

Facteurs associés à la Faible Implication des Partenaires Masculins au Service de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) dans la Zone de Santé de Bunia, Province de l'Ituri, République Démocratique du Congo

[Factors associated with the Low Involvement of Male Partners in the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) Service in the Bunia Health Zone, Ituri Province, Democratic Republic of Congo]

Consolée Kyomuhendo¹ and Amuda Baba Dieu-Merci²

¹Chercheuse Indépendante, Licenciée en gestion des programmes de santé, Zone de santé de Bunia, province de l'Ituri, RD Congo

²Professeur Associé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bunia (ISTM, Bunia), RD Congo

Copyright © 2025 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: This study was conducted to describe factors explaining the low involvement of male partners in the PMTCT service in the Bunia health zone.

The cross-sectional method, supported by a questionnaire survey, was used to conduct this study among 400 male partners of pregnant women in the Bunia health zone in August and September 2021. Content analysis supported by percentage calculations was used to analyze the data.

After analysis, the study revealed the following:

- The main factors associated with the low involvement of male partners in accompanying their wives to the PMTCT service are respectively the perception of poor organization of PMTCT services (73%), lack of time on the part of spouses (48%), ignorance of the importance of PMTCT by spouses (36.75%) and the PMTCT service being perceived as a female environment (21%).
- Nearly 2/3 of respondents mentioned that non-participation in the PMTCT service could result in remaining sero-ignorant (36.68%) and increase the risk of contamination (29.65%).

In the light of these results, it must be admitted that efforts still need to be made to ensure the effective involvement of male partners in PMTCT services. An important aspect is to develop strategies to overcome the main factors affecting the non-involvement of male partners in PMTCT services.

KEYWORDS: factors, involvement of male partners, PMTCT, Bunia.

RESUME: Cette étude a été réalisée pour décrire les facteurs explicatifs de faible implication des partenaires masculins dans le service de PTME dans la zone de santé de Bunia.

La méthode transversale, appuyée par un questionnaire d'enquête a servi pour la réalisation de cette étude auprès de 400 partenaires masculins de femmes enceintes de la ZS de Bunia. L'analyse de contenu appuyée par le calcul de pourcentage a servi pour l'analyse des données.

Après analyse, l'étude a révélé ce qui suit:

- Les principaux facteurs associés à la faible implication des partenaires masculins à l'accompagnement de leurs conjointes au service de PTME sont respectivement la perception de mauvaise organisation de services de PTME (73%), le manque de temps des conjoints (48%), l'ignorance de l'importance de PTME par les conjoints (36,75%) et le service de PTME perçu comme un environnement féminin (21%).
- Près de 2/3 des enquêtés ont évoqué que la non-participation au service de PTME peut avoir comme risque de rester séro-ignorant (36,68%) et augmenter le risque de contamination (29,65%).

Au vu de ces résultats, il sied d'admettre que des efforts doivent encore être conjugués pour permettre l'implication effective des partenaires masculins dans le service de CPN/PTME. Un aspect important doit s'orienter pour la prise en compte de développer des stratégies pouvant surmonter les principaux facteurs affectant la non implication des partenaires masculins au service de PTME.

MOTS-CLEFS: facteurs, implication des partenaires masculins, PTME, Bunia.

1 INTRODUCTION

Le VIH demeure un problème majeur de santé publique de portée mondiale, qui a entraîné jusqu'ici près de 33 millions de décès. On estimait à 38 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH à la fin de 2019. En effet, 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 » (OMS, 2020).

Sous cet angle d'idées, les partenaires jouent un rôle important dans la rétention des femmes dans la cascade de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME). Les femmes refusent parfois le dépistage prénatal du fait de la nécessité de consulter leurs conjoints pour leur accord. Cependant, traditionnellement, dans de nombreux pays aux ressources limitées, les hommes ne participent pas aux services de soins de santé de la reproduction de la mère et de l'enfant. Les services de reproduction et la PTME sont souvent fortement axés sur les femmes enceintes qui sont habituellement testées pour le VIH seul, souvent sans impliquer leurs partenaires. Pourtant, les décisions importantes relatives au statut de la femme devraient idéalement être partagées avec leurs partenaires (Astou et al. 2016).

