



Faible implication des partenaires masculins dans la prévention de la transmission mère à l'enfant de l'infection à VIH. Analyse exploratoire des barrières

 KAZUNGU SEBIHOGO Christophe*, REHEMA MUHAWENIMANA Rachel** et
BAHATI NZABANITA Justin

*Chef de travaux à l'ISTM de Rutshuru, **Assistant à l'ISTM GOMA, *** Professeur à UNIM-CONGO/Kinshasa

Résumé

L'objectif poursuivi dans cet article est d'identifier les facteurs déterminant la faible implication des partenaires masculins dans la protection de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant dans la zone de Santé de Karisimbi.

Les résultats ont révélé que, 40% des hommes n'ont pas du temps pour accompagner leurs femmes aux consultations prénatales, 23% des maris ont peur d'affronter les résultats du test et 23,3% ont des crises de confiance. L'éloignement des structures sanitaires décourage 13,4% des hommes.

Mots clés : Facteur, Implication, partenaire masculin, VIH/SIDA, Zone de Santé et Karisimbi.

Abstract

The objective of this article is to identify the factors determining the low involvement of male partners in preventing mother-to-child transmission of HIV/AIDS in the Karisimbi health zone.

The results revealed that 40% of men do not have time to accompany their wives to prenatal care, 23% of husbands are afraid of facing the test results, and 23.3% experience crises of confidence. The distance from health facilities discourages 13.4% of men.

Keywords : Factor, Involvement, Male Partner, HIV/AIDS, Health Zone and Karisimbi

Introduction

L'élimination de la transmission de la mère à l'enfant de l'infection à Virus de l'Immunodéficience acquise est aujourd'hui une préoccupation mondiale. En 2016, au niveau mondial, 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans ont été infectés du Virus de l'Immunodéficience Humain (VIH).

Les experts du Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) ont trouvé 300 000 enfants infectés du VIH en 2010, puis 160 000 en 2016, soit une réduction de 47% d'enfants infectés. Cependant, le nombre d'enfants infectés n'a suffisamment pas diminué en Afrique Occidentale et du centre, qui, à elles seules, portent le fardeau du tiers des tous ces enfants, soit 60 000 nouvelles infections due au VIH chez les enfants de moins de 15ans (PNMLS, 2014).

En République démocratique du Congo (RDC), la prévalence du VIH est de 1,1% au sein de la population en générale. Et de 3,5 % chez les femmes qui fréquentent les consultations prénatales (CPN). Quant aux enfants qui naissent de ces femmes et en l'absence de toute intervention, 15 à 30 % seront infectés du VIH.

En 2013, on estimait à 391 053 le nombre d'orphelins du sida en RDC. Dans la tranche d'âge des enfants de moins de 15 ans infectés du VIH dans le monde, 42 145 vivent en RDC et seuls 17% sont sous Antirétroviraux pédiatriques (ARV) pour leur santé, soit 87% demeurent sans traitement aux Antirétroviraux (ARV) (PNMLS, 2014).

Il va sans dire que l'infection à VIH a des conséquences majeures sur la santé des enfants infectés et entraîne des couts économiques et sociaux substantiels pour le gouvernement, les communautés et les familles. Parmi les conséquences observées, sont à noter ce qui suit se situent à différents plans :

- socio-économique : la pauvreté des parents infectés, la stigmatisation de ces enfants, l'abandon des enfants par les familles ;
- du développement psychomoteur et cognitif: l'échec scolaire ;
- sanitaire : la maladie liée au VIH, les infections opportunistes, le retard de croissance et la dénutrition, 25% à 30% des enfants qui contractent le VIH par leur mère décèdent avant leur premier anniversaire.
- juridique : les enfants qui sont infectés par le virus du sida, beaucoup sont privés de leur droit à la vie, sont sans protection et rejetés par la société (UNICEF, 2014).

La RDC compte 516 Zones de Santé, dont 34 sont localisées au Nord-Kivu parmi lesquelles se trouve la Zone de Santé de Karisimbi qui comprend 142 330 femmes en âge de procréation sur une population totale de 677 760 et sur les 27 110 femmes enceintes, 45% ont été testé du VIH, avec moins de 2% des partenaires masculins de ces femmes testées au cours de l'année 2020 (BCZS/ Karisimbi, 2020).

Cette faible proportion d'hommes au dépistage volontaire suscite des inquiétudes sur leur implication au programme d'élimination du VIH/SIDA et surtout dans sa transmission de la mère à l'enfant.

Il importe donc d'amener les couples à s'investir dans la lutte contre la propagation du VIH/SIDA en les amenant à intensifier l'utilisation des services de PTME par les femmes enceintes sachant que l'homme joue un rôle important dans l'utilisation des services par la femme, y compris pour le test de dépistage du VIH.

Bien que les efforts d'amélioration positive de l'utilisation des services PTME par les femmes enceintes, en général, sont actuellement observés, celle des partenaires masculins reste basse. Dans ce sens, les stratégies idoines consistant à susciter cette utilisation masculine méritent d'être mises en place afin d'attirer les hommes et améliorer ainsi la couverture sanitaire universelle et la qualité des services des soins de santé de la mère et de l'enfant.

Il est comparatif que les facteurs réduisant l'implication des partenaires masculins à l'utilisation des services PTME soient non seulement être identifiés, mais aussi corrigés pour espérer alléger la tâche au Programme National de Lutte contre le VIH et les IST (PNLS).

Devant cette situation alarmante sur la Transmission Mère-Enfant (TME) du VIH/SIDA en RDC et dans la zone de santé de Karisimbi, s'est avéré nécessaire d'entreprendre cette étude en vue d'explorer les raisons de la faible implication des hommes, pour comprendre et expliquer les raisons de ce comportement.

Pour autant que la femme ne soit pas grosse, elle n'aura aucune possibilité de transmettre à son enfant le VIH. Donc, il faudra agir en amont pour que les couples soient bien sensibilisés, formés, éduqués sur toute la problématique du VIH/SIDA avant de donner naissance aux enfants. D'où, ils doivent avoir des connaissances suffisantes en la matière et développer des attitudes positives face à la prévention tout en se disponibilisant à pratiquer les connaissances acquises et les compétences développées dans le vécu conjugal.

Ainsi, la question principale suscitée par l'étude est la suivante : quels sont les facteurs déterminant la faible implication des partenaires masculins dans la protection de la transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA dans la zone de santé de Karisimbi

De ce questionnement général découlent les questions subsidiaires suivantes :

Comment se déclinent les caractéristiques sociodémographiques des partenaires masculins de la zone de santé de Karisimbi ?

Comment ces derniers se représentent-ils la PTME ?

