



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

**DETERMINANTS DE FAIBLE ADHESION DES FEMMES ENCEINTES AU DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH À MBANDAKA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO**

Journal homepage: [ijssass.com/index.php/ijssass](http://ijssass.com/index.php/ijssass)

**DETERMINANTS DE FAIBLE ADHESION DES FEMMES ENCEINTES AU DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH À MBANDAKA REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO** ☆

TSHIMUNGU KANDOLO Félicien <sup>a</sup>, IKHOTA ISSAMA Rigobert <sup>b</sup>, MUNDEMBE BONGBANGA Patrick <sup>c</sup>, BIKOKO BOBOKO Guillain <sup>c</sup>, BUSA EBETE Catherine <sup>c</sup>, BENTEKE EKENGA Thérèse <sup>c</sup>, BASOTO LINGENGETE Patrick <sup>c</sup>, IKOMBOLA LIKUMBA Marthe <sup>c</sup>, MBANGI MOKUNGU Richard <sup>c</sup>, LIKULU EFOLOKO Jean Claude <sup>c\*</sup>

A. ISTM Kinshasaa  
B. Université de Mbandakab  
C. ISTM Mbandaka.

Received 10 January 2023; Accepted 02 May 2023  
Available online 12 May 2023

**ARTICLE INFO**

*Keywords:*

Déterminants  
Faible adhésion  
Dépistage volontaire  
Femmes enceintes.

**ABSTRACT**

Cette étude avait pour objectif d'explorer les déterminants à la base de faible adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH/SIDA à Mbandaka. La méthode d'enquête, la technique d'interview semi-structurée réalisée par un questionnaire, nous a permis de collecter les données. Au total, 558 femmes réparties en 9 grappes de 62 femmes enceintes. Pour réaliser les analyses, nous avons utilisé le logiciel SPSS, version 22.0. Les résultats obtenus expliquent que les déterminants de la faible adhésion au dépistage du VIH/sida chez les femmes sont associées ( $P < 0,05 = 0,047$ ), ( $OR = 3,335$ ), ( $IC = 2,244-45,84$ ) à la peur, ( $P < 0,05 = 0,025$ ), ( $OR = 0,075$ ), ( $IC = 0,008-0,724$ ) à l'influence du milieu, ( $P < 0,05 = 0,041$ ), ( $OR = 5,896$ ), ( $IC = 1,803-43,300$ ) à la décision du conjoint, ( $P < 0,05 = 0,030$ ), ( $OR = 3,636$ ), ( $IC = 1,463-28,571$ ) à la stigmatisation, ( $P < 0,01 = 0,000$ ), ( $OR = 0,221$ ), ( $IC = 0,140-0,350$ ) à l'âge et ( $P < 0,01 = 0,000$ ), ( $OR = 13,041$ ), ( $IC = 7,352-23,133$ ) à l'état civil.

**INTRODUCTION**

Le conseil et le dépistage du VIH chez les femmes enceintes représentent une stratégie efficace de prévention du VIH dans plusieurs pays, notamment en République Démocratique du Congo où les ressources sont limitées. Ils constituent aussi la porte d'accès aux différents autres services de prise en charge du VIH/SIDA comme le traitement et le soutien psychosocial. De nombreuses femmes se posent des questions sur l'impact d'une éventuelle grossesse sur l'infection

Toutes les femmes enceintes qui ne connaissent pas leur statut sérologique devraient se voir proposer un test de dépistage du VIH lors de la première consultation prénatale. De récentes études ont démontré qu'avec de soins prénataux de bonne qualité, le recours à des médicaments antirétroviraux et un bon système de soutien de santé, les femmes qui vivent avec le VIH ont désormais beaucoup plus de chances de vivre une grossesse sans problèmes et de donner naissance à des enfants en bonne santé et séronégatifs à l'égard du VIH (MSF, 2015).

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent la méthode du "consentement présumé" avec des informations simplifiées avant le test. Toutefois, il incombe aux patients de refuser explicitement le test ("opt-out"). Pour être efficace, il est indispensable que le conseil et le dépistage à l'initiative du soignant soit accompagné d'un ensemble de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien liés au VIH (Plantier J C & Simon F.2002).