À l'échelle mondiale, la plupart des publications scientifiques documentant les expériences de PTME dans les pays en développement présentent principalement des données quantitatives sur des indicateurs de processus. Certaines composantes du paquet de services de PTME, telles que le dépistage du VIH ou la modification des pratiques de nutrition infantile, ont fait l'objet d'études ponctuelles de recherche opérationnelle, plus qualitatives. Mais dans l'ensemble, il est rare que ces articles abordent l'intégralité de l'intervention de PTME, du dépistage prénatal jusqu'aux conditions de suivi deux ans après l'accouchement (date maximale du dépistage de l'infection pédiatrique à VIH par des techniques biologiques classiques) (OMS, 2019).

Selon Miller et Jeannette (s.d.), le dépistage volontaire du VIH, combiné au conseil avant et après le test, a pris une place considérable dans les programmes nationaux et internationaux de prévention et de soins. La connaissance de son propre état sérologique grâce au conseil et au test volontaires peut motiver à la fois les personnes VIH-positives et négatives à adopter un comportement sexuel plus sûr qui permet aux séropositifs d'éviter d'infecter leurs partenaires et aux séronégatifs de le rester. Cette intervention facilite également l'accès aux services de prévention pour les séronégatifs et constitue un point d'entrée clé dans les services de soins et de soutien pour les séropositifs.

Environ 21 % des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique. Le seul moyen de le déterminer est que la personne concernée fasse un test de dépistage du VIH. Dans de nombreux pays, des lacunes considérables existent au niveau des services liés au VIH pour la prévention, le dépistage et le traitement. Souvent, ces efforts n'atteignent pas les personnes exposées au plus grand risque, à savoir les jeunes filles et les jeunes femmes, les hommes et les groupes de populations clés notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs (ses) du sexe, les personnes qui s'injectent des drogues, les personnes transgenres, les personnes en prison ou dans des environnements confinés (OMS, 2021).

L'Afrique reste la région du monde la plus touchée par le VIH, virus responsable du sida avec 25,9 millions de personnes infectées. Les femmes et les filles en Afrique subsaharienne représentaient 59% de toutes les nouvelles infections à VIH (Kanati, Kaba et Chagbele, 2017).

En République Démocratique du Congo (RDC), la situation reste encore très préoccupante en dépit de multiples efforts fournis. D'énormes défis demeurent toujours bien que des progrès aient été réalisés dans plusieurs domaines notés dans la riposte nationale au sida. En effet, moins de 20% de malades ont accès aux antirétroviraux, l'offre de services pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste très limitée à quelques sites, la persistance des comportements marginalisant les personnes vivant avec le VIH, le financement de la riposte nationale dépend à 97% de ressources extérieures (Matata, 2017).

Cependant, selon les estimations Spectrum 2017 V6.1, le nombre de personnes vivant avec le VIH est de 516 617. Les provinces portant le gros de ce nombre sont Kinshasa, le Haut-Uélé, le Maniema, le Haut-Katanga et le Kasai Oriental (UNAIDS, 2017).

Comme indique la même source, la RDC connaît une épidémie à VIH généralisée avec une prévalence moyenne de 2.77% chez les femmes enceintes et de 1.2% auprès de la population générale. Parmi les premiers pays en Afrique sur le front de la lutte contre le sida, l'élan de la RDC a été freiné par deux décennies de troubles politico-militaires et sociaux. Comme tous les autres plans de développement national, la mise en œuvre de celui de la réponse au sida fait aujourd'hui face à de grands et nombreux défis.

Cependant, l'Ituri reste l'une des zones à fort taux (5%) de prévalence du VIH/Sida, alors que la moyenne nationale adoptée par l'Organisation Mondiale de la Santé OMS est de 1,1%. Ce qui fait de l'Ituri la première Province la plus touchée par cette pandémie suivie de la Province du Bas Uélé avec 4,5%, selon le Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et IST (PNLS/Ituri, 2018).

En ce qui concerne les partenaires masculins, dans la Division Provinciale de Santé de l'Ituri, sur 635178 partenaires attendus au dépistage au service de CPN/PTME en 2020; 1746 partenaires ont été dépistés, soit 0,27% parmi lesquels 263 sortis positifs et 256 ont accepté et retiré leurs résultats. (PNLS/Ituri, 2020).