Quelles sont les barrières à leur implication aux services de PTME ?

De façon spécifique cet article vise à :

Présenter les caractéristiques sociodémographiques des partenaires masculins de la zone de santé de Karisimbi ;

Analyser la conception des partenaires masculins sur la PTME ;

Déterminer les barrières des maris aux services de PTME.

Quant à la délimitation spatio-temporelle, les investigations ont été menées dans la zone de santé de Karisimbe en 2021.

Nous inspirant de Masandi (2016), admettons que la complexité des structures et organisations sociales fait que certaines situations de recherche ne se limitent qu'à observer les sujets sur base de leur accessibilité.

Méthodologie

1. Milieu d'étude

L'étude s'est déroulée dans la Zone de Santé de Karisimbi. Elle a une superficie de 4228 Km², une densité de 14316 hab/Km² avec une population estimée à 623280 habitants. Elle comprend 19 aires de santé dont la plus éloignée est à 5km et la plus proche du Bureau Central de la Zone de Santé (BCZS) est à 500 m et un Hôpital Général de Référence (HGR). La fréquentation à la CPN est autour de 100% avec aucun partenaire masculin testé au VIH dans le service CPN/PTME de la Zone de santé en 2021.

2. Cellule des données

Dans le contexte de cette étude, nous avons opté pour le raisonnement abductif, qualifié autrement de démarche hypothético-déductive. Il s'agit, en réalité, de créer des hypothèses ; de procéder par un aller-retour successif entre le travail empirique effectué (observation empirique) et les théories ou concepts mobilisés pour appréhender les situations étudiées, et en construire des représentations intelligibles, en vue de la construction progressive de connaissances en relation avec des savoirs déjà admis.

Le raisonnement abductif ainsi suivi a consisté d'abord à tirer de l'observation des conjectures (hypothèses) qu'il fallait ensuite tester à la lumière des faits et à l'épreuve de l'expérience en vue d'en discuter la portée des conclusions ou les résultats. Ce qui fait dire que la connaissance ainsi élaborée s'est construite par interaction entre la théorie et les données empiriques. Il s'agit d'un procès réversible où les résultats sont toujours impliqués aux causes et vice-versa.

C'est pourquoi, face à des concepts complexes et protéiformes qu'impliquent cette recherche qui, à ce stade a un caractère singulier, spécifique et évolutif du fait d'avoir abordé un domaine encore non suffisamment élucidé dans notre milieu, nous avons adopté dans le cadre des paradigmes naturaliste et positiviste, un raisonnement abductif. Dans ce sens, Thiétart et al (2014) expliquent que le raisonnement abductif procède à l'exploration d'un contexte délicat et se réfère à une panoplie d'observations, qui sont diversifiées et initialement ambiguës. Ils ajoutent que le chercheur donne une structure à son système d'observation afin de créer du sens dans un objectif de fournir des conceptualisations théoriques nouvelles, valides, consistantes et élaborées d'une manière plus rigoureuse.

3. Participants

A cet effet, notre étude s'est basée sur un échantillon de convenance à choix raisonné de 70 sujets dont 30 partenaires masculins, 30 femmes enceintes et ou allaitantes ainsi que 10 prestataires de soins.

En effet, l'objectif de notre recherche n'est pas vraiment de faire naître des lois universelles. Raisonner d'une manière abductive suppose d'attribuer à la découverte un statut compréhensif ou explicatif, qui implique d'être testé, par la suite, en cherchant d'atteindre une règle ou une loi.

On inclue ainsi dans la recherche que les sujets qu'on rencontre les premiers et qui sont disponibles à collaborer. Les résultats obtenus des sujets sur base de volontariat ou de la

convenance limitent la portée des conclusions à cause du manque supposé de la représentativité de l'échantillon.

Résultats

Comme nous l'avons évoqué ci-haut, appesantissons-nous maintenant à présenter, analyser et discuter les principaux résultats obtenus.

Rappelons que le corpus développé tient aux quatre thèmes retenus au sujet des partenaires masculins et féminins et deux consécutifs aux prestataires des soins. Au total 70 personnes ont été interviewées dont 30 partenaires masculins, 30 femmes allaitantes ou enceintes et 10 prestataires de service CPN/PTME habitants tous dans la commune de Karisimbi.

1. Déterminants de l'implication des prestataires à la PTME

1.1. Caractéristiques socio démographiques des prestataires de santé

Tableau 1 : Répartition des prestataires selon l'âge et le sexe

Tranches d'âges	Sexe		Total
	Masculin	Féminin	
25-34	3	0	3
35-44	2	1	3
45-54	2	1	3
Plus de 55	0	1	1
Total	7	3	10

Tableau 2 : Répartition des prestataires des soins selon la religion

Religion	Sexe		Total	%
	Masculin	Féminin		
Catholique	4	0	4	40
Protestante	1	3	4	40
Eglise de réveil	1	0	1	10
Assemblée de Dieu	1	0	1	10
Total	7	3	10	100

Tableau 3: Répartition des prestataires des soins selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Sexe		Total	%
	Masculin	Féminin		
A1	3	0	3	30
A0	2	2	4	40
A2	2	1	3	30
Total	7	3	10	100

Tableau 4: Répartition des prestataires selon la formation subi en PTME

Formation en PTME ?	Sexe		Total	%
	Masculin	Féminin		
Oui	4	2	6	60
Non	3	1	4	40
Total	7	3	10	100

Tableau 5 : Répartition des prestataires selon leur avis sur les barrières à l'implication des partenaires masculin à la PTME

Raisons évoquées	Effectif	%
Religion	1	10
Faible sensibilisation à la CPN	4	40
Manque de confiance	3	30
Manque de temps	2	20
Total	10	100

1.2. Caractéristiques socio démographiques des partenaires masculins de la Zone de santé de Karisimbi

Tableau 6: Répartition des partenaires masculins selon l'âge

Tranches d'âges	Effectifs	%
18-24	3	10
25-31	12	40
32-38	7	23,
39-45	4	13,3
46-52	2	6,7
Plus de 53	2	6,7
Total	30	100

Tableau 7: Répartition des partenaires masculins selon leur profession

Profession	Effectifs	%
Enseignants	2	6,7
Techniciens	14	46,6
Administratif	2	6,7
Commerçant	9	30
Journaliste	1	3,3
Sans emploi	2	6,7
Total	30	100

Tableau 8: Répartition des partenaires masculins selon leur Niveau d'étude

Niveau d'études	Effectifs	%
Primaire	2	6,7
Secondaire	19	63,3
Universitaire	9	30
Total	30	100