La pierre angulaire de toute politique de prévention reste le dépistage et la connaissance du statut vis-à-vis du VIH (Morlat., 2018). Le dépistage de l'infection à VIH chez les femmes enceintes est fondamental ; car il constitue le point de départ de toute démarche de PTME, (Kazatchkine M. et coll, 2019). La connaissance du statut sérologique vis-à-vis du VIH contribue à limiter la propagation de l'épidémie dans la mesure où elle permet aux personnes de prendre des précautions pour se protéger et protéger leurs partenaires. La femme enceinte doit également se rendre compte de son statut sérologique par l'adhésion à la PTME lors de la CPN en vue de se protéger d'abord elle-même, son bébé in utero

puis le reste de la communauté. La transmission verticale du VIH/sida entre la mère et l'enfant est à l'origine de la majorité des infections à VIH chez les enfants de moins de 15 ans (OMS, 2015).

De plus, afin d'améliorer la valeur prédictive de cette théorie, les autres variables tirées de modèle d'évaluation de la qualité des soins de Donabedian (1978) ; principalement sur les aspects techniques et interpersonnels de la performance du CDV/DCIP, conformité sur le dépistage avec les bonnes pratiques professionnelles est ajoutée au modèle conceptuel principal en vue d'identifier les facteurs organisationnels associés à la qualité des services de conseil et dépistage. L'acceptation de femmes enceintes de se faire dépister du VIH est une stratégie très efficace qui contribue à la réduction de la transmission verticale du VIH. Aux questions d'identifier les déterminants de faible adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH à Mbandaka et aussi de savoir le degré de relation qui existerait entre les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et l'adhésion de ces femmes enceintes au dépistage du VIH à Mbandaka, nous sommes parti d'une hypothèse selon laquelle la faible adhésion de ces femmes au dépistage du Vih Sida serait dû à la peur et nous pensons qu'il existerait un lien entre les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et l'adhésion de ces dernières au service de dépistage.

## **II.MATERIELS ET METHODES**

### **1. Matériels**

#### **1.1. Devis, types et domaine de l'étude de la recherche**

L'étude sous examen est prospective, transversale et analytique à visée quantitative, de type

descriptif. Celle-ci cherche à expliquer les déterminants de faible adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH. Les données ont été collectées au cours d'une enquête menée auprès de la population-cible. Il s'agit, notamment, de femmes enceintes présentes à la CPN/PTME des formations sanitaires des ZS de Bolenge, Mbandaka et Wangata. Quant au domaine de notre étude, elle est de la santé publique et son champ est la Prévention de la Transmission du VIH de Mère à l'Enfant.

Dans le cadre de notre étude, nous avons fait recours à un échantillonnage probabiliste en grappe. 558 femmes soit 9 grappes de 62 femmes enceintes ont été retenues à partir de considérations pratiques telles que les ressources humaines et matérielles disponibles. Nous avons collecté les données au moyen d'un questionnaire, et le mode d'administration était une interview semi-structurée de face à face. Elle nous a permis de déceler les déterminants de faible adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH.

## II.2. Méthodes

### III. LES RESULTATS

#### A. Analyse mono-variée

**Tableau 1. Répartition des enquêtées selon les caractéristiques sociodémographiques**

<b>Caractéristiques socio démographiques</b>	<b>Fréquence (n=558)</b>	<b>%</b>
<b>Age</b>		
18-29	354	63,4
30 et plus	204	36,6
<b>Etat civil</b>		
Mariée	304	54,5
Célibataire	254	45,5
<b>Religion</b>		
Chrétienne	442	79,2
Non chrétienne	116	20,8
<b>Niveau d'études de l'enquêtée</b>		
Niveau élevé	89	15,9
Niveau faible	469	84,1
<b>Niveau d'études du conjoint</b>		
Niveau élevé	46	8,2
Niveau faible	258	46,3
Non applicable	254	45,5
<b>Occupation de l'enquêtée</b>		

Fonctionnaire	26	4,7
Sans emploi	532	95,3
<b>Occupation du conjoint</b>		
Fonctionnaire	143	25,6
Sans emploi	161	28,9
Non applicable	254	45,5
<b>Taille de ménage</b>		
≤6 personnes	540	96,8
>6 personnes	18	3,2

Au regard de ce tableau, la majorité des enquêtées sont dans la tranche d'âge oscillant entre 18 à 29 ans (63,4%), sont mariées (54,5 %), sont adeptes des religions chrétiennes (79,2 %), ont un niveau d'études faible (84,1%), ont des conjoints ayant un niveau d'études faible (46,3%), sont sans emploi (95,3 %), ont des conjoints sans emploi (28,9 %) et ont une taille de ménage ≤ 6 personnes et 254 soit 45,5 % sont célibataires.

