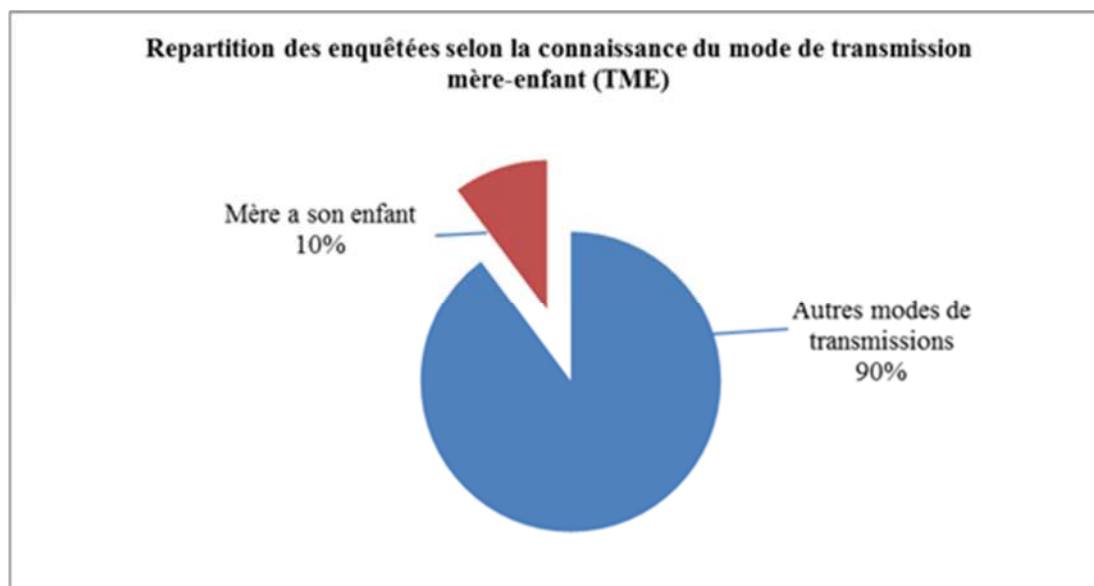


Figure 2. Répartition des enquêtées selon la connaissance du mode de transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant.

Seulement 10% des femmes interrogées connaissent le mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Tableau V: Répartition des participantes selon le niveau de connaissance de la TME par rapport aux caractères sociodémographiques

PARAMETRE	NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA TME		
	sans connaissance	connaissance partiel	connaissance complète
AGE			
15-17	3(11.1%)	24(88.9%)	
18-24	1(0.8%)	131(99.2%)	
25-29		51(98%)	1(2%)
30-34		50(98%)	1(2%)
35-49		3(100%)	
NIVEAU D'ETUDE			
Sans niveau		80(97.6%)	2(2.4%)
Primaire	3(2.7%)	109(97.3%)	
Secondaire	1(1%)	101(99%)	
Universite		19(100%)	
PROFESSION			
Commercente	1(0.8%)	116(98.4%)	1(0.8%)
Cultivateur		49(98%)	1(2%)
Élève	3(25%)	9(75%)	
Fonctionnaire		42(100%)	
Ménagère		83(100%)	
Professionnel de sexe		7 (100%)	
Sans profession		3(100%)	
GESTITE			
0	4(7.3%)	51(92.7%)	
1		108(99%)	1(1%)

2-4		73(100%)	
> 4		77(98.7%)	1(1.3%)
ETAT CIVIL			
célibataire	4(4.7%)	82(95.3%)	
divorcé		18(100%)	
marie		199(99%)	2(1%)
veuve		10(100%)	

Parmi les femmes interrogées, celles ayant une connaissance partielle sur la TME sont dans la tranche d'âges de 25 à 34 ans, sans niveau d'étude, cultivatrices et commerçantes, nulligestes et grande multipares et/ou mariées.