Tableau 9 : Répartition des partenaires masculins selon la religion

Religion	Effectifs	%
Catholique	11	36,7
Protestante	12	40
Adventiste	3	10
Kimbanguiste	1	3,3
Eglise de réveil	3	10
Total	30	100

Tableau 10 : Répartition des partenaires masculins ayant déjà entendu parler de PTME

Avoir entendu parler de PTME	Effectifs	%
Oui	6	20
Non	24	80
Total	30	100

Tableau 11 : Réactions des partenaires masculins devant l'infection au VIH de la partenaire féminin

Réactions	Effectifs	%
La tuer	9	30
Compatir avec elle	3	10
La répudier	18	60
Total	30	100

Tableau 12: Répartition des partenaires masculins selon la pratique face au VIH

Nombre de dépistage du VIH	Effectifs	%
Une fois	24	80
Deux fois	5	16,7
Plusieurs fois	1	3,3
Total	30	100

Tableau 13: Raisons d'empêchement des hommes à accompagner leurs femmes au CPN

Raisons évoquées	Effectifs	%
Manque de temps	12	40
Peur d'affronter le résultat final du test	7	23,3
Structures sanitaires éloignées	4	13,4
Crise de confiance	7	23,3
Total	30	100

1.3. Caractéristiques socio démographiques des femmes enceintes et/ou femmes allaitantes de la Zone de santé de Karisimbi

Tableau 14: Répartition des FEFA selon l'âge

Age	Effectifs	%
18-22	5	16,7
23-27	11	36,7
28-32	12	40
33-37	1	3,3
38-42	1	3,3
Total	30	100

Tableau 15: Répartition des FEFA selon la profession

Profession	Effectifs	%
Enseignantes	4	13,3
Techniciennes	2	6,7
Commerçantes	7	23,3
Ménagères	17	56,7
Total	30	100

Tableau 16: Répartition des FEFA selon leur Niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	%
Primaire	2	6,7
Secondaire	10	33,3
Universitaire	18	60
Total	30	100

2. Connaissance, attitudes des femmes enceintes et/ou allaitantes en matière de PTME et VIH

Tableau 17 : Répartition des FEFA selon leur connaissance en matière de VIH et PTME

Réponses	Effectifs	%
Oui	27	90
Non	3	10
Total	30	100

Tableau 18: Répartition des FEFA selon l'attitude face au VIH

Réponses	Effectifs	%
Me suicider	6	20
Demander le divorce	18	60
Supporter	6	20
Total	30	100

Tableau 19 : Répartition des FEFA selon leurs pratiques face au VIH et PTME

Réponses	Effectifs	%
Oui	9	30
Non	21	70
Total	30	100

3. Evaluation des effets latents des déterminants comportementaux des partenaires

Au regard de la nature nominale, donc qualitative des données collectées et faisant l'objet des analyses statistiques, cette évaluation ne peut se faire qu'à travers la régression logistique, appelée autrement le modèle Logit. Il est question d'indiquer à ce niveau la sincérité des réponses des enquêtés à partir la force de la corrélation entre les différents aspects de leurs personnalités et qui déterminent leurs conduites dans la gestion en couple de la réalité de PTME et du VIH/SIDA en générale.

Pour raison de commodité, nous adoptons la notation suivante en vue de faciliter la compréhension des dimensions envisagées. Il s'agit de considérer comme variables dépendante et indépendantes les notations ci-dessous :

- 0 ou Y : comportement (réponses aux questions posées ;
- 1 ou X1 : Connaissance ;
- 2 ou X2 : Attitude ;
- 3 ou X3 : Pratiques

Les résultats y afférents sont portés dans la matrice d'intercorrélations suivante :

	0	1	2	3
0	-	.7456**	.7365**	.8456**
1		-	.7921**	.7813**
2			-	.8432**
3				-

$$R^2_{0.123} = .8994^{**} ; F = .0789^{**} ; p = .0000$$

Figure 1: Matrice 1 : Intercorrélations bivariées totales et multiples entre les variables dépendante et indépendantes.

Au vu des résultats consignés dans la matrice ci-dessus, il y a lieu de dire que toutes les inter corrélations bivariées totales et multiples estimées entre les facettes des variables à l'étude sont très significatives. Ce qui donne la preuve que les réponses données par les enquêtées aux questions posées concernant l'implication des partenaires masculins à la PTME seraient sincères. Leurs conduites et comportements face à la problématique du VIH/SIDA et de la PTME semblent justifiés par les raisons évoquées.

Discussion des résultats

La présente étude a cherché à cerner et à comprendre les raisons de la faible implication des partenaires masculins dans les activités de PTME. Nous allons essentiellement discuter les résultats sur la connaissance, l'attitude, la pratique et la perception des partenaires masculins ainsi que les barrières à la PTME au regard des réponses données par les trois cibles.

Les partenaires masculins de la zone de santé de Karisimbi affirment avoir déjà entendu parler du VIH et cela par différents canaux dont la radio, l'hôpital, l'école, le centre de santé, la télévision, les séminaires, la sensibilisation ainsi que par la communauté (les amis, les églises et les mutualités). Ceci est en désaccord avec les études antérieures conduites par l'EDS II (Miniplan, 2014) et à BongaYasa par Kisiata (2016).

Pour eux, le VIH est une infection sexuellement transmissible, Virus Immuno-Humain, agent causal du SIDA et maladie des prostituées. Toujours selon eux, le SIDA est une maladie sexuellement transmissible, Syndrome d'Immuno Déficience Acquise, maladie grave qui n'a pas de médicament pour guérir, une maladie sans pitié pour ravager les hommes et les femmes, maladie qui tue si on ne prend pas conscience de sa gravité, une maladie des prostituées.

Ils ajoutent en disant que, la CPN est la Consultation Prénatale et que les voies de contamination de VIH sont les rapports sexuels non protégés, l'utilisation des outils tranchants contaminés ainsi que la transfusion sanguine. Ils renseignent également que, les moyens de prévention de l'infection du VIH sont : L'utilisation des préservatifs, l'abstinence chez les jeunes, fidélité, la communication des bouches à oreille, les recherches, informations ainsi que la contraception.

Concernant leur connaissance de site où on soigne le SIDA dans leur zone, ils disent qu'ils sont informés à travers des campagnes de sensibilisation de dépistages, des amis médecins, des personnes informées, à l'hôpital, des affiches et des relais communautaires. Il cependant signaler que, qu'un tiers (1/3) de nos répondants ne connaissent pas où on fait la prise en charge des malades du VIH dans leur milieu.