**Tableau 2. Répartition des enquêtées selon l'âge de la grossesse**

Age de la grossesse	Fréquence	%
1 - 12 SA	56	10,0
13 - 24 SA	360	64,5
25 - 36 SA	142	25,4
Total	558	100

La lecture ce tableau indique que la plupart (64,5%) des enquêtées ont 13-24 SA comme âge de la grossesse.

**Tableau 3. Connaissances des enquêtées sur le dépistage du VIH/Sida**

Dépistage du VIH	Fréquence (n=558)	%
Etre informé de organisation du dépistage de la femme enceinte		
Oui	289	51,8
Non	269	48,2
Source information		
CPN	273	48,9
RECO	143	25,6
Voisine	128	22,9

Eglise	88	15,8
Partenaire	19	3,4
Etude	36	6,5
Milieu du travail	18	3,2
Avoir entendu parler de la PTME		
Oui	420	75,3
Non	138	24,7
Occasion		
CPN	385	69,0
RECO	13	2,3
Voisine	65	11,6
Eglise	16	2,9
Partenaire	11	2,0
Milieu du travail	28	5,0
Etude	118	21,1
Voie de transmission du VIH		
Rapport sexuel non protégé	317	56,8
Voie parentérale	27	4,8
Mère-enfant	95	17,0
Objet souillé de sang	185	33,2
Autres	5	0,9
Moyens de prévention du VIH		
Utilisation correcte de Préservatif	123	22,0
Abstinence sexuelle	40	7,2
Bonne fidélité	380	68,1
AME pendant 6 mois	21	3,8
Eviter les matériels souillés du sang	128	22,9
Autres	14	2,5

Ce tableau montre que 289 femmes enceintes enquêtées sur 558 soit 51,8% sont informées de l'organisation du dépistage de la femme enceinte, 95 soit 17 % connaissent que la mère séropositive VIH peut aussi le transmettre à son enfant, 385 soit 69 % ont été mises au courant du dépistage du VIH lors de la CPN/PTME.

**Tableau 4 Connaissances des femmes enceintes sur la PTME**

Eléments de connaissances	Fréquence	%
<b>Assistance à une séance de sensibilisation</b>		
Oui	412	73,8
Non	146	26,2
<b>Savoir ce qu'une femme enceinte peut faire</b>		
Oui	448	80,3
Non	110	19,7
<b>Ce que la femme enceinte peut faire</b>		
Se faire dépister	378	67,7
Se rendre au CS	20	3,6
Se renseigner dans une fosa	31	5,6
Aucune réponse	129	23,1
<b>Connaitre le lieu de se faire dépister</b>		
Oui	464	83,2
Non	94	16,8
<b>Lieu de se faire dépister</b>		
CS	94	16,8
HGR	370	66,3
Autres	94	16,8
<b>Avoir des informations sur la gratuité de test de dépistage</b>		
Oui	485	86,9
Non	73	13,1
<b>Appréciation des informations</b>		
Bonne	395	70,8
Mauvaise	90	16,1
Autres	73	13,1
<b>Savoir s'il existe des médicaments ARV</b>		
Oui	542	97,1
Non	16	2,9

Il se dégage de ce tableau que 429 des femmes enceintes enquêtées soit 76,9 % ont capitalisé l'information selon laquelle le dépistage du VIH est gratuit, 129 soit 23,1 % de ces femmes enceintes n'ont aucune idée sur le dépistage du VIH.

**Tableau 5. Répartition des femmes enceintes selon la PTME**

PTME	Fréquence	%
Avantages de la PTME		
Connaissance de statut sérologique	357	64,0
Réduction de transmission verticale	71	12,7
Prise en charge précoce	131	23,5
Autres	38	6,8
Existence d'un programme de PTME		
Oui	530	95,0
Non	28	5,0
Moment qu'elles ont connu l'existence d'un programme de PTME		
A peine d'être informé	336	60,2
A partir de CPN précédant	138	24,7
Depuis longtemps	56	10,0
Non applicable	28	5,0
Occasion à laquelle elles ont connu l'existence d'un programme de PTME		
Au cours des CPN	405	72,6
Pendant la consultation gynécologique	86	15,4
Lors d'une consultation curative	39	7,0
Non applicable	28	5,0

De ce tableau, il ressort que 28 enquêtées soit 5% ignorent l'existence du programme de la PTME.