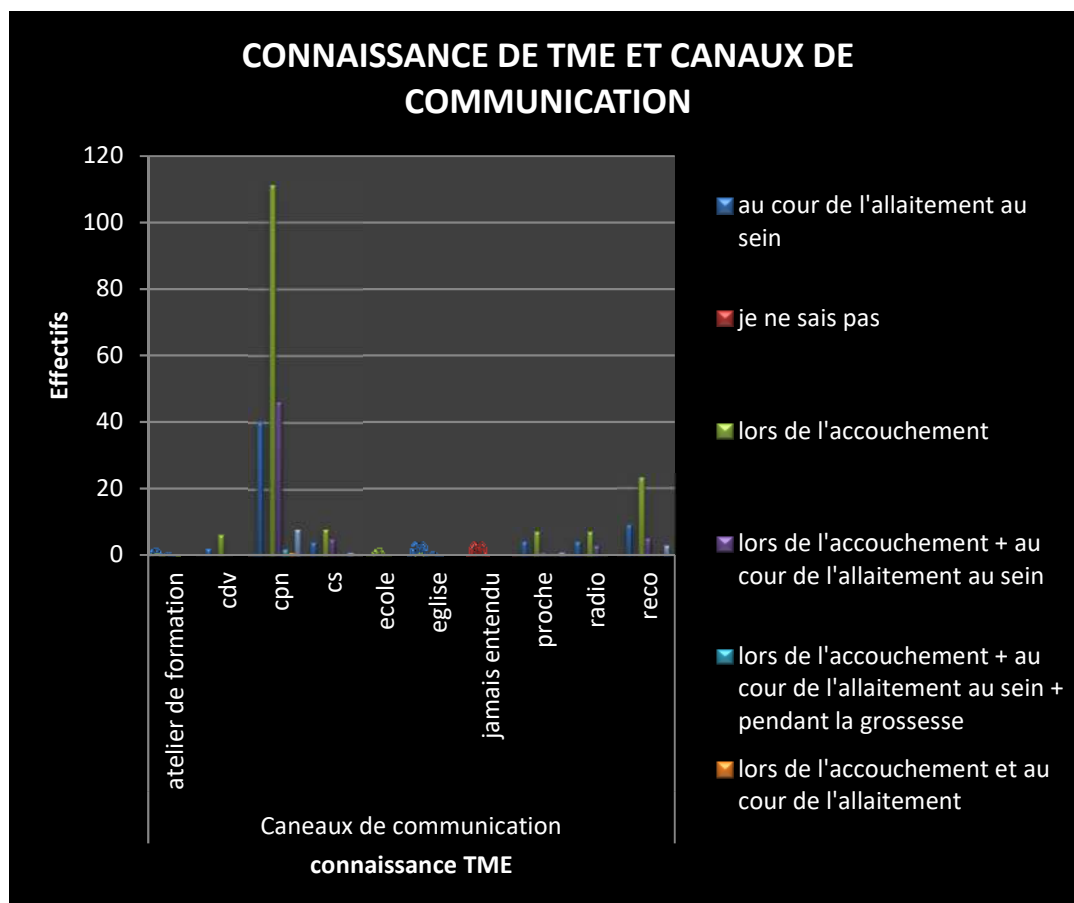


Figure 3 : Repartition des participantes selon la connaissance du mode de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant selon le canneau de communication.

La consultation prénatale constitue le canal principal qui a véhiculé les connaissances sur la TME, et a constitué le canal qui a donné l'information complète sur le mode de transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant.

3.4 NIVEAU DE CONNAISSANCE DE LA PRÉVENTION DU VIH

Tableau VI. Niveau de connaissance de la prévention de la TME.

