

FACTEURS ASSOCIES A LA FAIBLE IMPLICATION DES HOMMES
PARTENAIRES DES FEMMES ENCEINTES DANS LA PTME DU VIH

Cas de la Zone de Santé Rural de Yasa Bonga, territoire de Masi-Manimba, Province du Kwilu en RD
Congo

Auteurs : J. Kisiata Feti, J.M. Musitu Ukondalemba de l'ISTM Kikwit & J.Tshibangu, Ph.D. de
l'Université Pédagogique Nationale, RD Congo
Tél (081 466 2727) (+243) 815 320 467 – (+243) 998 995 580

Résumé

Le but de cette étude était de lutter contre la mortalité maternelle et infantile due aux maladies liées au VIH/SIDA à travers la responsabilisation des hommes dans la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) du VIH et d'améliorer les indicateurs de l'utilisation .des services de la PTME par les femmes enceintes et leurs partenaires sexuels dans la Zone de Santé Rurale de Yasa-Bonga. Cent quarante-cinq (145) hommes partenaires des femmes enceintes y ont participé. La collecte des données auprès de ces participants a été faite grâce à la méthode d'enquête appuyée par la technique d'entrevue semi-dirigée. Les résultats ont indiqué que certains facteurs sociodémographiques, psycho cognitifs, géographiques, organisationnels et fonctionnels sont associés à la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME du VIH. Au regard de ces résultats, il s'avère nécessaire de mener des actions de sensibilisation des partenaires sexuels des femmes enceintes et de réorganiser les services de PTME.

Mots clés : Facteurs associés, faible implication, Yasa-Bonga, ptme, vih/sida

FACTORS ASSOCIATED WITH LOW MALE INVOLVEMENT PARTNERS OF PREGNANT WOMEN IN HIV
PMTCT. Case of the Yasa Bonga Rural Health Zone, Masi-Manimba Territory, Kwilu Province in DR
Congo

Abstract

The aim of this study was to combat maternal and infant mortality due to HIV / AIDS-related diseases through empowerment of men in the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV and to improve HIV / AIDS indicators. The use of PMTCT services by pregnant women and their sexual partners in the Yasa-Bonga Rural Health Zone. One hundred and forty-five (145) male partners of pregnant women participated. Data collection from these participants was done using the survey methodology supported by the semi-structured interviewing technique. The results indicated that some socio-demographic, psycho-cognitive, geographic, organizational and functional factors are associated with the low involvement of male partners of pregnant women in

HIV PMTCT. In view of these results, it is necessary to carry out actions to sensitize the sexual partners of pregnant women and to reorganize PMTCT services.

Key words: Associated factors, low involvement, Yasa-Bonga, pmtct, hiv / aids

INTRODUCTION

Depuis le début de la pandémie, on estime que 5,1 millions d'enfants ont contracté le VIH dans le monde. (www.icad-cisd.com).

En 2013, 240.000 enfants ont été infectés par le VIH dans le monde, soit plus de 600 enfants par jour. (www.who.int/aide-mémoire-n°360.fr). Presque tous ces enfants ont contracté le VIH par le biais de la transmission mère-enfant (TME) d'après McIntyre, 2006 & Organisation des Nations Unies pour le SIDA (ONUSIDA), 2006.

Dans les pays à revenu élevé, la TME du VIH a été réduite à environ 1% par des mesures de prévention, notamment par des services efficaces de conseil de dépistage du VIH volontaire ou systématique, le traitement antirétroviral (TAR) et l'utilisation de substituts du lait maternel sûrs, accessibles et financièrement abordable. (Car & al, 2011). Si cet état de fait montre que les mesures visant à mettre un terme aux nouvelles infections se révèlent efficace, la réalité dans les pays pauvres est radicalement différente, la couverture des interventions de PTME chez les femmes enceintes et enfants y restant très insuffisante (Gloyd & al, 2007, Johnson, 2009).