Par ailleurs, la Zone de Santé de Bunia rencontre encore d'énormes difficultés quant à l'implication de partenaires masculins au service de la consultation prénatale et précisément dans son volet de prévention de transmission de VIH/SIDA de la mère à l'enfant (PTME). Ce constat découle de longues expériences professionnelles sur terrain et des analyses effectuées dans des différentes structures sanitaires où il y a organisation de ce service. Les différents monitorages de ces structures rapportent de faibles taux de dépistage de partenaire masculin dans ce service de VIH /SIDA (10%) par rapport à la norme nationale qui est de 80%.

L'objectif de cette étude est de décrire les facteurs explicatifs de la faible implication des partenaires masculins au service PTME dans la Zone de Santé de Bunia.

2 MATERIEL ET METHODES

Cette étude s'est déroulée dans la Zone de Santé de Bunia, l'une de 36 Zones de santé de la Division provinciale de l'Ituri. Elle a eu lieu dans les aires de santé de ladite Zone ayant intégré les activités de PTME. La Zone de santé est constituée de 20 aires de santé dont 16 urbaines et 4 rurales, avec 20 CS, 1 CSR, 3 CH, 1 HGR et les formations sanitaires privées (BCZ-Bunia, 2019).

Cette étude, du type descriptif a couvert une période allant du mois d'août au mois de septembre 2021. La population d'étude était constituée des partenaires masculins qui vivaient en union avec leurs épouses ayant suivi au moins la CPN où se trouvent le service de PTME. Pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons fait appel à la formule de Lynch cité par Kothari (2004). Cette formule nous a permis de déterminer la taille de 400 partenaires masculins des femmes enceintes dans 20 Aires de santé de la Zone de santé de Bunia.

Pour trouver la taille de l'échantillon, nous avons utilisé l'échantillonnage en plusieurs degrés:

- Au premier degré, le choix des aires de santé était exhaustif.
- Au deuxième degré, le choix des partenaires masculins des femmes enceintes, nous avons utilisé l'échantillonnage occasionnel pour atteindre le nombre des enquêtés dans chaque AS selon la pondération reprise dans le tableau ci-dessous:

AIRE DE SANTE DE LA ZS	POPULATION	EFFECTIF DE FEMMES ENCEINTES (4%)	PROPORTION DE CHAQUE AS (%)	NOMBRE DES ENQUETES ATTENDU
Adventiste	13278	531	3.5	14
Aero	10333	413	2.8	11
Bankoko	37680	1507	10	40
Bigo	33054	1322	8.8	36
Bora Uzima	10688	428	2.8	11
Bunia Cite	16112	644	4.3	17
Centrale	11183	447	3	12
CNCA	24038	962	6.4	26
Kindia	19696	788	5.3	21
Lembabo	27208	1088	7.3	29
Mudzimaria	31534	1261	8.4	34
Muhito	10667	427	2.9	11
Ndibakodu	11691	468	3.2	12
Ngezi	29000	1160	7.7	31
Nyakasanza	24205	968	6.5	26
Nzere	16371	655	4.4	17
Opas	7554	302	2	8
Rwambuzi	13224	529	3.5	14
Simbilyabo	16911	676	4.5	18
Soleniama	10088	404	2.7	11
TOTAL	374515	14981	100	400

Pour cette étude, nous avons recouru à la méthode transversale (Vaughan et Morrow, 1991). Un questionnaire préétabli, administré aux partenaires masculins, nous a aidé à collecter les données auprès des enquêtés. Les données ont été saisies sur ordinateur dans le logiciel sphinx. Après saisie et contrôle, les données recueillies ont été exportées sur Excel pour être traitées et analysées par SPSS.