MODE DE PREVENTION DE TME	% (n=315)
Prise des médicaments juste après le diagnostic du VIH/SIDA	20,3
Dépistage avant que l'organisme ne soit affaibli	63,5
Dépistage avant que l'organisme ne soit affaibli + prise des médicaments juste après le diagnostic du VIH/SIDA	2,9
Dépistage avant que l'organisme ne soit affaibli + prise des médicaments juste après le diagnostic du VIH/SIDA + accouchement à l'hôpital	0,3
Ne sait pas	13,0
Période d'administration des ARV chez la femme enceinte	% (n=315)
Administration ARV au début de travail	24,2
Administration pendant le travail	14,9
Ne sait pas	60,9
Période de l'administration des ARV chez les nouveau-nés	% (n=315)
Administration dans les 72 h après la naissance	4,4
Administration au-delà des 72 h	17,2
Ne sait pas	78,4

L'ignorance complète des modes de prévention de la transmission verticale du VIH chez l'enfant est observée chez 13 % des personnes interrogées. Des proportions des femmes qui ne connaissent pas la période d'administration des ARV chez la femme enceinte et chez le nouveau-né respectivement de 60,9% et de 78,4 % chez des personnes interrogées.

3.5 RÉACTION DE L'ENTOURAGE DE LA FEMME ET LA JEUNE FILLE FACE AU DÉPISTAGE DANS LE CADRE DE LA PTME

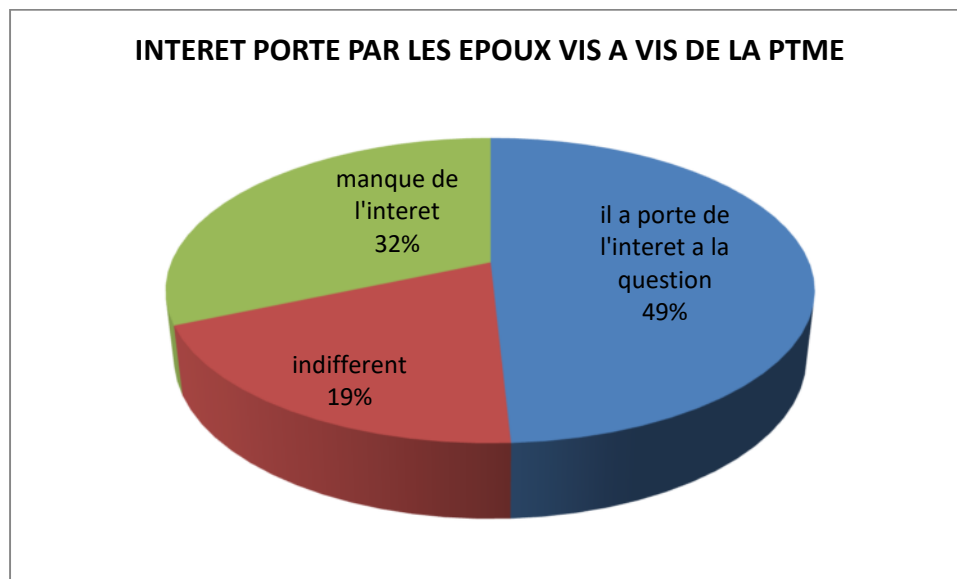


Figure n°4 : Répartition des participantes selon la réaction de leur partenaire vis-à-vis de la PTME

Seulement 49% des partenaires des femmes interrogées porte de l'intérêt vis-à-vis de la PTME.