Pour connaître son état sérologique, les répondants déclarent qu'un homme doit faire le dépistage et si leurs femmes les demandaient de les accompagner au dépistage, ils les accompagneraient volontiers s'ils n'ont pas d'autres programmes important prévu. Ceci rejoint Mullany (2009) au Népal qui avait montré que les femmes et les hommes seraient favorables à l'implication des hommes dans les services de maternité, en cela comme facteur d'amélioration de la santé maternelle et de la communication au sein du couple.

Ils disent aussi que, si la femme est infectée du VIH et qu'elle vienne l'annoncer, ils peuvent afficher les attitudes suivantes : la tuer par des coups de points, compatir avec elle, chercher à connaître où elle a tiré la maladie et puis aller à l'hôpital pour le traitement, la répudier, la calmer, la refouler et demander le divorce. D'autres déclarent que s'ils sont déjà infectés aussi, ils seront obligés de rester avec leur femme.

En revanche, si la femme amène l'invitation de service de dépistage à son homme, ils acceptent sans trop de négociations et concernant la question de dormir et manger avec une personne infectée, tous sont d'accord de partager la nourriture et le lit parce que cela n'a aucune conséquence.

La plupart des partenaires masculins ont déjà fait le dépistage au moins une seule fois et les occasions pour lesquelles les hommes accompagnent leurs femmes au service de dépistage sont entre autres : La CPN, la période de la grossesse et le jour de la naissance de l'enfant sur demande du médecin lui-même. Ceci est en accord avec le résultat de l'EDS II en RDC qui avait trouvé une faible proportion des hommes qui participent à la PTME (Miniplan, 2014).

Les raisons rapportées par les partenaires masculins qui les empêchent à faire le dépistage du VIH sont : Le manque du temps, les structures éloignées de leurs domiciles, la peur d'affronter le résultat final du test, l'influence ainsi que la crise de confiance.

S'agissant des raisons rapportées du non accompagnement de leurs partenaires féminins à la CPN ou dépistage du VIH, les motifs évoqués sont entre autres l'emploi du temps et le travail. Ceci est en accord avec Falnes et al en 2011, l'étude sur l'implication des hommes de l'OMS en 2012 et enfin Auvinen et al 2013, pour qui, ces barrières sont d'ordre conceptuels, de normes sociales, d'un système de santé peu adapté, de la peur du VIH, de la discrimination et stigmatisation.

L'avis renseigné est « oui » sur la question de savoir s'ils seront prêts à faire le dépistage du VIH au même moment que leur femme car selon eux ils n'ont rien à craindre étant donné qu'elles sont leurs partenaires de la vie et qu'il n'existe pas des barrières à ce que les hommes accompagnent leurs femmes à la CPN pour certains et d'autres manquent du temps et ne parviennent pas à supporter les caprices de la femme.

Ce même résultat a été obtenu par Theuring et al, sur les perceptions positives des hommes à l'égard des avantages de la PTME et soutiennent également la participation de leur conjointe au programme de PTME (Theuring et al., 2009).

Selon les informations en leur possession, il n'existe pas de VIH de source mystique et ne pensent pas l'avoir déjà contracté. Ils estiment que pour que les hommes accompagnent leurs femmes à la PTME on doit passer par la conscientisation des hommes, préparer les femmes, montrer les avantages, sensibilisation, envoyer les invitations aux hommes et faire participer les hommes à la CPN.

Ainsi, en dernier mot ils suggèrent aux autorités d'améliorer les conditions de vie de la population pour résoudre ce problème, exhorter les hommes de rester toujours fidèles à leurs femmes et l'échange permanent dans le couple. Ainsi pour finir ils portent leurs encouragements à notre égard pour les avoir approchés aussi pour un sujet aussi pertinent dans la vie de couple.

Selon les FEFA, elles renseignent avoir déjà entendu parler du VIH comme maladie sexuellement transmissible, Virus Immuno Humain, agent causal du SIDA et maladie des prostituées ainsi ou encore une mauvaise maladie et dangereuse qui tue. La source d'information été différents canaux entre autres à l'école, dans les séminaires, à la radio, hôpital, par des sensibilisations, la télévision, les amies et à l'église.

Pour elles, le SIDA est une maladie sexuellement transmissible, syndrome humain contagieux, une maladie contagieuse et sexuellement transmissible, une maladie qui tue, mauvaise maladie contractée par les putes et qui est incurable ; d'autre disent que c'est la même chose avec le VIH.

La majorité d'elles disent que la CPN c'est la Consultation Prénatale alors que certaines d'entre elles parlent de la CPN comme une réunion des femmes enceintes. S'agissant des voies de contamination du VIH qu'elles connaissent, il y a la voie sexuelle, transfusion sanguine, l'accouchement, non protection de l'enfant lors de l'accouchement, l'utilisation fréquente des matériels de la personne porteuse du SIDA, les objets tranchants déjà utilisés, les liquides biologiques ainsi que l'allaitement. 29 femmes sur 30 affirment qu'une mère peut transmettre le VIH à son enfant.

Par rapport aux moyens de prévention de l'infection à VIH cités par les FEFA, elles évoquent l'abstinence chez les jeunes, le suivi de son état sérologique (dépistage), le port du préservatif, ne pas avoir plusieurs partenaires, la fidélité. Sur la question de savoir si pendant la CPN on peut aider une maman à protéger son enfant contre le VIH, 27 sur 30 disent oui et 3 ne savent pas.

Deux (2) affirment avoir connaissance des lieux où on soigne les maladies du VIH/SIDA dans la zone de Karisimbi à travers la voie des amis, contre 28 qui n'ont pas une connaissance de ces sites. Par contre toutes connaissent où se trouvent les sites de dépistage dans la zone.

Selon les FEFA, lorsqu'une infirmière leur demande de faire le dépistage, elles acceptent volontairement mais certaines doivent d'abord demander l'autorisation de leur mari et si c'est le mari qui accompagne sa femme à la CPN pour le faire le dépistage, pour certaines femmes, elles encouragent leurs maris de les accompagner tous les jours, d'autres ont peur de dire cela à leurs maris. Certaines commencent par préparer leurs maris psychologiquement et d'autres refusent catégoriquement la demande de leurs maris.

Si le mari venait annoncer à sa femme qu'il est infecté du VIH, les avis de femmes varient en disant ce qui suit : Je vais me tuer et laisser la lettre aux gens, je vais le poignarder avec un couteau en plein ventre, je vais le supporter, je lui propose de partir ensemble faire le dépistage et si je suis positive je reste avec lui sinon je demande le divorce, je vais essayer de lui faire comprendre l'importance du dépistage et le lui faire en cachette s'il n'est pas d'accord avec moi je le supporte comme ça.