3 RESULTATS

Variables	Manque de temps			Perception de mauvaise organisation des services		Ignorance de l'importance de PTME		Service perçu comme un environnement féminin	
	n	f	%	f	%	f	%	f	%
Age (ans)									
18 à 28	93	42	45,16	73	78,49	41	44,09	26	27,96
29 à 38	93	48	51,61	70	75,27	26	27,96	11	11,83
39 à 48	102	56	54,9	69	67,65	27	26,47	22	21,57
49 et plus	112	46	41,07	80	71,43	53	47,32	25	22,32
Profession									
Fonctionnaire	89	42	47,19	81	91,01	29	32,58	11	12,36
Commerçant	59	28	47,46	46	77,97	25	42,37	5	8,47
Petits métiers	59	34	57,63	23	38,98	15	25,42	10	16,95
Cultivateur/Agriculteur	97	49	50,52	70	72,16	38	39,18	26	26,80
Sans fonction	96	39	40,63	72	75,00	40	41,67	32	33,33
Niveau d'étude									
Analphabète	109	41	37,61	71	65,14	48	44,04	18	16,51
Primaire	90	47	52,22	64	71,11	24	26,67	25	27,78
Secondaire	99	55	55,56	78	78,79	26	26,26	24	24,24
Supérieur/Universitaire	102	49	48,04	79	77,45	49	48,04	17	16,67
Etat matrimonial									
Marié monogamique	155	47	30,32	119	76,77	78	50,32	51	32,90
Marié polygamique	141	94	66,67	100	70,92	42	29,79	17	12,06
Union libre	104	51	49,04	73	70,19	27	25,96	16	15,38
Confession religieuse									
Catholique	112	42	37,5	76	67,86	60	53,57	20	17,86
Protestante	69	29	42,03	77	111,59	25	36,23	13	18,84
Musulmane	106	75	70,75	65	61,32	21	19,81	14	13,21
Autre	113	46	40,71	74	65,49	41	36,28	37	32,74
Total	400	192	48,00	292	73,00	147	36,75	84	21,00

Les principaux facteurs associés à la faible implication des partenaires masculins à l'accompagnement de leurs conjointes au service de PTME sont respectivement la perception de mauvaise organisation de services de PTME (73%), le manque de temps des conjoints (48%), l'ignorance de l'importance de PTME par les conjoints (36,75%) et le service de PTME perçu comme un environnement féminin (21%).

Facteurs associés à la Faible Implication des Partenaires Masculins au Service de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) dans la Zone de Santé de Bunia, Province de l'Ituri, République Démocratique du Congo

Variables	Risque de rester dans la Séro-ignorance			Naissance d'un enfant séropositif		Mauvaise adhérence en cas de séro-positivité d'un conjoint		Risque de contamination		Autres	
	N	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%	Eff	%
Age (ans)											
18 à 28	93	23	24,73	8	8,60	11	11,83	32	34,41	19	20,43
29 à 38	93	31	33,33	7	7,53	7	7,53	33	35,48	15	16,13
39 à 48	102	49	48,04	8	7,84	10	9,80	28	27,45	7	6,86
49 et plus	112	43	38,39	13	11,61	15	13,39	25	22,32	16	14,29
Profession											
Fonctionnaire	89	37	41,57	8	8,99	10	11,24	31	34,83	3	3,37
Commerçant	56	24	42,86	5	8,93	5	8,93	11	19,64	11	19,64
Petits métiers	61	16	26,23	10	16,39	13	21,31	16	26,23	6	9,84
Cultivateur/Agriculture	96	44	45,83	6	6,25	5	5,21	29	30,21	12	12,50
Sans fonction	98	25	25,51	7	7,14	10	10,20	31	31,63	25	25,51
Niveau d'étude											
Analphabète	106	48	45,28	6	5,66	6	5,66	28	26,42	18	16,98
Primaire	89	30	33,71	8	8,99	11	12,36	33	37,08	7	7,87
Secondaire	101	37	36,63	9	8,91	12	11,88	35	34,65	8	7,92
Supérieur/Universitaire	104	31	29,81	13	12,50	14	13,46	22	21,15	24	23,08
Etat matrimonial											
Marié monogamique	155	59	38,06	12	7,74	11	7,10	39	25,16	34	21,94
Marié polygamique	141	43	30,50	15	10,64	25	17,73	47	33,33	11	7,80
Union libre	104	44	42,31	9	8,65	7	6,73	32	30,77	12	11,54
Confession religieuse											
Catholique	100	38	38,00	12	12,00	8	8,00	31	31,00	11	11,00
Protestante	99	39	39,39	9	9,09	7	7,07	29	29,29	15	15,15
Musulmane	98	36	36,73	2	2,04	17	17,35	29	29,59	14	14,29
Autre	101	33	32,67	11	10,89	11	10,89	29	28,71	17	16,83
Total	398	146	36,68	34	8,54	43	10,80	118	29,65	57	14,32