**Tableau 6. Répartition des enquêtées selon le dépistage du VIH/Sida**

Dépistage du VIH	Fréquence (n=558)	%
<b>Etre dépisté du VIH</b>		
Oui	183	32,8
Non	375	67,2
<b>Durée de dépistage (mois)</b>		
≤3	93	16,7
3-12	37	6,6
Plus longtemps	53	9,5
Non applicable	375	67,2

<b>Opinion sur le dépistage de VIH</b>		
Bonne chose	507	90,9
Mauvaise chose	51	9,1
Dépendre de quelqu'un pour se faire dépister		
Oui	411	73,7
Non	147	26,3
<b>Personne qui influence sur le dépistage</b>		
Le conjoint	340	60,9
Parent	37	6,6
Conjoint et parent	34	6,1
Non applicable	147	26,3

Parmi les 558 femmes enceintes enquêtées, 67,2% n'ont pas acceptés le test de dépistage. Sur les 183 femmes enceintes enquêtées ayant acceptés le dépistage (32,8%) ; 90 soit 49,2% ont rapporté avoir fait leur dernier test au-delà de trois mois, plus du tiers (507 femmes enceintes enquêtées, soit 90,9%) apprécient le dépistage volontaire du VIH ; 411 femmes enceintes soit 73,7% dépendre de quelqu'un pour se faire dépister dont 340 d'entre elles soit 60,9% sont influencées par leurs conjoints, 37 enquêtées soit 6,6% dépendent des parents.

**Tableau 7. Relatif aux raisons de ne pas se faire dépister volontairement lors de la CPN/PTME par les femmes enceintes**

<b>Raisons</b>	<b>Fréquence</b>	<b>%</b>
Peur	347	62,2
Sens de fidélité	118	21,1
Manque de confiance	104	18,6
Influence du milieu	333	59,7
Décision du conjoint	204	36,6
Dépendance des parents	96	17,2
Croyance à la superstition	111	19,9
Croyance à la religion	109	19,5
Longue durée d'attente	367	65,8
Mauvais accueil	210	37,6
Stigmatisation	113	20,3
Crainte d'indiscrétion	457	81,9
Ignorance sur le mode de transmission du VIH	132	23,7
Aucune importance accordée	312	55,9

Autres	103	18,5
--------	-----	------

Les données de ce tableau indiquent que 457 soit 81,9% avancent comme raison la crainte d'indiscrétion, 367 soit 65,8% des enquêtées pointent du doigt la longue durée d'attente, 347 soit 62,2% ont cité la peur, tandis que 333 soit 59,7% reconnaissent l'influence du milieu. Pour 312 soit 55,9%, le dépistage n'est pas important. Par contre, pour 204 soit 36,6%, c'est plutôt la décision du conjoint. Le mauvais accueil, l'ignorance sur le mode de transmission du VIH, la stigmatisation, la croyance à la superstition et à la religion représentent respectivement 37,6 %, 23,7 %, 20,3 %, 19,9 % et 19,5 %.

### B. Analyse bivariée

**Tableau 8. Relation entre les caractéristiques sociodémographiques, structurelles, culturelles et le dépistage du VIH/Sida des femmes enceintes**

Caractéristiques	Ayant acceptées le dépistage	N'ayant pas acceptées le dépistage	$\chi^2$ de Pearson	P	Relation	Ho
<b>Age</b>						
18-29	68(37,2%)	285(76,0%)	78,170	0,000	S	Rejetée
30 et plus	115(62,8%)	90(24,0)				
<b>Etat civil</b>						
Mariée	162(88,5%)	142(37,9%)	125,229	0,000	S	Rejetée
Célibataire	21(11,5%)	233(62,1%)				
<b>Religion</b>						
Chrétienne	87(47,5%)	355(94,7%)	93,735	0,000	S	Rejetée
Non chrétienne	96(52,5%)	20(5,3%)				
<b>Niveau d'études</b>						
Faible	114(62,3%)	68(18,1%)	51,074	0,000	S	Rejetée
Elevé	69(37,7%)	307(81,9%)				
<b>Occupation</b>						
Fonctionnaire	16(8,7%)	10(2,7%)	8,900	0,003	S	Rejetée
Sans emploi	167(91,3%)	365(97,3%)				
<b>Parité</b>						
Nullipare	13(7,1)	39(10,4%)	1,686	0,194	NS	Acceptée

Primipare Multipare	41(22,4%)	61(16,3%)				
Grande Multipare	94(51,4%)	201(53,6%)				
	35(19,1%)	74(19,7 %)				

