



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

**FACTEURS EXPLICATIFS DE FAIBLE ADHESION DES FEMMES ENCEINTES AU  
DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH A LA ZONE DE SANTE DE NGABA CAS DU  
CENTRE DE SANTE MUKULUA**

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

**FACTEURS EXPLICATIFS DE FAIBLE ADHESION DES FEMMES ENCEINTES AU DEPISTAGE VOLONTAIRE DU  
VIH A LA ZONE DE SANTE DE NGABA CAS DU CENTRE DE SANTE MUKULUA ☆**

*Ipantshiar Lathiar Francine<sup>a</sup>*

<sup>a</sup>. Doctorante, Unikin

Received 09 August 2023; Accepted 10 October 2023

Available online 27 October 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 NGABA. 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.

## I. INTRODUCTION

Le conseil et le dépistage du VIH chez les femmes enceintes représente 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 par le VIH, et craignent de transmettre le virus à leurs bébés.

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 NGABA 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 NGABA, 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 autres facteurs culturels 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 NGABA précisément au centre de santé MUKULUA. 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.

### II.2. Méthodes

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.

## III. LES RESULTATS

### A. Analyse mono-variée

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

| Caractéristiques socio démographiques | Fréquence<br>(n=558) | %    |
|---------------------------------------|----------------------|------|
| <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<br>(n=558) | %    |
|--|----------------------|------|
| Etre informé de l'organisation du dépistage de la femme enceinte |                      |      |
| Oui  | 289                  | 51,8 |
| Non  | 269                  | 48,2 |
| Source d' 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 | %    |
|---|-----------|------|
| <b>Avantages de la PTME</b>   |           |      |
| 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  |
| <b>Existence d'un programme de PTME</b>                             |           |      |
| Oui   | 530       | 95,0 |
| Non   | 28        | 5,0  |
| <b>Moment qu'elles ont connu l'existence d'un programme de PTME</b> |           |      |
| 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<br>(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  |
| <b>Dépendre de quelqu'un pour se faire dépister</b> |                      |      |
| 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**

| Raisons                                      | Fréquence | %    |
|--|-----------|------|
| 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. Analyses bivariées

**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 le 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 multi variée

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

| Variabiles indépendantes  | $\beta$ | E.S   | P       | EXP.OR | IC pour OR (95%) |
|---|---------|-------|---------|--------|------------------|
| Variable dépendante :<br><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 Kinshasa, zone de santé de Ngaba, aire de santé MUKULUA.

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).

A l'issue de l'analyse, les résultats obtenus sur les équations de demande de dépistage des enquêtées sur le VIH ont fait

## V.CONCLUSION

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.

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.

## VI. 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

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.

Masiata et coll. (2012), Guide du chercheur en sciences humaines, Centre Educatif Congolais, C P 5374 Kinshasa 10.

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 :

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.

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.

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.

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

UNAIDS,( 2014). Joint United Nations Programm on HIV/AIDS.  
The Gap report,

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

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.

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.

---

☆ EFFICACITE DE LA THERAPIE ANTIPALUDEENNE ADMINISTREE AUX PATIENTS A L'HOPITAL  
GENERAL DE REFERNCE DE BOMA, RD CONGO: SUIVI BIOLOGIQUE