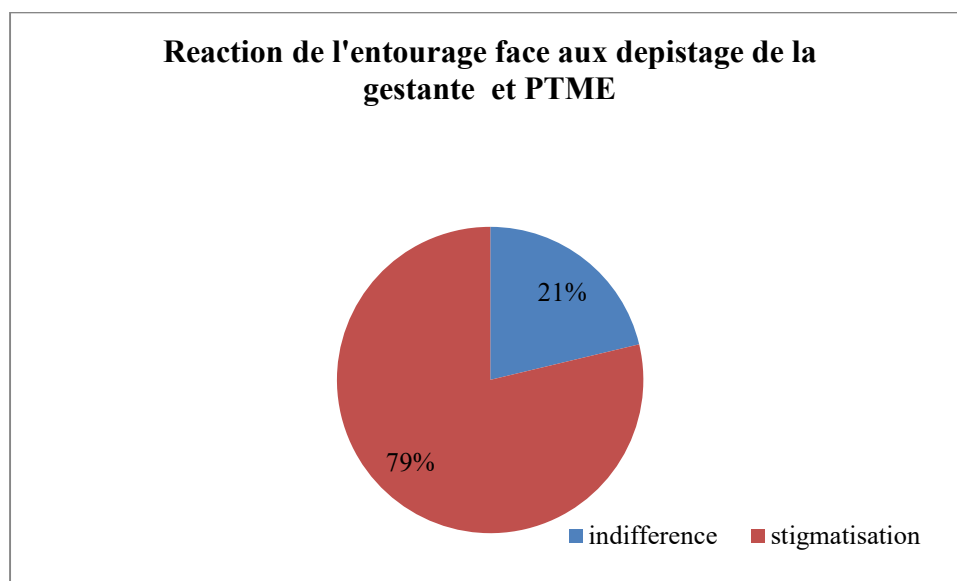


Figure n°5 : Répartition des participantes selon la réaction de l'entourage vis-à-vis de test du VIH/sida dans le cadre de PTME

La stigmatisation est crainte par 79 % des femmes interrogées si elles doivent se soumettre au dépistage volontaire du VIH.

4 DISCUSSION

L'étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances des femmes âgées de 15-49 ans dans l'aire de sante AFIA-SAKE sur la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH/Sida. Les principales limites de la présente étude sont la non exploration des connaissances du PTME par des femmes séropositives, l'impossibilité de mesurer le degré d'adhérence des gestantes séropositives aux médicaments et l'indisponibilité des données sur deux piliers de la PTME à savoir les pratiques d'accouchement et d'alimentation du nourrisson à moindre risque.

Ainsi, nous discutons dans les paragraphes qui suivent, les caractéristiques sociodémographiques des participantes à l'étude ainsi que leur niveau des connaissances sur trois des cinq piliers de la PTME dont le conseil et le dépistage en matière de VIH; le traitement et la prophylaxie antirétrovirale et l'orientation des mères et nourrissons séropositifs vers des services de traitement, de soins et de soutien.

1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTES

Les résultats ont montré que sur 315 femmes en âge de procréation interrogées la plupart étaient âgées de 18-24 ans (41.9%) avec une moyenne d'âge de 26 ans ; elles étaient en majorité analphabètes (26%) ou de niveau primaire (35.6 %), commerçantes (37.5 %), mariées (63.8 %) et primipares (34,6%). Les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de la présente étude corroborent d'autres études dont celles menées à Goma (RD Congo) en 2010 sur la connaissance des femmes sur la PTME [23] et au Togo sur la connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte vue en consultation prénatale [24]. En effet, parmi les femmes interrogées dans l'étude de Goma, 8,8% seulement avaient un niveau universitaire (6% dans la présente étude), la majorité des enquêtées avaient l'âge de 19-24 ans soit 48%, les ménagères constituaient 61% de l'échantillon, les femmes mariées 68%. La plupart des participantes à l'étude étaient de grandes multipares (43,8% de l'échantillon). Concernant l'étude menée au Togo, l'âge moyen de femmes interrogées était de 25,9 ans avec une médiane de 25 ans; la tranche d'âge de 18 à 34 ans regroupait 90,5 % des femmes interrogées, 94,8 % étaient dans une union conjugale monogame et 67 % des femmes avaient déjà eu un accouchement ou plus [25].

NIVEAU DES CONNAISSANCES SUR LE CONSEIL ET LE DÉPISTAGE EN MATIÈRE DE VIH

L'enquête démographique sanitaire en RDC avait trouvé que seulement 22 % des femmes en âge de procréation avaient effectuées le test de dépistages sur le VIH contre 78% qui n'ont jamais effectuée un test du VIH. Une étude menée au Brésil avait trouvé que plus de 90% des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique et 80% des personnes vivant avec le VIH étaient conscientes de leur infection [26]. Une autre étude, menée à Lubumbashi(RD Congo) avait trouvé que 52,5 % des accouchées ignoraient leur statut sérologique VIH [27]. Dans la présente étude, 72,8% des femmes ont fait le dépistage volontaire du VIH. Ce résultat corrobore les conclusions d'une étude menée à Bukavu, ayant démontré que 79 % des femmes avait procédé au dépistage volontaire du VIH (28). Dans la même étude par contre, 21% des femmes avaient refusés le test de dépistages du VIH ne sachant pas l'existence d'un service de PTME dans le centre de santé le plus proche [28]