Avant d'incriminer les hommes, on doit aussi donner à une jeune femme surtout une femme africaine qui souhaite protéger son enfant quelques conseils pratiques lui permettant de bien causer avec son partenaire. La contamination des enfants à naître est une grande injustice et un non respect des droits de l'enfant. Toute femme qui souhaite faire un bébé dans les pays à fort taux de prévalence du VIH doit accepter de faire avant même la conception, un certain nombre d'exams tels que : la sérologie du VIH, le groupe sanguin et l'électrophorèse de l'hémoglobine chez les couples de race noire. Ces tests aident à connaître son statut et à prendre des mesures préventives. Dans le cas où une grossesse a déjà débuté, un test du VIH est conseillé au premier trimestre de la grossesse. (Tshibangu,2015)

Dans le cadre d'une approche centrée sur les femmes, l'implication des hommes a été identifiée comme un domaine prioritaire, son impact sur les différentes composantes des programmes de PTME ayant été largement démontrée (Falnes et al, 2011) : l'homme joue un rôle important dans le risque de l'infection à VIH chez la femme (Msuya et al. 2006) et dans la prévention de cette infection.

L'homme joue un rôle obstacle ou facilitateur à chaque étape de la PTME. (Orne-Gliemann, 2013). En réalité, la prise de décision par les femmes au sujet de leur grossesse et leur santé est profondément influencée par leur partenaire (ONUSIDA, 2011).

En effet, pour inverser la tendance actuelle qui hypothèque la qualité de vie, fragilise la santé et la survie des femmes et des enfants et compromet sérieusement la réalisation des

objectifs nationaux de développement, les hommes en tant que décideurs clés au niveau familial et communautaire doivent s'investir davantage en faveur de la promotion de la santé familiale. Il est clair que les décisions sur le dépistage, de la prise du traitement et de l'allaitement, ne sont pas le fait de la femme seule, mais bien plus particulièrement du mari/partenaire masculin (<http://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo>).

Une femme infectée par le VIH ne gère pas seule l'infection et la démarche de PTME vit dans un contexte conjugal et/ou familial où les décisions de santé, notamment pour l'enfant, sont souvent marquées par la domination masculine (Orne-Gliemann, 2013). Les femmes peuvent se trouver dans l'incapacité de négocier des rapports sexuels ou des pratiques sexuels sans risque, telles que l'utilisation des préservatifs ou de contraceptifs, ce qui peut être la cause d'une infection à VIH, d'une autre IST ou d'une grossesse non planifiée. (Farquhar et al. 2004).

Ainsi, l'implication des hommes est reconnue comme, selon Kansie (2013), l'une des stratégies pour lever les obstacles à l'accès des femmes enceintes aux services de PTME. Les hommes en tant que pères, maris, chefs coutumiers ou religieux et dirigeants politiques, ont dans presque toutes les sociétés, plus de prérogatives dans la gestion de la famille, dans les prises des décisions et les choix qui affectent la vie des femmes et des enfants, renchérit la même source

Dans le cadre de son approche centrée sur la femme, le plan mondial déclare que « des efforts doivent être réalisés pour assurer l'implication et le soutien des hommes dans tous les aspects de ces programmes et pour lutter contre la discrimination liée à l'infection à VIH et aux inégalités entre hommes et femmes qui compromettent l'accès à ces services, ainsi que leur utilisation et la fidélisation des patients » (ONUSIDA, 2011).

Malgré la prise croissante de conscience du rôle central joué par les hommes et les garçons dans la PTME, ils ne s'impliquent que rarement, font observer FNUAP et al. (2009).

En République Unie de Tanzanie (région de Kilimandjaro), ont constaté Falnes et al. (2011), seuls 3% des hommes faisaient un test de dépistage en consultation prénatale.

En RDC, les résultats de la PTME sont médiocres. Sur les 511 339 femmes enceintes vues à la CPN en 2011, 260 293 n'ont pas eu accès au dépistage du VIH, soit 50,9%. Parmi les femmes enceintes dépistées séropositives au cours de la même année, 35,6% n'ont pas reçu les ARV pour réduire le risque de la transmission mère-enfant du VIH. Du côté de partenaires des femmes enceintes testées, sur les 251 046 attendus au test VIH dans le cadre de la CPN, 229 563 partenaires masculins n'ont pas accepté de passer le test, soit 91,44% (Rapport annuel PNLs RDC 2011 & www.vih.org).