S=Significatif

NS=Non significatif

Les données de ce tableau illustrent les résultats de comparaison des enquêtées ayant acceptés ou non le dépistage volontaire du VIH et montrent que sur 558 sujets enquêtés : 375 n'ont pas été dépistée dont 285 soit 76,0 % sont dans la tranche d'âge de 18-29 ans et 90 soit 24,0% ont l'âge de 30 ans. Il existe une relation statistiquement significative ( $P \leq 0,01$ ) entre l'âge, l'Etat civil, la religion, le niveau d'étude, l'occupation et la faible adhésion au dépistage du VIH/Sida. Tandis que la parité n'est associée à la faible adhésion au dépistage du VIH/Sida.

### C. Analyse multivariée

**Tableau 9. Régression logistique sur la faible adhésion des femmes enceintes au dépistage du VIH/Sida (n=558)**

Variables indépendantes	$\beta$	E.S	P	EXP.OR	IC pour OR (95%)
Variable dépendante : <b>Faible adhésion au dépistage du VIH</b>					
Peur	1,205	1,334	0,047*	3,335	2,244-45,584
Sens de fidélité	-1,451	1,050	0,167	0,234	0,300-1,834
Manque de confiance	-1,768	1,323	0,182	0,171	0,013-2,283
Influence du milieu	-2,591	1,157	0,025*	0,075	0,008-0,724
Décision du conjoint	1,774	1,017	0,041*	5,896	1,803-43,300
Dépendance des parents	0,780	1,050	0,457	2,182	0,279-17,068
Croyance à la superstition	-1,399	1,070	0,191	0,247	0,030-2,011
Croyance à la religion	-1,067	0,889	0,230	0,344	0,060-1,963
Stigmatisation	1,291	1,052	0,030*	3,636	1,463-28,571
Mauvais accueil	0,102	1,032	0,357	1,170	0,627-9,331
Age de l'enquêtée	-1,509	0,234	,000**	0,221	0,140-0,350
Etat civil de l'enquêtée	2,568	0,292	0,000**	13,041	7,352-23,133
Longue durée d'attente	1,060	0,716	0,139	2,885	0,710-11,731
Aucune importance accordée	0,208	0,217	0,338	1,232	0,804-1,886
Ignorance sur le mode de transmission du VIH	0,311	1,052	0,227	0,272	0,312-1,931
Crainte d'indiscrétion	0,218	0,814	0,159	0,193	0,130-2,501
Constante	-0,175	1,655	0,011	0,916	

\*p<0.05      \*\*p<0.01

En examinant chacune de ces associations sur le rôle des déterminants de confusion, nous les avons ajustés une à une. Dans ce modèle, nous avons examiné la faible adhésion au dépistage du VIH/sida chez les femmes enceintes avec la peur, le sens de fidélité, le manque de confiance, l'influence du milieu, la décision du conjoint, la dépendance des parents, la croyance à la superstition, la croyance à la religion, la stigmatisation, l'âge, l'état civil et d'autres co-variables.

Ce tableau montre que la faible adhésion au dépistage du VIH/sida chez les femmes est associée (P<0,05=0,047), (OR= 3,335),(IC=2,244-45,84) à la peur, (P<0,05=0,025), (OR =0,075),(IC=0,008-0,724) à l'influence du milieu, (P<0,05=0,041), (OR= 5,896),(IC=1,803-43,300) à la décision du conjoint, (P<0,05=0,030), (OR= 3,636), (IC=1,463-28,571) à la stigmatisation, (P<0,01=0,000), (OR= 0,221),(IC=0,140-0,350) à l'âge et (P <0,01=0,000),(OR =13,041),(IC=7,352-23,133) à l'état civil ;tandis que le sens de fidélité, le manque de confiance, la dépendance des parents, la croyance à la superstition, la crainte d'indiscrétion, la file d'attente, le mauvais accueil et les convictions religieuses ne sont pas associés à la faible adhésion au dépistage du VIH/sida chez les femmes enceintes.

#### IV.DISCUSSIONS

Ce point relatif à la discussion s'est focalisé sur les déterminants de faible adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH, les

caractéristiques individuelles ou sociodémographiques, les déterminants culturels, les déterminants structurels, et les déterminants liés à l'organisation des services dans la ville de Mbandaka.