NIVEAU DES CONNAISSANCES SUR LE TRAITEMENT ET LA PROPHYLAXIE ANTIRÉTROVIRALE

La présente étude démontre que seulement 10 % des femmes connaissent la TME, parmi lesquelles 1 % ont une connaissance complète du mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant. La CPN constitue le canal de communication par excellence. Dans l'étude menée au Togo par Tatagan A. et al[24], 27,1% femmes connaissaient le mode de transmission du VIH de la mère à l'enfant. En Pologne, 15,4% des femmes enceintes interrogées avaient des connaissances sur les risques de transmission de la mère à l'enfant du VIH/sida [29]

Pour J. Kambourou et al, 85.2% des femmes congolaises connaissaient le mode de transmission de la mère à l'enfant[30]. Une étude réalisée à Bukavu, avait montré que 79% des femmes ayant accepté le test de dépistages savaient que le VIH/SIDA peut se transmettre de la mère à l'enfant[28]. Une étude à Lubumbashi avait trouvé que la télévision était la source principale d'information sur le SIDA [31]. Nos résultats ne corroborent pas nécessairement avec ceux des autres études, inscrits ainsi dans un contexte différent dont il faut tenir compte lors des interventions visant la PTME dans la province du Nord Kivu.

Il découle de nos résultats que 56 % des enquêtes ne savent pas le moment qu'on administre les ARV chez la gestante dans le cadre de la PTME diagnostiqué pour la première fois séropositif et 77.8 % de nos enquêtés ne savent pas le moment qu'on administre les ARV chez les nouveau-né.

L'enquête démographique sanitaire en RDC avait montré que 32% de femmes savent que le risque de la transmission materno-fœtale peut être réduit par la prise de médicaments spéciaux par la mère pendant la grossesse chez une mère infectée par le VIH [25]. Une étude menée au Togo avait trouvé que la prophylaxie antirétrovirale la plus utilisée dans 86 % des cas chez la mère et/ou chez l'enfant était la névirapine [32]. Dans une étude à Bukavu, plus de la moitié de gestantes savaient qu'il existe le service de PTME dans leurs FOSA [28]. Une autre étude menée par UNAIDS a prouvé que l'achèvement de l'enseignement secondaire favorise le développement des connaissances des filles et femmes sur la prévention du VIH.

NIVEAU DES CONNAISSANCES SUR L'ORIENTATION DES MÈRES ET NOURRISSONS SÉROPOSITIFS VERS DES SERVICES DE TRAITEMENT, DE SOINS ET DE SOUTIEN

L'orientation des mères et nourrissons séropositifs vers des services de traitement, de soins et de soutien dépend de la réaction de l'entourage des femmes face aux VIH et notamment chez la femme enceinte. Les résultats de l'étude montrent que 51 % des partenaires masculins ont une attitude négative par rapport à la PTME parmi lesquels 19 % sont indifférents et 32 % ne portent pas de l'intérêt à la question. Dans l'étude de Traore en Côte d'Ivoire, les pères étaient soucieux de la santé de leurs enfants [33] ; de même que plus de la moitié de partenaires masculins avaient accepté le dépistage dans le cadre de la PTME dans une autre étude menée en RD Congo [15].

L'étude note une attitude négative de l'entourage (79 % de stigmatisation et 21 % d'indifférence). Ce résultat s'éloigne de celui de l'étude menée au Burkina Faso qui notait 40% de stigmatisation interpersonnelle [34], et de celui de Kra (14.4 % de stigmatisation en Afrique noire) [35]. L'attitude négative de l'entourage face au VIH ne facilite pas l'orientation des personnes atteintes de VIH et notamment des femmes et des enfants vers des services de traitement, de soins et de soutien. Un enfant atteint de VIH devrait être pris en charge correctement et mis au courant de sa situation [36], [37].