Près de 2/3 des enquêtés ont évoqué que la non-participation au service de PTME peut avoir comme risque de rester séro-ignorant (36,68%) et augmenter le risque de contamination (29,65%).

4 DISCUSSION

4.1 FACTEURS JUSTIFICATIFS DE NON ACCOMPAGNEMENT DES FEMMES ENCEINTES PAR LEURS PARTENAIRES MASCULINS AU SERVICE DE PTME

Les principaux facteurs associés à la faible implication des partenaires masculins à l'accompagnement de leurs conjointes au service de PTME sont respectivement la perception de mauvaise organisation de services de PTME, le manque de temps des conjoints, l'ignorance de l'importance de PTME par les conjoints et le service de PTME perçu comme un environnement féminin (Tableau II).

Conformément à ces résultats, d'autres études ont plus développé les contraintes culturelles comme facteur clé justifiant la faible implication des hommes dans l'accompagnement de leurs conjointes, étant donné que ce service est perçu comme un environnement féminin. Pour OMS (2015), les hommes ressentent qu'ils ne sont pas les bienvenus et qu'on leur manque de respect, et qu'il est clair que les services avaient été conçus sans que leurs besoins spécifiques aient été pris en compte. Dans la même optique, l'OMS (2012) indique que dans de nombreux endroits en Afrique subsaharienne, la participation des hommes à la PTME va clairement à l'encontre des normes sexo-spécifiques en vigueur. Le recours au soin en matière de santé génésique était considéré par les hommes comme « du ressort des femmes ». Les services de consultations prénatales sont vus par les hommes comme un endroit pour les femmes, la définition et l'organisation du programme comme fondamentalement orientées à l'intention des femmes. Selon OMS et ONUSIDA (2007), ces informations alimentent une notion souvent passée sous silence dans laquelle l'homme est vu comme un obstacle à la santé plutôt que comme un partenaire dans la promotion de la santé familiale. Pourtant, il existe des données de plus en plus nombreuses indiquant que quand les hommes procèdent à un examen critique des normes de pouvoir, acquièrent de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences et remettent en question les normes sexo-spécifiques en vigueur, il peut en résulter de nombreux avantages pour la santé génésique globale des familles. Un partenaire qui veut accompagner sa femme à la CPN se trouve confronté au regard stigmatisant des hommes et des femmes de sa communauté (Faraja, 2018).

La mauvaise organisation perçue des services a aussi constitué le premier principal facteur qui décourage l'implication des partenaires dans le service de PTME (Tableau V). Selon Traversy et al. (2015), la longueur des procédures relatives au consentement (selon la

réglementation locale) ainsi que des procédures de counseling peut entraîner un manque de temps. Les fournisseurs de soins de santé peuvent considérer ce manque de temps comme un obstacle s'ils ne connaissent pas très bien la réglementation locale.

Nombreux sont ceux aussi qui savent combien il est important de se faire dépister mais qui sont réticents à le faire. Le poids de la stigmatisation et de la discrimination pèse encore beaucoup et le manque de discrétion et d'anonymat des services des centres de santé les décourage (Ndaya, 2015).

À l'échelle mondiale, le recours aux services associés continue d'être plus faibles chez les hommes que chez les femmes. Cela s'explique par le fait que le dépistage du VIH est désormais bien intégré aux services de santé reproductive, notamment dans le cadre des soins prénatals, mais que cette intégration n'a pas été opérée de manière systématique dans d'autres services cliniques pertinents. En outre, le dépistage des partenaires masculins n'est pas pratiqué à grande échelle et, lorsqu'il est offert, il n'est pas toujours accepté (OMS, 2016). Cette réalité s'expliquerait par le fait que l'activité de PTME ne semble pas être bien organisée dans beaucoup de structures et les prestataires n'y mettent pas l'accent là-dessus.