Parmi les facteurs qui expliqueraient la faible adhésion des femmes enceintes, on note par ordre de fréquence la peur, l'influence du milieu, la décision du conjoint, la stigmatisation, l'âge des femmes enceintes et l'état civil. Cependant, une autre étude menée a révélé que 54 % des femmes enceintes ont refusé le test de dépistage du VIH. Parmi les déterminants de ce refus du test de dépistage du VIH il y a ceux, sociodémographiques (religion musulmane, le lieu de résidence), comportementaux (fidélité) et culturel (niveau médiocre de connaissance sur le sida). Les autres déterminants du refus du test de dépistage du VIH étaient d'être fidèle et avoir un bas niveau de connaissance sur le VIH (OMS, op cit).

Une étude a montré que les femmes enceintes obtempèrent à la décision de leurs maris pour se faire dépister, pour éviter toute mésentente pouvant naître au sein du foyer et au sein de la famille élargie en cas de séropositivité d'un des conjoints (Zagare A.et Some J.F.2001). Dans son étude, les résultats ont montré que les femmes enceintes subissent toujours l'influence de l'entourage et certains maris vont même jusqu'à les empêcher de faire le test par peur de la stigmatisation. De plus, ces derniers ne connaissent pas les avantages d'un dépistage précoce, condition nécessaire à l'adhésion ou à la demande de CDV (Damiba J., 1998).

En ce qui nous concerne, les résultats obtenus dans notre étude corroborent avec ceux cités ci haut (la peur, la stigmatisation, l'influence du milieu et la décision du conjoint). Statistiquement, la faible adhésion au dépistage du VIH/sida chez les femmes est associée ( $P < 0,05 = 0,047$ ), ( $OR = 3,335$ ), ( $IC = 2,244-45,84$ ) à la peur, ( $P < 0,05 = 0,025$ ), ( $OR = 0,075$ ), ( $IC = 0,008-0,724$ ) à l'influence du milieu, ( $P < 0,05 = 0,041$ ), ( $OR = 5,896$ ), ( $IC = 1,803-43,300$ ) à la décision du conjoint, ( $P < 0,05 = 0,030$ ), ( $OR = 3,636$ ), ( $IC = 1,463-28,571$ ) à la stigmatisation, ( $P < 0,01 = 0,000$ ), ( $OR = 0,221$ ), ( $IC = 0,140-0,350$ ) à l'âge et ( $P < 0,01 = 0,000$ ), ( $OR = 13,041$ ), ( $IC = 7,352-23,133$ ) à l'état civil.

Néanmoins, nous venons de constater des ajouts significatifs dans notre présente étude, particulièrement sur l'âge des femmes enceintes et l'état civil faisant partie de déterminants sociodémographiques qui peuvent influencer négativement ou positivement l'adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH dans notre milieu.

En effet, l'âge de la femme enceinte est retenu parmi les déterminants de faible adhésion au dépistage du fait qu'il justifie l'état de la maturité et de l'expérience de la personne au point de vue autonomie dans la prise des certaines décisions ; en l'occurrence l'adhésion au dépistage volontaire du VIH. D'autres auteurs pensent qu'une femme d'âge avancé a une plus grande maturité et plus d'expériences, et un plus grand accès aux ressources sociales telles que les connaissances (Rakotondrabe P, op cit). Enfin, les jeunes

femmes sont plus ouvertes à la modernité que les femmes âgées (grâce à l'effet de l'instruction) ce qui les amènent à recourir aux méthodes modernes de prévention des maladies.

Quant à l'Etat civil, les femmes enceintes mariées, le plus souvent vivent dans l'ignorance en croyant à la fidélité de l'un ou de l'autre et sont épargnées de la séropositivité du VIH, ensuite, la dépendance du conjoint dans prise de décision. Tandis que les non mariées se culpabilisent et ont parfois peurs du résultat positif consécutif au comportement antérieur non responsable. Donc, ces résultats prouvent en suffisance qu'il ya un problème de communication et l'implication des conjoints à la CPN/PTME. Au Burkina Faso, la situation est si préoccupante que les premiers responsables ont décidé de privilégier l'approche préventive. C'est dans ce contexte d'épidémie généralisée qu'un programme de réduction de la transmission mère enfant du VIH a été mis en place depuis 2001 et réajusté en 2006. Bien qu'observée dans le monde entier, elle touche essentiellement l'Afrique subsaharienne, où vivent aujourd'hui 90 % des enfants infectés (800.000 enfants nouvellement infectés dans le monde. (ONUSIDA/ OMS 2001).