En fin elles disent que si le mari qui refuse de répondre à l'invitation de service de dépistage de la CPN, là le conflit commence dans le foyer. Certaines sensibilisent leurs maris en leurs montrant l'avantage et l'inconvénient de son refus à leur vie de couple et d'autres le laisse comme ça pour éviter des problèmes mais leur font passer le test sans qu'il le sache.

21 Femmes sur 30 n'ont jamais été accompagnées par leurs maris et pour demander à leur mari de l'accompagner au service de dépistage du VIH, elles demandent gentiment en disant qu'à l'hôpital on m'a demandé de venir avec toi, me soumettre à lui quelques jours avant que je le lui demande pour qu'il accepte facilement et d'autre exerce une pression pour qu'il accepte par force ou pas.

Les discussions fréquentes entre les FEFA et leurs maris sont entre autres les réactions que chacun peut avoir si une fois un des partenaires été séropositif, quel genre d'enfant le couple veut avoir, le dépistage, l'évolution de l'enfant ainsi que le planning familial.

Certaines FEFA sont prêtes de faire le dépistage du VIH et se faire accompagner par leurs maris pour cette occasion parce qu'elles ont confiance de leur état sérologique, parce qu'il est capital, car il doit connaître notre état et celui de l'enfant, pour leur témoigner la fidélité, pour être au courant de leur état de santé et parce qu'elles sont amoureuses de leurs maris. D'autres ne sont pas prêtes parce qu'elles ont peur d'apprendre le résultat devant son partenaire, pour éviter le désagrément avec leurs maris et garder sa réputation auprès dans la vie du couple. Pour nos répondantes, il n'y a pas de barrières sauf que les hommes sont toujours occupés par le travail et ne supporte pas le comportement conflictuel de leur femme.

Pour que les hommes participent à la PTME et accepte le dépistage selon les FEFA, on doit leur montrer le pour et le contre de participer à la PTME pour le bien-être de l'enfant, le sensibiliser sur l'heure et jour de la CPN ainsi que la transmission de la mère à son enfant mais aussi discuter avec eux leur en montrer les avantages et les inconvénients de ne pas prendre part à ces services.

A la question de savoir s'il y a des femmes qui demandent à leurs maris de les accompagner à la CPN/PTME, il y a celles qui demandent par le biais d'une sensibilisation de savoir l'évolution de l'enfant et que l'enfant n'appartient pas seulement à sa maman, elles informent à leurs maris sur le programme du rendez-vous de la CPN avec trop d'humilité, respect et tendresse pour les convaincre de l'accompagner. Par contre pour celles qui ne demandent

pas qu'elles soient accompagnées, cela se justifie par le fait qu'elles n'aiment pas déranger leurs maris avec les histoires des femmes, du fait qu'en revenant du Centre de Santé elles ont une restitution de tout ce qui a été dit et enfin parce d'autres femmes disent que leurs maris ne peuvent pas accepter.

Les résultats auxquels cette étude est parvenue pourraient bien s'expliquer à travers les réponses à l'entretien que Monsef Benkirane, Directeur du laboratoire de virologie moléculaire de l'institut de génétique humaine (CNRS/Université de Montpellier) avait eu avec la presse et qui résume de la manière suivante :

Quelle est la situation de l'épidémie du VIH Sida aujourd'hui dans le monde ?

Réponse : La situation est stable, si l'on considère le nombre de personnes séropositives, et ne s'améliore plus depuis quelques années. Aujourd'hui, on considère que 37 millions de personnes sont infectées par le VIH dans le monde, dont un quart le sont sans le savoir. Un effort énorme a été fait au niveau des traitements, notamment en Afrique subsaharienne qui concentre à elle seule 25 millions de cas. Cela permet à 26 millions de personnes sur la planète de recevoir un traitement, soit deux fois plus qu'il y a dix ans. Ce meilleur accès aux traitements a un effet notable sur la mortalité de la maladie : 690 000 personnes sont décédées du VIH/sida en 2020, d'après l'ONUSIDA, alors qu'on comptait encore 1,5 million de victimes par an il y a dix ans. Mais le bilan pourrait être meilleur.

Pourquoi dites-vous que l'on pourrait faire mieux, dès maintenant ? Le même auteur répond : Aujourd'hui, nous avons tous les outils pour vraiment sortir de l'épidémie. Nous avons les trithérapies, qui permettent non seulement de garantir aux malades la même espérance de vie qu'une personne non infectée, mais empêchent également ceux-ci de transmettre le VIH à leurs partenaires. Sous traitement, le virus est indétectable dans le sang, ce qui fait des thérapies des outils de prévention à part entière. C'est la fameuse stratégie Tasp – Treatment as prevention – promue depuis dix ans déjà. Ces dernières années ont également vu le développement de la Prep (ou prophylaxie pré-exposition), un traitement pris en préventif destiné aux personnes exposées à un fort risque de s'infecter – comme les travailleurs du sexe, notamment, qui n'ont pas toujours la possibilité d'utiliser le préservatif. Il faut cependant rester attentif, car la Prep à travers la prise de Truvada ne garantit pas une protection à 100 % et ne doit être réservée qu'aux publics les plus exposés.

Grâce à l'ensemble de ces traitements, seules deux générations seraient nécessaires pour éradiquer totalement l'épidémie si toutes les personnes infectées étaient traitées correctement. Cela n'est malheureusement pas aussi simple, car au-delà de l'accès même au traitement dans les pays à ressources limitées, il reste un vrai problème d'adhésion à celui-ci, en Europe également. L'infection par le VIH reste encore stigmatisante dans un certain nombre de pays, ce qui conduit les personnes à cacher leur séropositivité. Il est donc impossible de s'assurer du suivi correct du traitement tout au long de la vie. Or il suffit de quelques jours à peine pour observer un rebond viral après un arrêt du traitement. C'est pourquoi la priorité pour sortir définitivement de l'épidémie est de trouver un vaccin.

La troisième question posée à l'auteur est la suivante : Que vous inspirent les progrès faits par la recherche depuis l'apparition de l'épidémie, au début des années 1980 ?

Réponse : Il a fallu quinze années entre l'apparition du premier cas et la mise sur le marché des trithérapies, c'est proprement phénoménal. La recherche a permis de passer d'une infection mortelle que nous ne connaissions pas, à une maladie chronique. Des efforts

considérables ont été mis en œuvre tant sur le plan des moyens humains que financiers, c'est vrai, mais il y a plus que cela. La recherche sur le VIH/sida a été extrêmement bien coordonnée. Les agences de recherche, les associations telles que le Sidaction en France, les chercheurs, les cliniciens et surtout les malades, ont avancé main dans la main. C'est une belle entreprise qui aurait dû nous inspirer sur la façon de gérer la crise du Covid-19, abordée de façon désordonnée et sans feuille de route.