5 CONCLUSION

La présente étude montre que la majorité des femmes en âge de procréation de l'aire de sante AFIA SAKE ne connaissent pas la PTME. Ainsi, pour atteindre l'objectif du développement durable visant une génération sans VIH, avec zéro nouvelle infection chez les enfants et sans décès liés au VIH, l'élargissement du dépistage du VIH dans le secteur sanitaire privé et publique ainsi que le développement des prestations des services de VIH à base communautaire est nécessaire afin que toutes

les personnes vivant avec le VIH reçoivent le traitement, la protection et l'appui médico-social[38]. L'accroissement de la scolarisation des filles et l'introduction de l'éducation sexuelle ainsi que l'information sur le VIH en milieu scolaire sont d'une importance capitale pour minimiser le risque de VIH chez la femme en âge de procréation.

CONFLIT D'INTÉRÊT

«Les auteurs déclarent qu'ils n'ont pas de relation financière ni personnelle qui pouvait les avoir influencée de manière inappropriée en rédigeant cet article.»

CONTRIBUTION DES AUTEURS

W.K. a participé à toutes les phases (formulation, collecte des données, analyse des données, rédaction de l'article), JBK et PM ont participé à l'analyse des données et à la révision de l'article. H.K. a participé à la conception du protocole de recherche, à l'analyse des données et à la révision de l'article.

REFERENCES

- [1] OuédraogoYugbaré, S.O., et al., *Efficacité de la prévention de la transmission mère-enfant du Virus de l'Immunodéficience Humaine par le protocole 2010 de l'Organisation Mondiale de la Santé au Centre Médical Saint Camille de Ouagadougou (Burkina Faso)*. Pan African Medical Journal, 2015. **22**(1).
- [2] OMS, *VIH/sida*. Aide-mémoire N°360. OMS-Génève, Novembre 2016.
- [3] UNICEF, *A report card on adolescents*. Progress for children, 2012. **Number 10**(April 2012).
- [4] Moodley, D., et al., *A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1*. The Journal of infectious diseases, 2003. **187**(5): p. 725-735.
- [5] Chaix-Baudier, M.-L., et al., *La transmission materno-fœtale du VIH*. Virologie, 1998. **2**(6): p. 471-80.
- [6] PNMLS-RDC, *Rapport national de suivi de la Déclaration d'engagement (UNGASS)*. Programme National Multisectoriel de lutte contre la Sida, RDC, 2014.
- [7] PNLS, *Rapport annuel du programme national de lutte contre le sida*. Ministère de la Santé publique de la RD Congo, Nord-Kivu, 2014.
- [8] Ravoavison, N., et al., *La prévention de la transmission mère-enfant du VIH à Antananarivo, Madagascar*. La revue médicale de Madagascar, 2015. **5**(2): p. 562-565.
- [9] OMS, *Nouvelles recommandations de l'OMS: Prévenir la transmission mère-enfant*. OMS, Genève, 2009.
- [10] Kim, M.H., et al., *The Tingathe programme: a pilot intervention using community health workers to create a continuum of care in the prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) cascade of services in Malawi*. Journal of the International AIDS Society, 2012. **15**(Suppl 2).
- [11] WHO, *Mother-to-Child Transmission of HIV*. Department of Reproductive Health and Research (RHR), WHO, Geneva, 2017.
- [12] Newell, M.-L., et al., *Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis*. The Lancet, 2004. **364**(9441): p. 1236-1243.
- [13] Coulibaly, M., et al., *Evaluation d'un programme de prévention de la transmission mere-enfant du VIH a Abidjan (Cote d'Ivoire/1999-2002)*. Médecine tropicale, 2006. **66**(1): p. 53-58.
- [14] Francillon, N., *Étude du programme de PTME de l'OMS au Sénégal*. Travail présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique 2012. **ENP7968**.
- [15] Mulongo, L.K., et al., *Acceptation du test de dépistage du VIH dans le cadre du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant en République Démocratique du Congo*. Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2010. **58**(5): p. 313-321.
- [16] Penda, I., *Les défis de la prise en charge des enfants exposés ou infectés par le VIH dans les pays à ressources limitées*. Antibiotiques, 2009. **11**(3): p. 158-163.
- [17] Mandelbrot, L., et al., *Infection par le VIH et grossesse: nouvelles recommandations 2013 du groupe d'experts français*. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2014. **43**(7): p. 534-548.
- [18] Azoumah, K., et al., *Bilan de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH-sida à l'hôpital de Bè à Lomé*. Journal de pédiatrie et de puériculture, 2011. **24**(1): p. 1-7.