## V.CONCLUSION

A l'issue de l'analyse, les résultats obtenus sur les équations de demande de dépistage des enquêtées sur le VIH ont fait l'objet de plusieurs estimations sur les 558 sujets qui se sont présentées lors de la PTME/CPN. Les résultats sont obtenus du logiciel SPSS 22 concernant la possibilité d'adhérer au dépistage ou non. Ainsi, nous avons examiné la faible adhésion des femmes enceintes au dépistage du VIH/Sida avec la peur, la

stigmatisation, l'ignorance, la longue file d'attente, l'âge et d'autres covariables. Ces résultats montrent que la faible adhésion au dépistage du VIH/sida chez les femmes est associée à la peur ( $P < 0,05 = 0,047$ ), ( $OR = 3,335$ ), à l'influence du milieu ( $P < 0,05 = 0,025$ ) ( $OR = 0,075$ ), à la décision du conjoint ( $P < 0,05 = 0,041$ ), ( $OR = 5,896$ ), à la stigmatisation ( $P < 0,05 = 0,030$ ), ( $OR = 3,636$ ), à l'âge ( $P < 0,01 = 0,000$ ) ( $OR = 0,221$ ) et à l'état civil ( $P < 0,01 = 0,000$ ) ( $OR = 13,041$ ) ; tandis que le sens de fidélité, le manque de confiance, la dépendance des parents, la croyance à la superstition, la crainte d'indiscrétion, la file d'attente, le mauvais accueil et la croyance à la religion ne sont pas associés à la faible adhésion au dépistage du VIH/sida chez les femmes enceintes. Comme l'attestent les données de l'enquête, nos hypothèses ont été partiellement confirmées. Par ailleurs, nous infirmons notre hypothèse selon laquelle les facteurs organisationnels (capacité de l'offre, l'accueil, la confidentialité, des durées d'attentes et de la qualité du service de prestataire) n'influent nullement sur l'adhésion des femmes enceintes au dépistage du VIH pendant la CPN/PTME. (Je n'ai rien compris ici, alors que à l'introduction vous n'avez pas précisé à l'introduction).

De tout ce qui précède, nous formulons les recommandations selon lesquelles, le dépistage pour une femme enceinte doit être systématiquement proposé à l'occasion du premier examen prénatal. La femme peut refuser le test, ce qui se produit exceptionnellement. Dans ce cas, le dialogue doit permettre de comprendre les motifs de réticence et d'exposer le bénéfice du

dépistage pour la future mère et l'enfant. Si cette dernière maintient son refus, la proposition sera renouvelée plus tard pendant la grossesse et à l'accouchement.

### Références bibliographiques

- Amuli J. (2018). Séminaire de la Méthodologie de la recherche en soins et santé, destiné aux Apprenants de Master 1 Sciences infirmières, ECODOC/ISTM Kinshasa.
- Amuli. J, & Ngoma O. (2011). Méthodologie de la Recherche Scientifique en Soins et en Santé, Tome I De la Conception à la Diffusion des résultats.
- Dabis .F et coll (2006). Mortality of HIV-1-infected patients during the first year of potent antiretroviral therapy: comparative analysis of databases from low- and high-income countries, *The Lancet*, 367:817-24.
- Damiba J. (1998). Etudes des facteurs limitant l'adhésion des femmes enceintes au conseil de dépistage volontaire dans le district sanitaire de Koupela
- De Cock, K. et coll. (2002). Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century. *Lancet*, 360(9326), 67-72.

- Donabedian, A. (1978). The quality of medical care. *Science*, 200(4344), 856-864.
- Donabedian A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *J Am Med Assoc.*;260(12):1743-8. Doi 10.1001/jama.1988.03410120089033.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1992). Quality assurance: Structure, process and outcome. *Nursing Standard*, 7(11 Suppl. QA), 4-5.
- Fortin, M.F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2<sup>e</sup>éd.). Québec: Chenelière-Education.
- Grawitz M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*, éd. Dalloz (11<sup>e</sup>), coll. Droit public, Science politique
- Karkouri M.(2018). *Guide de dépistage de l'infection à VIH dans la région du Maghreb*, ALCS
- Kayembe .PK et coll. (2007). Evolution de la prévalence du VIH en République démocratique du Congo (1985-2005): évidence de plusieurs épidémies à différentes vitesses. Sous presse.
- Kazatchkine M. et coll. (2019). *Le VIH en 2019 : les clefs pour comprendre*, ARS, État des connaissances : novembre 2018.
- Kilewo C. et coll. (2000). Evaluation de l'impact du programme de la PTME à Dar es Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*,28(5), 458-462.
- Koye, D. N. & Zeleke, B. M. (2013). Mother-to-child transmission of HIV and its predictors among HIV-exposed infants at a PMTCT clinic in northwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 13, 398.
- Mafuta O.(2018). *Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en milieu rural : Les perceptions des acteurs de la zone de santé de Mosango, en RDC*,FSP ,UCL
- Masiala et coll. (2012), *Guide du chercheur en sciences humaines*, Centre Educatif Congolais, C P 5374 Kinshasa10.
- Minisanté. (2014). *Deuxième Enquête Démographique Et de Santé, EDS II (2013-2014)*.
- Morlat P, (2018). *Prévention et dépistage*, CHU,