Dans la province du Bandundu, la même source soutient que sur les 41.714 femmes vues à la CPN en 2011, 29 054 n'ont pas été testées, soit 69,7%. Parmi les 122 femmes enceintes séropositives pour la même année, 102 n'ont pas reçu la prophylaxie d'ARV au cours de leur grossesse, soit 83,6%. Sur les 12660 partenaires masculins des gestantes testées, 10969 ont été moins favorables à passer le test de dépistage dans le cadre de la CPN, soit 86,6%.

Dans la zone de Santé Rurale de Yasa-Bonga, « le taux de dépistage des femmes enceintes et l'implication de leurs partenaires sexuels dans la PTME sont déplorables car, sur les 7 349 grossesses attendues à la CPN en 2013, 7033 ont refusé de souscrire au dépistage du VIH, soit

95,7%. Sur les 316 partenaires de ces femmes enceintes testées, aucun ne s'est fait dépister dans le cadre de la CPN, soit 0%. Parmi les 26 femmes dépistées séropositives, 24 n'ont pas eu accès au traitement antirétroviral (TAR), soit 92,3%. (www.laeken-est-be/yasa.histoire; service de statistique ZSR Yasa-Bonga) ».

Par sa population importante et sa faible disponibilité et utilisation des services de PTME, Yasa-Bonga est une zone de santé qui contribue de manière significative aux nombres des besoins non couverts dans la province. Sur les 7349 femmes enceintes attendues à la CPN en 2013, 7033 n'ont pas eu accès au dépistage du VIH, porte d'entrée des services de PTME, soit 95,7%. Parmi les 26 femmes enceintes séropositives testées en 2013, 24 n'ont pas reçu les ARV pour réduire la transmission mère-enfant, soit 92,3%.

En outre, les résultats de PTME de cette zone de santé est médiocre en les comparants à ceux des zones de santé environnant, telle que celle de Mosango (1 %), qui ont réalisé le dépistage chez les femmes enceintes.

Pour appréhender les facteurs associés à la faible implication des hommes-partenaires des femmes enceintes de cette aire de santé dans la PTME, l'étude recourt au modèle de « l'image de la santé », autrement appelé « modèle des croyances relatives à la santé, élaboré par Becker en 1975.

Ce modèle prédit que l'homme-partenaire de la femme enceinte, va s'impliquer dans la PTME du VIH, s'il croit que (qu') :

- Il y a risque réel de transmission du VIH de la mère à l'enfant ;
- Les conséquences de l'infection à VIH chez l'enfant à naître seront sérieuses ;
- La stratégie de la PTME est efficace pour réduire le risque de TME du VIH ;
- Les bénéfices de la PTME sont plus nombreux que le coût et les obstacles.

Au fait, la femme enceinte peut-être sensibilisée à passer le test de VIH, mais c'est à son partenaire à lui permettre à se faire dépister ou à accepter le traitement antirétroviral.

Ainsi, nous nous demandons :

- Quels sont les facteurs associés à la faible implication des hommes partenaires de femmes enceintes de cette Zone de Santé dans la PTME ?
- Quelles stratégies faudra-t-il arrêter pour faire impliquer massivement cette catégorie d'hommes dans la PTME?

Le but poursuivi par cette étude est de lutter contre la mortalité maternelle et infantile due aux maladies liées au VIH/SIDA à travers la responsabilisation des hommes dans la PTME et d'améliorer les indicateurs de l'utilisation des services de PTME par les femmes enceintes et leurs partenaires sexuels.

METHODOLOGIE

Devis de recherche

La démarche privilégiée est quantitative. Elle s'inscrit dans le schéma d'une recherche descriptive corrélationnelle. Cette dernière consiste à décrire les facteurs qui sont associés à la

faible participation des hommes dans la PTME et d'explorer le lien entre les variables indépendantes, les facteurs associés, et la variable dépendante, la faible participation des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME.

L'étude est prospective. Elle utilise la méthode d'enquête sur terrain appuyée par la technique d'entrevue semi-dirigée face à face. Le guide d'entretien étant instrument de collecte des données.

Entrant dans la logique de l'étude transversale, elle emprunte la technique d'échantillonnage probabiliste en grappe. Les calculs des statistiques descriptives et inférentielles sont utilisés pour le traitement des données.