Bien que la perception d'une mauvaise organisation de service de PTME et le manque de temps par les partenaires masculins des femmes enceintes soient considérés comme des principaux facteurs bloquant leur implication dans le service de PTME, cela pourrait être considéré comme un prétexte. Comme stipulé par d'autres auteurs, le vrai facteur serait plutôt lié aux considérations culturelles, où l'homme perçoit qu'il ne se sentirait pas en sécurité au milieu des femmes ou dans un service dont les principaux bénéficiaires directs sont les femmes et que l'environnement est généralement féminin. Il est donc important, en plus de sensibilisation qui se passe dans la communauté, d'envisager certaines réformes organisationnelles dudit service, en privilégiant un environnement neutre où tous les hommes quelques soient leurs statuts, puissent se sentir à l'aise. Mais aussi, il est capital d'envisager des sessions de vulgarisations faites, par les animateurs qui auront été formés comme pairs éducateurs, étant donné qu'ils peuvent facilement intégrer certaines considérations communautaires sensibles.

4.2 RISQUE LIES À LA NON-PARTICIPATION AU SERVICE DE PTME SELON LES ENQUETES

La séro-ignorance et l'augmentation de risque de contamination ont été identifiées comme les principaux risques de la non-participation des conjoints au service de PTME (Tableau III). Comme trouvé ci-haut, Lewis (2007) stipule également l'aggravation du risque de transmission du VIH en cas d'infections sexuellement transmissibles non dépistées ou non traitées chez l'un ou l'autre des partenaires.

Le risque de transmission du VIH augmente avec le nombre de partenaires sexuels qu'une personne possède. Le plus de partenaires une personne dispose, plus est grande la probabilité qu'elle s'engagera dans le sexe avec quelqu'un qui a un niveau supérieur de VIH dans leur fuselage (charge virale) ou une maladie sexuellement transmissible différente (STD), qui sont des facteurs de risque pour la transmission de VIH (Sally, 2019).

Ces risques sont réels, et pourraient contribuer à l'expansion de la maladie. Mais également, il y aura difficulté pour arriver à contrôler la charge virale, et par conséquent avec des effets directs sur l'état sanitaire de la mère, de fœtus et même du père. Si cette tendance persiste, le contrôle de VIH posera certainement un problème majeur dans nos communautés.

5 LIMITE DE L'ÉTUDE

La principale limite de la présente étude se situe au niveau de l'échantillonnage utilisé pour le choix des enquêtés. L'échantillonnage occasionnel faisant partie du type d'échantillonnage probabiliste ne nous permet pas à procéder à la généralisation de des résultats de cette étude.

6 CONCLUSION

Cette étude a révélé que les principaux facteurs associés à la faible implication des partenaires masculins à l'accompagnement de leurs conjointes au service de PTME dans la Zone de santé de Bunia sont respectivement la perception de mauvaise organisation de services de PTME, le manque de temps des conjoints, l'ignorance de l'importance de PTME par les conjoints et le service de PTME perçu comme un environnement féminin.

Au vu de ces résultats, il y a lieu des efforts complémentaires soient faits, non seulement pour repenser le cadre de l'organisation de service de PTME en y mettant de dispositions facilitant l'intégration des partenaires masculins, mais l'organisation des campagnes de sensibilisation communautaire faite par les pairs éducateurs communautaires qui auront la facilité de prendre en compte les aspects communautaires sensibles.