- Bordeaux
- MSF. (2015). Manuel clinique VIH/TUB Sur la base des protocoles OMS 2013  
<http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/Search?Autcoll=%5BChu+de+Treichville.+Service+des+maladies+infectieuses+et+tropicales.+CIV%5D>
- Omanyondo O.(2018). Séminaire de la Méthodologie de la recherche Scientifique qualitative, destiné aux Apprenants de Master 1 Sciences infirmières, ECODOC/ISTM Kinshasa,
- OMS. (2015). Strategies toward ending preventable maternal mortality.Genève, 2015 ([http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal\\_perinatal/epmm/en/](http://who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/epmm/en/),consulté le 22 mars 2015).
- OMS. (2015). 10 facts on maternal health. [En ligne] **Erreur ! Référence de lien hypertexte non valide.** [health/maternal\\_health\\_acts/ en/](http://www.who.int/health/maternal_health_acts/en/).Consulté le 4/4/2016))
- OMS. (2017). Rapport sur l'épidémie mondiale du sida : traitement et prise en charge : [http/ www.unaids.org](http://www.unaids.org).
- OMS.(2012). Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé. Genève : (<http://www.who.int/hiv/pub/vct/pitc2007/en/>, consulté le 22 mars 2015).
- ONUSIDA. (2018). Le VIH/Sida en chiffre/RDC. 2016. 03-07-2018.
- ONUSIDA. (2011). Réduire l'impact du SIDA. Rapport sur l'épidémie mondiale.
- ONUSIDA/OMS(2009). Déclaration de politique de l'OMS/l'ONUSIDA sur les tests VIH, Genève, juin.
- ONUSIDA/OMS.( 2015) .Déclaration de politique de l'OMS/l'ONUSIDA sur les tests VIH, Programme commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA et Organisation mondiale de la Santé, Genève, juin.
- Rakotondrabe F.P. (2004). Statut de la femme, prise de décision et santé de l'enfant à Madagascar, Thèse de doctorat, IFORD, Yaoundé.
- Salima, R. et coll (2007). Etude des facteurs influençant l'acceptabilité du test volontaire de dépistage du VIH au Centre de Médecine Communautaire de Buyenzi au Burundi, Sidanet.org, article du

mercredi 23 mai.

on HIV/AIDS. The Gap  
report,

Some F.( 2001). Les facteurs influençant la communication interpersonnelle dans les maternités du district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou, mémoire de fin d'études, ENSP.

Zagare A.et Some J.F. (2001). Problématique du dépistage volontaire et anonyme au Burkina Faso : cas du CICDOC, Ouagadougou, juin.

Traoré F. (1997). Acceptabilité par les parents d'enfants hospitalisés en milieu pédiatrique de Bobo Dioulasso : dépistage de l'infection à VIH, thèse de doctorat, UO.

Zongo K. ( 2006). Les facteurs limitant l'adhésion des femmes enceintes au conseil et au dépistage volontaires du VIH/SIDA au district sanitaire du secteur 30 de Ouagadougou, ISD, Dakar.

Tshimungu F. (2018) Notes de cours d'Epidémiologie, destinées aux Etudiants de L1 EASI/SI, ISTM MBANDAKA, inédit

1. Zoungrana C. (1993). Déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (Mali). Collection thèses et mémoires n°36, Université de Montréal.

UNAIDS,( 2014). Joint United Nations Programm

☆ DETERMINANTS DE FAIBLE ADHESION DES FEMMES ENCEINTES AU  
DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH À MBANDAKA REPUBLIQUE  
DEMOCRATIQUE DU CONGO