La quatrième question posée est la suivante : Vous soulignez le rôle tout particulier joué par les associations de malades et à l'auteur de répondre : La façon dont s'est organisée la recherche sur le VIH a fait sa force, en grande partie grâce aux associations de malades et aux activistes qui n'ont eu de cesse d'aiguillonner les scientifiques, et continuent de le faire encore aujourd'hui. Ce sont des gens qui se sont intéressés à la science ; il fallait tout leur expliquer, le fonctionnement de l'infection, le mode d'action des médicaments antiviraux... C'est grâce à leur exigence et parce qu'ils n'étaient jamais satisfaits et demandaient une meilleure qualité de vie que nous avons continué à progresser sur les traitements : de vingt comprimés par jour associés à de nombreux effets secondaires, la prise de médicaments est aujourd'hui ramenée à un cachet par jour. Mais cela ne suffit pas : des scientifiques travaillent sur le « *long lasting treatment* » (le traitement durable) sous la forme d'une injection une fois par mois... et peut-être, bientôt, une fois par an. Nous sommes cependant à un palier de la recherche scientifique aujourd'hui : si nous perfectionnons les traitements existants, nous n'avancons plus sur les traitements qui permettraient de guérir de façon définitive la maladie. Les chercheurs butent sur les cellules réservoirs où le virus se met en dormance.

Question suivante : Où en est-on de la recherche sur ces fameuses cellules-réservoirs que les traitements ne parviennent pas à éradiquer ? Réponse de l'auteur : Nous avançons, mais plus à la vitesse à laquelle nous avons l'habitude de progresser sur le VIH dans les premières années de l'épidémie. La recherche sur les cellules réservoirs est en effet compliquée par la difficulté d'accès et la rareté de ces cellules où le virus se met en veille, à l'abri des traitements et de la réponse immunitaire. Une des avancées de ces dernières années a été de pouvoir quantifier le réservoir effectivement fonctionnel, au travers de nouvelles approches techniques et expérimentales. En cherchant l'ADN viral, nous avons constaté que 90 % des cellules qui contiennent de l'ADN viral sont porteuses d'un ADN défectif qui ne permet pas au virus de se répliquer... Cela signifie que seules 10 % des cellules réservoirs ont un ADN opérationnel et sont le siège d'une réplication effective du virus. C'est ce réservoir « compétent » pour la réplication virale qu'il faudra aller cibler pour empêcher le rebond viral à l'arrêt du traitement.

Autre question : Sait-on où ces cellules-réservoirs « compétentes » se trouvent ? Réponse : C'est extrêmement difficile de le savoir, vu la rareté du matériel biologique dont nous disposons pour faire nos recherches. Les cellules-réservoirs sont extrêmement peu nombreuses : nous parlons ici d'une cellule par million de lymphocytes T CD4, ces cellules immunitaires qui sont les cibles principales du VIH. De plus, nous travaillons presque exclusivement sur des échantillons de sang prélevé chez les patients, les biopsies donnant accès à des organes majeurs pour la persistance virale étant trop invasives. Or nous soupçonnons que les cellules-réservoirs sont des cellules qui pourraient se retrouver dans des sanctuaires anatomiques difficilement accessibles aux molécules antirétrovirales,

comme les organes lymphoïdes secondaires (rate, ganglions lymphatiques, tissus lymphoïdes accumulés dans les muqueuses).

Mon équipe a quant à elle réussi à montrer la présence d'un marqueur de surface qui s'exprime à la surface des cellules infectées par le VIH chez les personnes sous traitement antirétroviral. Par ce biais, nous devrions pouvoir mieux identifier et caractériser ces cellules réservoirs. Nous progressons donc à pas comptés.

Enfin, Où en est-on des recherches sur un futur vaccin contre le VIH/sida ? Réponse : Le vaccin doit être la priorité de la recherche aujourd'hui, car c'est ce qui nous permettra de sortir définitivement de l'épidémie de sida. Plusieurs essais vaccinaux à grande échelle ont échoué ces quinze dernières années, en Thaïlande, et plus récemment en Afrique du Sud... Il faut continuer de se mobiliser.

Comme nous le constatons à travers le décryptage des réflexions de cet auteur, toute la problématique sur le VIH Sida reste d'actualité car il n'y a pas encore des solutions définitives en termes de traitement curatif. La recherche scientifique doit s'intensifier dans tous les domaines pour espérer trouver une solution satisfaisante aux préoccupations soulevées.

C'est vrai que l'humanité n'est plus dans une situation aujourd'hui dans l'urgence comme dans les années 1980 et 1990. Le moment est venu pour les scientifiques de s'accorder le temps de développer des idées nouvelles et de prendre des risques.

Le problème majeur auquel nous nous heurtons aujourd'hui est que, si les personnes qui contractent le VIH/sida ont une très belle réponse anticorps, celle-ci ne suffit pas à enrayer la propagation du virus dans l'organisme. Ce dernier mute en effet extrêmement vite au fil des cycles de réplication – on parle d'une erreur toutes les mille bases d'ADN à chaque cycle, ce qui est énorme. Cela signifie que le vaccin devra faire mieux que le virus lui-même pour déclencher une réponse immunitaire efficace, en induisant des anticorps neutralisants à très large spectre.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a fixé l'année 2030 comme horizon pour stopper l'épidémie de VIH. C'est un bel objectif, mais on sait que l'on n'y arrivera pas, pour toutes les raisons sociétales et culturelles. Pour éradiquer le sida, il va falloir faire un bond énorme dans la recherche vaccinale et la connaissance de notre système immunitaire. Aujourd'hui, les personnes vivant avec le VIH vont bien. C'est pourquoi, le moment est venu pour les scientifiques de s'accorder le temps de développer des idées nouvelles et de prendre des risques. C'est une recherche de plus longue haleine, qui va continuer de demander des efforts et des financements. C'est important d'insister sur ce dernier point, car quand on discute avec certains responsables politiques, le VIH ne semble plus être un sujet comme la COVID-19.

Mamadou Chérif Bah entre Janvier 1987 et Septembre 1998, a trouvé que 5 307 cas cumulés de VIH/sida avaient été notifiés. De plus, les résultats de l'enquête sur la séroprévalence qui a été réalisée en 2001 par le Ministère de la Santé Publique par le biais du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS) ont montré que le VIH/sida est en nette progression en Guinée.

L'évolution est préoccupante et des actions urgentes doivent être entreprises dans les domaines de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des malades du VIH/sida.