REFERENCES

- [1] Astou et al. (2016) Facteurs Associés à l'Implication des Partenaires des Femmes Enceintes reçues en Consultation Périnatales au Burundi, https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00WJG2.pdf
- [2] BCZ-Bunia (2019) Rapport d la Zone de santé de Bunia. Inédit.
- [3] Faraja B. (2019) *Implication des hommes dans la consultation prénatale dans la ville de Bukavu, cas du centre hospitalier de Chahi*. Travail de fin de cycle, ISTM/Bukavu. Inédit. <https://www.memoireonline.com/12/19/11371/Implication-des-hommes-dans-la-consultation-prenatal-dans-la-ville-de-Bukavu-cas-du-centre-hospital.html>.
- [4] Kanati, Kaba et Chagbele (2017) Des hommes et le dépistage du VIH/SIDA dans le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans la commune Kozah1 au Togo les raisons de la réticence.
- [5] Matata P. (2017) *plan stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA*. <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/102956/124714/F-295779962/COD-102956.pdf>
- [6] Kothari C.R. (2004) *Research methodology. Methods and techniques*. (2nd ed.). New Delhi: New Age International Publishers.
- [7] Miller et Jeanette O. (sd) *Conseil et test VIH volontaires: une voie d'accès à la prévention et aux soins*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc729-vct-gateway-cs_fr_0.pdf
- [8] OMS (2012) Déclaration sur le conseil et le dépistage du VIH: l'OMS et l'ONUSIDA réitèrent leur opposition au dépistage du VIH obligatoire. https://www.who.int/hiv/events/2012/world_aids_day/hiv_testing_counselling/fr/#:text=L'OMS%20recommande%20de%20proposer, les%20services%20m%C3%A9dicaux%20en%20situation.
- [9] OMS (2015) *Impliquer les hommes dans la prévention de la transmission mère-enfant du VIH* <https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2015/01/impliquer-hommes-ptme.pdf>
- [10] OMS (2016) Lignes directrices sur services de dépistage du VIH décembre 2016 l'auto dépistage du VIH et la notification aux partenaires. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272938/9789242549867-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- [11] OMS (2019) *lignes directrices unifiées sur les services de services de dépistage du VIH 2019*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340219/9789240016330-fre.pdf>
- [12] OMS (2020) Connaissances de bases sur le VIH et réduction de la stigmatisation Module 3. Conseil et dépistage en matière de VIH et aspect éthique, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204685>.
- [13] OMS (2021) *Services de dépistage du VIH*. <https://www.who.int/hiv/topics/vct/about/fr/>.
- [14] OMS et ONUSIDA (2007) Guide Du Conseil Et Du Dépistage Du VIH À L'initiative Du Soignant Dans Les Établissements De Santé, https://www.who.int/hiv/topics/vct/PITCguidelines_F.pdf
- [15] PNLS- Ituri (2018) Plan Stratégique Opérationnelle de programme national de lutte contre le VIH/SIDA et IST, Province de l'ITURI. Inédit.
- [16] PNLS-Ituri (2020) Plan Stratégique Opérationnelle de programme national de lutte contre le VIH/SIDA et IST, Province de l'ITURI, 2020. Inédit.
- [17] Ndaya R. (2015) *Le VIH/SIDA chez les adolescents: une stratégie prometteuse pour le dépistage volontaire*. <https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/le-vihsida-chez-les-adolescents-une-strat-gie-prometteuse-pour-le-d>.
- [18] Sally R. (2019) Risques et facteurs de risques du VIH/SIDA.
- [19] [https://www.news-medical.net/health/HIV-Risks-\(French\).aspx](https://www.news-medical.net/health/HIV-Risks-(French).aspx).
- [20] Lewis S. (2007) *Facteurs de risque de l'infection à VIH/sida chez la femme*. https://healtheducationresources.unesco.org/sites/default/files/resources/bie_facteurs_de_risquedefversionfinale.pdf
- [21] Traversy G.P. et al. (2016) *Obstacles et facteurs favorables au dépistage du VIH*. Québec: Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/releve-maladies-transmissibles-canada-rmtc/numero-mensuel/2015-41/rmtc-volume-41-12-3-decembre-2015-bonnes-nouvelles-vih/rmtc-volume-41-12-3-decembre-2015-bonnes-nouvelles-vih-1.html>.
- [22] UNAIDS (2017) Combinaison des approches communautaires «Mère Mentors» et «CPN-Papa» dans le cadre de l'élimination de la transmission mère-enfant. https://plateforme-elsa.org/wp-content/uploads/2020/10/Meres-mentors-et-CPN-Papa_Combinaison-pour-IETME_Rapport_RDC-FR.pdf
- [23] Vaughan J.P. et Morrow R.H. (1991) Manuel d'épidémiologie pour la gestion de santé au niveau du District. Genève: OMS.