Milieu de l'étude

L'étude a été effectuée dans la Zone de Santé Rurale de Yasa-Bonga, territoire de Masi-Manimba dans la province du Kwilu.

Cette Zone de Santé s'étend sur une superficie estimée à 2810 Km² et comprend deux secteurs entiers, Mokamo et Kitoy et une partie du secteur de Masi-Manimba.

Elle a été créée en 1982 sur ordonnance N°82-027 portant création de la direction de soins de santé primaires au sein du ministère de la santé.

Elle comporte un Hôpital Général de Référence, Yasa-Bonga, deux hôpitaux secondaires, Mokamo et Kitoy et 19 centres de santé.

La ZSR de Yasa-Bonga se divise en 22 aires de santé et dont 5 organisent le service de PTME ([www.laeken-est-be/yasa.histoire](http://www.laeken-est-be/yasa.histoire;));).

Population et échantillon

La population de l'étude est constituée des 2 373 hommes, partenaires des femmes enceintes dépistées, attendus aux services de PTME organisés dans les cinq aires sanitaires, soit 28.4% (BCZS, registre des activités de PTME 2014).

Les critères de sélection de sujets ci-dessous ont été retenus afin d'avoir un échantillon homogène:

- Etre partenaire d'une femme enceinte qui passe la CPN dans un CS organisant les activités de la PTME dans la zone de santé rurale de Yasa-Bonga ;
- Accepter librement et volontairement de participer à l'enquête ;
- Etre capable de répondre dans une des langues de recherche (français, lingala, kikongo) ;
- Etre présent le jour de l'enquête;

Seront exclus tous ceux qui s'abstiendront de participer à l'enquête et ceux qui seront incapables de réfléchir et de communiquer.

Pour cette étude, nous avons utilisé la méthode d'échantillonnage probabiliste en grappe par le fait de ses avantages de l'économie de temps et de coût.

Quant à la taille de l'échantillon, nous avons trouvé 145 sujets par ces formules :

$$n = Z^2 \cdot \frac{pq}{d^2}$$

$$N = n + 5\%$$

Donc,

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.9 \times 0.1}{0.05^2} = 138$$

$$N = 138 + 7$$

$$N = 145$$

Par rapport à la technique d'échantillonnage, nous avons utilisé l'échantillonnage en grappe à deux niveaux : La sélection de ces cinq grappes à enquêter que sont les cinq Centres de Santé de la Zone de santé organisant les services de PTME ; La sélection des partenaires des femmes enceintes par grappe qu'est la taille de chaque grappe ci-après : Dunda: 22 ; Kimburi: 21 ; Kitoy: 30 ; Mbanza G: 28 ; Yasa-Bonga : 44 ; au total 145 participants

Méthode, technique et instrument de collecte des données

Pour collecter les données, nous avons utilisé la méthode d'enquête qui a consisté à aller au site de la CPN ou dans les ménages recueillir les informations auprès des partenaires des femmes enceintes en rapport avec la PTME.

L'entrevue semi-dirigée a été utilisée comme technique de collecte des données.

Pour mesurer les variables de l'étude, nous avons fait recours au guide d'entretien. Ce dernier a été constitué des questions sélectionnées sur les instruments déjà utilisés par Mashagiro (2010) et l'OMS (2012).

Démarches pour la collecte des données

Notre recherche a été réalisée grâce aux infirmiers titulaires et aux présidents de relais communautaires de ces cinq Aires de santé organisant les services de PTME qui ont joué le rôle des enquêteurs.

Le choix de ces enquêteurs était soumis aux critères ci-après : Être âgé de 19 ans et plus ; Être apte à communiquer avec les enquêtés en Français, en Kikongo, en Lingala ou en langues locales ; Savoir lire et écrire.

Après la formation, les enquêteurs, munis du guide d'entretien, sont descendus

sur terrain récolter les données.

Ils ont été instruit que les participants avaient droit à l'anonymat, à l'intimité, à la protection et au traitement juste et loyal.