Des campagnes de sensibilisation sur les modes de transmission et les moyens de protection s'avèrent donc nécessaires pour ralentir voire inverser la tendance actuelle de l'évolution de la pandémie.

Comme dans la plupart des pays africains, la transmission du VIH/sida se fait essentiellement par voie sexuelle. Les hommes et les femmes sexuellement actifs sont donc concernés au premier plan par les campagnes d'Information, d'Éducation et de Communication (IEC) menées à travers le pays par le CNLS, le PNPCSP et d'autres acteurs (PSI/Guinée, PRISM et SIDA transversal, PSS-GTZ, SIDA-III, SIDALERTE).

Des questions sur la connaissance, les attitudes et les pratiques portant sur les IST et le sida en particulier ainsi que des questions sur les comportements sexuels ont été posées lors de l'EDSG-III. Les informations ainsi collectées sont essentielles à l'ajustement des programmes en cours, ainsi qu'à la mise en place de nouvelles campagnes d'information, d'éducation et de communication sur le sida. Les résultats concernent principalement les domaines suivants :

- La connaissance de l'existence du VIH/sida, des moyens de prévention, des modes de transmission ainsi que la connaissance et le rejet d'idées erronées sur la prévention de l'infection ;
- La connaissance de la transmission mère-enfant ;
- Les attitudes de tolérance à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida ;
- L'opinion des femmes et des hommes sur la négociation de rapports sexuels protégés avec le conjoint ;
- Les rapports sexuels à hauts risques et l'utilisation de condoms lors des derniers rapports sexuels à haut risque ;
- L'âge des jeunes de 15-24 ans aux premiers rapports sexuels ;
- Les rapports sexuels à hauts risques et l'utilisation de condoms lors des derniers rapports sexuels à haut risque par les jeunes de 15-24 ans ;
- Les rapports sexuels pré maritaux parmi les jeunes de 15-24 ans et l'utilisation du condom ;
- La connaissance des signes et symptômes des IST.

Le niveau de connaissance que la population a d'une maladie conditionne bien souvent son attitude et son comportement vis-à-vis de cette maladie. Pour cette raison, l'EDSG-III a collecté des informations qui ont permis de déterminer le niveau de connaissance du VIH/sida dans la population enquêtée.

Des analyses faites, il s'est avéré l'existence des corrélations très significatives entre les caractéristiques sociodémographiques des sujets enquêtés et leurs réactions ou réponses aux différentes questions posées. Ce qui permet de dire que l'hypothèse principale de la présente étude est confirmée à la lumière des faits observés et des données analysées.

CONCLUSION

Des avancées ont certes été réalisées dans le cadre de la PTME en RDC mais encore insuffisantes pour réduire le taux de transmission de la mère à l'enfant du VIH/SIDA. L'évaluation à mi-parcours du plan PTME avait décelée la faible implication des partenaires masculins à la PTME parmi les goulots d'étranglement. C'est pourquoi, une analyse exploratoire des barrières à l'implication masculine à la PTME était importante.

Les résultats de l'étude ont montré que les barrières à la faible implication des partenaires masculins à la PTME sont liées à la faible connaissance des hommes sur le VIH/SIDA, sur la PTME. La peur d'une sérologie positive, de la stigmatisation et de la discrimination, les normes sociales, le manque d'informations, l'absence de communication au sein du couple sur le VIH et le non sollicitation des maris par les prestataires. D'où la faible implication à la PTME des hommes. Cependant la PTME est possible par l'implication de tous c'est-à-dire les décideurs, les prestataires, les femmes enceintes ou allaitantes et enfin les hommes.

Au vu des résultats obtenus, il s'observe encore que la problématique du VIH/SIDA reste toujours d'actualité et préoccupante à l'instar de la COVID-19, car les hommes et les femmes en couple ou non continuent à manifester des comportements sexuels pas du tout responsables. Leurs connaissances en matière des réalités qui entourent le phénomène VIH/ SIDA reste insuffisantes et lacunaires ; leurs pratiques sexuelles attestent un désintéressement au dépistage volontaire et aux stratégies de préventions. Ils attachent plus d'importance au plaisir sexuel et ignorent les conséquences du VIH/SIDA.

Le milieu ambiant et la société ne donnent pas assez d'opportunités en matière d'éducation sexuelle qui continue à demeurer tabou dans nos cultures et familles. La presse et les médias en général ne donnent pas assez d'espaces dans leurs grilles de programmes aux émissions à caractère d'éducation sexuelle et à la vie. Il en est de même des églises et de tous les autres agents de socialisation.

La situation étant déplorable et calamiteuse, il importe que les actions d'envergure soient engagées dans le but d'éveiller la conscience des jeunes, des couples et de la société toute entière, à s'impliquer dans la lutte contre ce fléau et adoptant des comportements plus responsables allant dans le sens de la prévention et du dépistage à large échelle.

Ainsi, recommandons-nous ce qui suit :

- **Aux autorités sanitaires du niveau provincial et national :**

- Sensibiliser la population et particulièrement les hommes et les femmes sur la PTME dans leurs milieux professionnels, récréatifs en utilisant tous les canaux possibles ;
- D'élaborer des outils qui permettront de suivre les hommes à la PTME ;
- De remettre à niveau les prestataires de CPN/PTME par des séminaires de renforcement des capacités et la formation continue ;
- De former des prestataires non encore formé.

- **Aux prestataires de CPN/PTME**

- Sensibiliser les hommes sur l'importance des CPN/PTME ;
- Inviter les hommes à la CPN ;

- De rendre les sites de CPN/PTME conviviaux aux hommes.
- **Aux femmes enceintes et allaitantes**
 - De restituer auprès de leurs maris toutes les leçons apprises au cours des causeries éducatives.