- [19] Desclaux, A., et al., *L'initiative Sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux: Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales*. 2002.
- [20] Desclaux, A. and B. Taverne, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala, 2000. 556.
- [21] Desclaux, A., *Refuser d'allaiter pour protéger son enfant: la marginalité des mères séropositives en Afrique*. 2009: J.-M. Tremblay.
- [22] MacQuarrie, K., *Unmet need for family planning among young women: levels and trends*. 2014.
- [23] MASHAGIRO, B.G., *Étude des connaissances des femmes sur la PTME dans la ville de Goma, cas de la charité maternel en RDC*. mémoire de fin d'étude UPROGL., 2010.
- [24] Tatagan, A., et al., *Connaissances, attitudes et pratiques en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH chez la femme enceinte vue en consultation prénatale en 2010 au Togo*. Médecine tropicale, 2011. 71(5): p. 472-476.
- [25] EDS-RDC, *Mise en oeuvre de la Révolution, DHS, MEASURE. DEUXIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDS-RDC II 2013-2014)*. 2014.
- [26] Brésil, G.d., *IST-sida-hépatites virales*. Ministère de la Santé du Brésil, 2014.
- [27] Nkoy, A.M.-T.A., et al., *Accouchées avec statut sérologique VIH inconnu à Lubumbashi, RD Congo: proportion et déterminants*. Pan African Medical Journal, 2012. 12(1).
- [28] Kyambikwa, *Facteurs influençant la faible participation des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH dans la ZS d'Ibanda*. Cahier du Centre de Recherche pour la promotion de la sante, 2013. 1 Janvier-Juin 2013 ISTM/BUKAVU RDC.
- [29] Raba, G., J. Skret-Magierlo, and A. Skret, *Knowledge about HIV infection and acceptability of HIV testing among women delivered in Podkarpackie Province, Poland*. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 2010. 108(2): p. 108-110.
- [30] KAMBOUROU, J., et al., *Connaissances et attitudes des femmes congolaises sur la prévention de la transmission mère enfant du VIH*. Annale des Sciences de la Santé, 2017. 16(2).
- [31] Mwembo-Tambwe, N., et al., *Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi*. Médecine d'Afrique noire, 2012. 59(5): p. 259-268.
- [32] Lawson-Evi, K., et al., *Devenir des enfants nés de mères séropositives au VIH suivis dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant au Togo. Étude portant sur 1 042 nourrissons*. Bulletin de la Société de pathologie exotique, 2010. 103(4): p. 259-263.
- [33] Traoré, A.T., et al., *Couples, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast*. Social Science & Medicine, 2009. 69(6): p. 830-837.
- [34] Ky-Zerbo, O., et al., *HIV/AIDS stigma in Africa: Analysis of its forms and manifestations in Burkina Faso*. Sante publique (Vandoeuvre-les-Nancy, France), 2014. 26(3): p. 375-384.
- [35] Kra, K., et al., *A-21: Les raisons du non partage du statut sérologique chez les personnes vivant avec le VIH en Afrique noire*. Médecine et Maladies Infectieuses, 2014. 44(6): p. 24.
- [36] Fatoumata, O., *Enfant et conjoints dans la prise en charge des personnes infectées par le VIH au Burkina Faso*. Genève 21-24 juin 2010, relation intergénérationnelles, enjeux démographiques, actes du XVIème colloque de l'AIDELF, Association internationale des démographes de langue française, ISBN : 978-2-9521220-3-0, 2010.
- [37] Hejoaka, F., *L'enfant gardien du secret. Vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo-Dioulasso (Burkina Faso)*. 2012, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS).
- [38] ONUSIDA, *Accélérer la riposte - Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030*. 2014.