Le contrôle des biais ont été possible grâce au / à : Choix du devis descriptif corrélationnel de l'étude transversale ; Choix de la technique d'échantillonnage probabiliste en grappe ; L'application des critères de sélection des participants ; L'utilisation d'un grand échantillon ; L'élaboration d'un outil précis de collecte des données ; La fixation de marge d'erreur de 5% ; La limitation du nombre d'enquêtés par jour ; La manipulation de l'outil de collecte par les enquêteurs et par les superviseurs formés à cette fin.

Sur le plan de traitement et d'analyse des données, c'est le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 15.0, qui a été utilisé. Et les résultats ont été jugés significatifs au seuil de 5%, soit $P \leq 0.05$.

PRESENTATION DES RESULTATS

Caractéristiques socio -démographiques des enquêtés

L'échantillon étudié était constitué de :

1. 33.1% âgés de 25- 34 ans, 29.0% allant de 15-24 ans et 23.4% l'âge variant entre 35-44 ans ;
2. 46.2% des sujets du niveau primaire, 30.3% du niveau secondaire et 13.1% de sans formation scolaire ;
3. 31.1% de Mbala, 22.8% de Ngongo, et de 21.4% de Yansi ;
4. 39.3% des paysans, 35.9% des commerçants et 11.0% des professionnels de santé ;
5. 68.3% des maris cohabitent même toit que leurs partenaires enceintes et 31.7% sont dans différent toits avec leurs partenaires ;
6. 64.8% des hommes qui ont une seule femme ;
7. 54.4% des maris reconnaissent que leurs femmes portent la 3^{ème} grossesse ou plus ;
8. 44.1% reconnaissent avoir entre 0 à 3enfants.
9. 53.8% reconnaissent avoir 3 enfants en vie ou plus.

Tableau I : Facteurs sociodémographiques et le dépistage volontaire du VIH

| N° | Facteurs sociodémographiques | Dépistage volontaire | | | | χ^2 | dl | P | DS |
|----|------------------------------|----------------------|------|--------------|------|----------|----|----|----|
| | | Non N =46 | | Oui N =99 | | | | | |
| | | fi | % | fi | % | | | | |
| 1. | Tranche d'âge | | | | | | | | |
| | - 15- 24 ans | 12 | 26,1 | 30 | 30,3 | | | | |
| | - 25 – 34 ans | 15 | 32,6 | 33 | 33,3 | | | | |
| | - 35 – 44 ans | 18 | 39,1 | 16 | 16,2 | 128 | 4 | 0 | |
| | - 45 – 54 ans | 1 | 2,2 | 15 | 15,2 | | | TS | |
| | - ≥ 55 ans | 0 | 0,0 | 5 | 5,1 | | | | |
| 2. | Niveau d'étude | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------------|----|------|----|------|----|---|---|----|
| - Aucun | 9 | 19,6 | 10 | 10,1 | | | | |
| - Primaire | 19 | 41,3 | 48 | 48,5 | | | | |
| - Secondaire | 11 | 23,9 | 33 | 33,3 | 47 | 1 | 0 | TS |
| - Supérieur/Université | 7 | 15,2 | 8 | 8,1 | | | | |

3. Nombre de grossesse

| | | | | | | | | |
|-----------------|----|------|----|------|-------|---|---|----|
| - Une | 33 | 71,7 | 0 | 0,0 | | | | |
| - Deux | 13 | 28,3 | 20 | 20,2 | 108,6 | 2 | 0 | TS |
| - Trois et plus | 0 | 0,0 | 79 | 79,8 | | | | |

4. Nombre d'enfants

| | | | | | | | | |
|-----------------|----|------|----|------|------|---|---|----|
| - 0 – 3 enfants | 29 | 63,0 | 35 | 35,4 | | | | |
| - 4- 6 enfants | 8 | 17,4 | 34 | 34,3 | 85,2 | 2 | 0 | TS |
| - ≥ 7 enfants | 9 | 19,6 | 30 | 30,3 | | | | |

Ce tableau nous montre qu'il existe un lien entre les facteurs sociodémographiques ci-dessous et la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME : L'âge, le niveau d'étude de l'homme (mari); le nombre de grossesse; le nombre d'enfant avec la partenaire, leur P=0.