Références

- Arnould P. et Calugaru C. 2007 ; Contribution à l'élaboration d'une approche stratégique de la multifonctionnalité de la forêt. Rapport de recherche provisoire, Paris.
- Auvinen J, Kylmä J. 2013; Male involvement and prevention of mother-to-child transmission of HIV in Sub-Saharan Africa: an integrative review. *Curr HIV Res.*; 11:169–177. This article reviews 18 studies on male involvement in PMTCT initiatives in sub-Saharan Africa and highlights common trends in barriers and strategies to improve these initiatives. [PubMed][Google Scholar]
- Auvinen J., <https://www.ingentaconnect.com/search;jsessionid=4nhmvkr7jeqma.x-ic-live-01?option2=author&value2=Kylma,+Jari> Kylmä J., <https://www.ingentaconnect.com/search;jsessionid=4nhmvkr7jeqma.x-ic-live-01?option2=author&value2=Suominen,+Tarja> Suominen, Male Involvement and Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Sub-Saharan Africa: An Integrative Review, , 11, 2, 2013, 169-177.
- Bajunirwe F, Muzoora M. Barriers to the implementation of programs for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a cross-sectional survey in rural and urban Uganda. *AIDS Res Ther.* 2005;2:10. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- Balandier, G., 1984 ; *Anthropologie politique*, 4^{ème} éd., Paris.
- Bamwisha, M. 1975 ; *Initiation à la méthodologie de la recherche en éducation*, PUZ, Kinshasa.
- Bareil C. 2004 ; *La résistance au changement climatique : synthèse et critiques des écrits*, in cahier n° 04-10, HEC Montréal.
- Beyene GA, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Dadi%20LS%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=30005617 Dadi LS, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mogas%20SB%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=30005617 Mogas SB., Determinants of HIV infection among children born to mothers on prevention of mother to child transmission program of HIV in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study. 2017:63.
- Blanchet, A. et al., 1987 ; *les techniques d'enquête en sciences sociales, observer, interviewer, questionner*, Paris, Dunod.
- Block, H. et al., 1994 ; *Grand dictionnaire de psychologie*, Larousse, nouvelle édition mis à jour, Paris.
- Boko M. 1994 ; *Les Enjeux du Changement Climatique au Bénin*, in Maria zandt.
- Bonduelle et Jouzel 2010 ; *L'adaptation de la France au changement climatique mondial*, in journal officiel de la R. France.
- Boutefeu B. (2007). *La forêt comme un théâtre ou les conditions d'une mise en scène réussie*, Thèse de doctorat, Lyon.

- Bréchon, P., 2011 ; Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives, PUG.
- Bricout P., 2008 ; Le réchauffement climatique, étude critique du scepticisme, in Master 60 Université catholique de Louvain.
- Brou H. et al. When do HIV-infected women disclose their HIV status to their male partner and why? A study in a PMTCT programs me, Abidjan. PLoS Medicine, 2007.
- Bryson P. et al., 2008 ; Changement climatique et l'eau, document technique *GIEC*.
- Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé, 2007, 85:843-50.
- Jodelet, D., 1997 ; « Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie », in psychologie, sous la direction de S. Moscovici, Paris, PUF., le psychologue, 1997.
- Kalumba M.S. 1995 ; Attitude et degrés de certitude des étudiants en situation d'examen et d'auto-estimation. Contribution à la docimologie, thèse de doctorat inédit, Kisangani, FPSE/UNIKIS.

1. Élections en RDC : Vingt ans de scrutins et de processus électoraux inaboutis 1 – 17
Jean-Baptiste ITIPO LONO
2. Stratégies de la conquête du pouvoir en RDC par le Parti du Peuple pour la Reconstruction et la Démocratie de 2011-2020 19 – 27
Aristarque BIKOKISILA BUKAKA, Benjamin KUDIAKAKA BITOLO, Guelord DIAMALEMBE KONGA, Myriam NKENGÉ MAKIEDIKA et Anicet MFIAUSI ZOLA
3. Evaluation de la contribution de l'IBP et de l'IPR dans le budget de l'Etat 29 – 45
Léonard NDOMBI NDOMBI, Francine NZUMBA NZINGA, Joël GUBARIKA MBUTA et Christina KAYIBA MUKENDI
4. Exploration du leadership féminin dans l'informel sur l'efficacité des ONG dans la commune de Mont-Ngafula 47 – 62
Merando NANKWAYA AFUKINI, Augustin KABAMBA MANATA, Evelyne LONGO MALEKAMA, Vincent de Paul MANUKA NZUMI EKANGE et Clovis KUSA LUTUMBA
5. Théorie intégrative contextualisée de la communication en santé mentale 63 – 87
Jean-Christophe KAMUTANGA et Marie-Noëlle KIMENYA MWANVUA
6. Rôle de la communication dans la vulgarisation du protocole de Maputo sur l'interruption volontaire de grossesse 89 – 98
Marie-Noëlle KIMENYA MWANVUA
7. Faible implication des partenaires masculins dans la prévention de la transmission mère à l'enfant de l'infection à VIH
Analyse exploratoire des barrières 99 – 117
Christophe KAZUNGU SEBIHOGO, Rachel REHEMA MUHAWENIMANA et Justin BAHATI NZABANITA

- | | |
|--|------------------------|
| <p>8. Application de la théorie des champs conceptuels (TCC) dans le fonctionnement didactique du jeu de Benjalo</p> <p><i>Mpay NSWEYA MUBANA et José INDENGE Y'ESAMBALAKA</i></p> | <p>119 –126</p> |
| <p>9. Prise en charge pédagogique des écoliers à haut potentiel intellectuel dans les écoles primaires de la ville de Dungu (Haut-Uélé, RDC)</p> <p><i>Yvonne ANIHILI NATABUGU</i></p> | <p>127 –132</p> |
| <p>10. Internats scolaires comme stratégie pour une éducation efficace dans la banlieue de la Ville de Kinshasa/RDC</p> <p><i>Donat BILO SHANGAY</i></p> | <p>133 –145</p> |
| <p>11. Management scolaire et possibilités pédagogiques d'apprentissage chez les apprenants selon l'approche par talents.
 Enquête auprès des Enseignants et Chefs d'établissements des Ecoles Conventionnées et Privées Catholiques de Kintambo</p> <p><i>Augustin KABAMBA MANATA, Merando NANKWAYA AFUKINI, Evelyne LONGO MALEKAMA et Vincent de Paul MANUKA NZUMI EKANGE</i></p> | <p>147 –169</p> |
| <p>12. Analyse de la phrase simple en Likula</p> <p><i>Richard ZELENGE SOMO</i></p> | <p>171 –201</p> |
| <p>13. Mots de base pour l'enseignement-apprentissage du lingála(C36d), langue seconde</p> <p><i>Prosper BOLA LIETA</i></p> | <p>203 –217</p> |
| <p>14. Résilience et Croissance Post-Traumatique des déplacés des conflits armés Teke-Yaka et Kamwena-Nsapu du Camp Simba Mosala de Kikwit</p> <p><i>Valentin TUMBWA, Félix BALO MABULUKI, Pierre MFUTILA KOLELE et Jérémie MAKALOY</i></p> | <p>219 –237</p> |
| <p>15. Effets des réformes fiscales et minières sur la mobilisation des recettes fiscales en République Démocratique du Congo : Principaux enseignements sur longue période et Rôle de la qualité des institutions</p> <p><i>John MULUME KADUSI et Timothée MUTIA KWABO</i></p> | <p>239 –254</p> |