Tableau II : Relation entre les facteurs psycho cognitifs et le dépistage volontaire du VIH/SIDA dans le cadre de PTME

| N° | Facteurs psycho cognitifs | Dépistage volontaire | | | | χ^2 | ddl | P | DS |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|--------------|------|----------|-----|---|----|
| | | Non N =46 | | Oui N =99 | | | | | |
| | | fi | % | fi | % | | | | |
| 1. | connaissance sur la Transmission Mère-enfant du VIH/SIDA | | | | | | | | |
| | - Non | 43 | 93,5 | 13 | 13,1 | | | | |
| | - Oui | 3 | 6,5 | 86 | 86,9 | 29,2 | 1 | 0 | TS |
| 2. | Connaissance sur la réduction de la TME du VIH/SIDA | | | | | | | | |
| | - Non | 42 | 91,3 | 47 | 47,5 | | | | |
| | - Oui | 4 | 52 | 52 | 52,5 | 28,1 | 1 | 0 | TS |
| 3. | Connaissance sur le caractère obligatoire du dépistage du couple dont femme enceinte | | | | | | | | |
| | - Non | 40 | 87 | 45 | 45,5 | | | | |
| | - Oui | 6 | 13 | 54 | 54,5 | 18,5 | 1 | 0 | TS |
| 4. | Connaissance des mesures sanitaires empêchant la TME du VIH/SIDA | | | | | | | | |
| | - Non | 44 | 95,7 | 47 | 47,5 | | | | |
| | - Oui | 2 | 4,3 | 52 | 52,5 | 27,4 | 1 | 0 | TS |
| 5. | Raisons de refus du dépistage | | | | | | | | |
| | - Peur | 23 | 50 | 51 | 51,5 | | | | |

| | | | | | | | | |
|------------------|----|------|----|------|------|---|---|----|
| - Discrimination | 20 | 43,5 | 11 | 11,1 | 12,4 | 1 | 0 | TS |
| - Autre | 3 | 6,5 | 37 | 37,4 | | | | |

La recherche des relations entre les facteurs psycho cognitifs et le dépistage volontaire du VIH/SIDA dans le cadre de PTME établit de relations très fortes entre le faible taux de dépistage volontaire du VIH et les éléments suivants : le manque d'information sur la transmission mère-enfant du VIH/SIDA, le manque d'information sur la réduction de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, le manque de connaissance sur le caractère obligatoire du dépistage du couple dont la femme porte une grossesse, la méconnaissance des mesures visant empêcher la transmission de l'infection du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, la peur d'être dépisté VIH⁺, la discrimination d'être classé PVVIH et autres raisons, car leur P=0.

Tableau III : Relation entre les facteurs géographiques et le dépistage volontaire du VIH dans le cadre de PTME

| N° | Facteurs géographiques | Dépistage volontaire | | | | χ^2 | ddl | P< | DS |
|----|-------------------------------------------------|----------------------|------|--------------|------|----------|-----|----|----|
| | | Non N =46 | | Oui N =99 | | | | | |
| | | fi | % | fi | % | | | | |
| 1. | Distance domicile – structure sanitaire | | | | | | | | |
| | - ≤ 5 km | 39 | 84,8 | 29 | 29,3 | | | | |
| | - > 5 km | 7 | 15,2 | 70 | 70,7 | 38,8 | 1 | 0 | TS |
| 2. | Etat de la route domicile – structure sanitaire | | | | | | | | |
| | - Mauvais | 4 | 8,7 | 46 | 46,5 | | | | |
| | - Bon et accessible | 42 | 91,3 | 53 | 53,5 | 19,8 | 1 | 0 | TS |

Le tableau ci-dessus montre qu'il existe des liens très significatifs entre le faible taux de dépistage des hommes mariés dont les femmes portent des grossesses avec les facteurs géographiques suivantes : la distance entre domicile et les structures sanitaires et l'état de routes amenant aux centres de santé ou Hôpital, leur P est également 0.

Tableau IV : Relation entre les facteurs organisationnels et fonctionnels et le dépistage volontaire du VIH dans le cadre de PTME

| N° | Facteurs organisationnels et fonctionnels | Dépistage volontaire | | | | χ^2 | ddl | P< | DS |
|----|-------------------------------------------|----------------------|------|--------------|------|----------|-----|----|----|
| | | Non N =46 | | Oui N =99 | | | | | |
| | | fi | % | fi | % | | | | |
| 1. | L'accueil | | | | | | | | |
| | - Mauvais | 1 | 2,2 | 85 | 85,9 | | | | |
| | - Bon | 46 | 97,8 | 14 | 14,1 | 93,6 | 1 | 0 | TS |

2. Horaire de services PTME

| | | | | | | | | |
|--------------|----|------|----|------|----|---|---|----|
| - Non adapté | 16 | 34,8 | 91 | 91,9 | | | | |
| - Adapté | 30 | 65,2 | 8 | 8,1 | 53 | 1 | 0 | TS |

3. Discrétion des résultats par le personnel de service de PTME

| | | | | | | | | |
|-------|----|------|----|------|------|---|---|----|
| - Non | 36 | 78,3 | 43 | 43,4 | | | | |
| - Oui | 10 | 21,7 | 56 | 56,6 | 15,3 | 1 | 0 | TS |

Le tableau ci-dessus montre qu'il existe également des liens très significatifs entre le faible taux de dépistage des hommes mariés dont les femmes portent des grossesses avec les facteurs organisationnels et fonctionnels suivants : l'accueil des patients au niveau de structures sanitaires, l'horaire de service de PTME (jour et heure de counseling et dépistage) non adapté à l'emploi du temps des maris des femmes enceintes, l'indiscrétion des résultats de test de dépistage par le personnel des services de PTME, leur P est également 0.

A l'analyse bi-variée, nous venons de voir 14 facteurs qui poussent les hommes mariés partenaires des femmes enceintes à ne pas se faire tester au VIH/SIDA.

DISCUSSION

Dans ce travail, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle certains facteurs seraient associés à la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME du VIH dans la ZSR de Yasa-Bonga.

Au terme des analyses, il s'est avéré qu'il existe un lien significatif entre certains facteurs sociodémographiques et la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME du VIH/SIDA à l'instar du/de:

- L'âge car $P=0$. L'étude menée par Onyakonde (2014) a trouvé des résultats similaires car, selon lui, les hommes d'âge allant de 15 à 24 ans et de 25 à 34ans sont sexuellement très actifs mais, par peur, ils ne veulent pas se faire dépister du VIH.
- Le niveau d'études dont le $P=0$. Cela se marie avec de Byamugisha et al. (2010), qui ont également établi un lien entre le niveau d'éducation et la participation des hommes aux activités de PTME ;
- Le nombre de grossesses et d'enfants avec un $P=0$. Cela est vrai dans la mesure où excepté la 1^{ère} grossesse, le reste des grossesses ne préoccupe plus les couples pour passer les examens para cliniques dont le test de dépistage de VIH.

Il est également établi une relation entre les facteurs psycho cognitifs ci-dessous et la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME :

- Le manque de connaissance sur la transmission du virus de la mère à l'enfant, $P=0$. Bien que certaines études aient montré que les hommes étaient bien au courant des opérations médiatiques pour promouvoir leur participation au dépistage, mais ils

déclaraient que ces campagnes dans les médias n'ont pas été aussi efficaces pour expliquer pourquoi ils doivent faire un dépistage et quels avantages ils pourront en retirer (Larsson et alliés cités par l'OMS, 2012). Il est clair qu'il reste, conclut l'OMS (2012), beaucoup à faire pour améliorer chez les hommes, les connaissances sur le conseil et le dépistage du VIH ;

- L'insuffisance d'information sur la réduction de la transmission mère-enfant du VIH, du caractère obligatoire du dépistage du VIH pour tout couple dont la femme porte de grossesse, des mesures empêchant la transmission mère-enfant du VIH ; la discrimination et la peur d'être dépister séropositif ;

Et enfin, la relation significative qui existe entre la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME et certains facteurs facilitateurs dont l'inaccessibilité géographique des services de PTME, le mauvais accueil par les prestataire de services de PTME, l'horaire inadapté de jour de dépistage et l'indiscrétion du personnel des services de PTME avec le P=0

CONCLUSION

L'étude a porté sur les facteurs associés à la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME du VIH/SIDA dans la zone de santé de Yasa-Bonga.

En effet, dans cette entité sanitaire, le taux de dépistage des femmes enceintes et l'implication de leurs partenaires sexuels dans la PTME ont été déplorables : le refus des gestantes et de leurs partenaires sexuels à souscrire au dépistage du VIH et de celles dépistées séropositives au traitement antirétroviral (TAR) dans le cadre de la CPN

Les résultats de cette étude ont montré que la faible implication des hommes partenaires des femmes enceintes dans la PTME est associée à certains facteurs sociodémographiques, psycho cognitifs et facilitateurs.

A ce stade, nous recommandons à l'autorité sanitaire et aux prestataires de cette juridiction de mener des actions, non pas seulement de responsabilisation des hommes dans la PTME mais aussi de réorganisation de ces services afin de permettre aux éléments masculins d'y participer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Bureau Central de la Zone de Sante, BCZS, registre des activités de PTME 2014.

Becker, M.H., (1975). *The Health Belief Model and personal health behavior. Health Education Monographs*, 2; 324-473.

Byamugisha R. et al., (2010). *Determinants of male involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV program in eastern Uganda: a cross-sectional survey reproductive Health*, 7: 12

Falnes E.F. et al., (2011). *"It is her responsibility": Partner involvement in prevention of mother to child transmission of HIV programs, northern Tanzania. Journal of the international AIDS society*, 14: 21;

Farquhar C et al., (2004). *Antenatal couple counseling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. Journal of Acquired immune deficiency syndromes*, 37: 1620-1626.

FNUAP, PROMUNDO et Men Engage., (2009). *Implication des hommes et de garçons dans l'égalité de genre et de santé : une boîte à outils pour l'action, Brésil.*

Gloyd, S. et al., (2007). *Scaling up antenatal syphilis-screening in Mozambic: Transforming policy to action. Sexually transmitted Diseases*, 34: 531-536.

Johnson, W. (2009). *Treatment for women and prevention for infants: can't we do both? GHMC Treatment issues, Marcj: 1-3.*

Kansie, E. (2013). *Implication des hommes dans la promotion de la santé de reproduction : le cadre de concertation genre à l'école de l'UNFPA, (unité de communication UNFPA), Burkina-Faso*

Mashagi, B. G. (2010). *Etude de connaissance des femmes enceintes sur les méthodes de transmission et de prévention du VIH/SIDA, Mémoire de Licence en santé publique, Université progressiste des Grands Lacs, RDC*

McIntyre J., (2006). *Strategie to prevent mother-to-child transmission of HIV. currentopinion in infections Diseases*, 19: 33-38.

Msuya, S.E, et al., (2006). *HIV among pregnant women in Moshi Tanzania : the role of sexual behavior, male partner characteristics and sexually transmitted infections. AIDS Research and therapy*, 3: 27.

ONUSIDA, (2011). *Compte à rebours jusqu'à zéro- plan mondial pour éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants à l'horizon 2015 et maintenir leurs mères en vie, 2011-2015.* Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida Genève. (Http : // www.unaids).

org/en/media/unaidspublication/2011-20110609JC2137-global-plan-alimination-HIV-Children-fr.pdf).

OMS, (2012). *Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission Mère-enfant du VIH*, Genève, Suisse ; www.who.int-consulté en ligne le 04/03/2015.

Onyakonde, N. R. (2014). Perception des adolescents sur le dépistage volontaire du VIH/SIDA cas de l'ITM Kimbanseke à Kinshasa, Mémoire, ISTM Kinshasa.

ONUSIDA, (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Genève

Orne-Gliemann, (2013). Le rôle des hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH, ISPED, Université Bordeaux Segalen, Forum du 13/09/2013.

Tshibangu, J. (2015). Syllabus Undergraduate students, Reading Area University, USA
Tudor Car, L. et al., (2011). Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) programs with other health services for preventing HIV infection and improving HIV outcomes in developing countries. *Cochrane Database of systematic Reviews*, (6) : CD008741

<http://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo>.

www.vih.org

www.laeken-est-be/yasa.histoire; service de statistique ZSR Yasa-Bonga.

www.icad-cisd.com

www.who.int/aide-mémoire-n°360.fr