



HAL
open science

Suivi du dépistage précoce des enfants nés des mères VIH positives

Bruno Numu Matuba

► **To cite this version:**

Bruno Numu Matuba. Suivi du dépistage précoce des enfants nés des mères VIH positives. Santé publique et épidémiologie. 2022. hal-04478341

HAL Id: hal-04478341

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-04478341v1>

Submitted on 26 Feb 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



**UNIVERSITÉ
DE LORRAINE**

**BIBLIOTHÈQUES
UNIVERSITAIRES**

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact bibliothèque : ddoc-memoires-contact@univ-lorraine.fr
(Cette adresse ne permet pas de contacter les auteurs)

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ DE
FRANCHE-COMTÉ



Master 2

« Santé publique et environnement »

Parcours :

« Intervention en promotion de la santé »

Mémoire

2021-2022

SUIVI DU DEPISTAGE PRECOCE DES ENFANTS NES DES MERES VIH POSITIVES

Monsieur Bruno NUMU MATUBA

Maître de stage :

Monsieur Aimé LOANDO MBOYO

Guidant universitaire :

Monsieur Carlo FAHED

REMERCIEMENT

Je tiens à remercier le Seigneur mon Dieu pour la force et la détermination qu'Il m'a données pendant ces années d'études de Master en Santé Publique. Je remercie ensuite mon épouse Carine NKAKALA pour son soutien et son accompagnement, tous les médecins du département de pédiatrie de l'Hôpital Général de Référence de Kintambo pour leurs encouragements et enfin la Fondation Elizabeth Glaser en RDC de m'avoir permis de passer ces mois de stage afin de produire ce travail.

TABLE DES MATIERES

- Introduction	3
- Contexte	6
- Objectifs	9
- Méthodes	10
- Résultats	14
• Analyses quantitatives	14
• Analyses qualitatives	19
- Discussion	29
- Bibliographie	35
- Résumé	39
- Annexes	40

INTRODUCTION

L'infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) reste une crise sanitaire mondiale et le monde doit tenir compte avec les 1,5 million [1,0 million–2,0 millions] de nouvelles infections à VIH et 680 000 [480 000–1 000 000] décès dus à des causes liées au sida survenus en 2020 (1).

Selon les livres des données de l'ONUSIDA (1), des médicaments antirétroviraux autrefois jugés trop chers et trop compliqués pour les milieux à faibles ressources étaient prises par environ 27,5 millions [26,5 millions–27,7 millions] de personnes vivant avec le VIH dans le monde à la fin 2020.

A la fin de cette même année, il y a eu environ 37,7 millions [30,2 millions–45,1 millions] de personnes vivant avec le VIH parmi lesquelles 1,7 million [1,2 million–2,2 millions] d'enfants de moins de 15 ans. 84 % (31,6 millions) des personnes vivant avec le VIH dans le monde connaissaient leur statut sérologique, 73 % (27,4 millions) avaient accès à un traitement et 66 % (24,8 millions) affichaient une suppression virale (2, 3)

Toujours selon les données de l'ONUSIDA de 2020, environ 1.5 million [1.0 million–2.0 millions] de personnes sont nouvellement infectées par le VIH parmi lesquelles 150 000 [100 000–240 000] enfants de moins de 15 ans ; et le nombre de décès s'élevait à 680 000 [480 000–1.0 million] au total parmi lesquels 99 000 [68 000–160 000] enfants de moins de 15 ans (1-3).

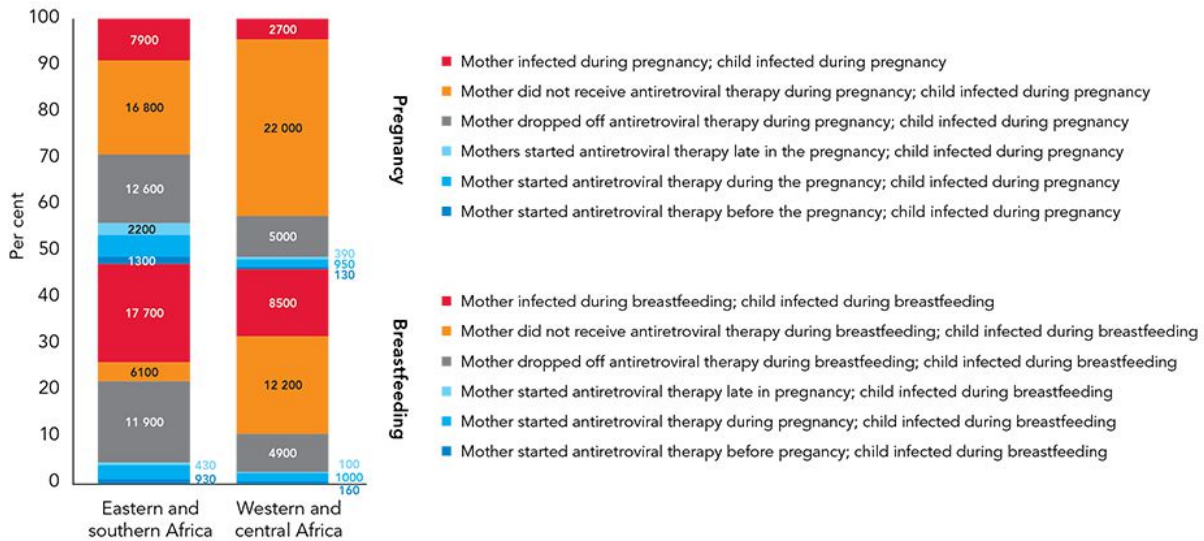
Depuis le pic de 1997 jusqu'en 2020, une réduction de 52 % des nouvelles infections a été observée allant d'environ 3.0 millions [2.1 millions–4.2 millions] en 1997 à environ 1.5 million [1.0 million–2.0 millions] en 2020. Et depuis 2010, les nouvelles infections au VIH chez les enfants ont diminué de 53 %, passant de 320 000 [210 000–510 000] en 2010 à 150 000 [100 000–240 000] en 2020 (1).

Parmi les différents modes de transmission du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à savoir la voie sexuelle, la voie hématogène et la transmission de la mère à l'enfant (dite transmission verticale) (4), cette dernière constitue la principale voie de contamination de la mère ayant une sérologie positive vers l'enfant qui est dit, au départ, « exposé au virus ».

Selon les estimations de l'ONUSIDA de 2019, tel que le montre le graphique ci-dessous sur les différentes causes de nouvelles infections chez les enfants en Afrique central et de l'ouest d'une part et en Afrique de l'Est et Australe de l'autre part, cette transmission de la mère à l'enfant est principalement due au fait que les mères VIH positive n'ont pas reçu les antirétroviraux durant leurs grossesses causant l'infection des enfants dans les deux régions décrites ci-haut. Elle est aussi dû à des nouvelles infections des femmes pendant la période d'allaitement et au manque de traitement aux ARV pour les femmes allaitantes.

The causes of vertical transmission of HIV in Africa

Distribution of new child infections by cause, eastern and southern Africa and western and central Africa, 2018



Source: UNAIDS 2019 estimates.

L'intensification des services de PTME a empêché plus de 800 000 enfants de contracter l'infection à VIH entre 2005 et fin 2012 (5).

En raison de cette expansion rapide des programmes de PTME et des schémas thérapeutiques ARV plus efficaces, le nombre d'enfants infectés par le VIH dans le monde a rapidement diminué. Entre 2005 et fin 2012, on estime que 804 000 enfants ont été empêchés de contracter l'infection à VIH. Le nombre d'enfants infectés par le VIH dans le monde a diminué de 24 % entre 2009 – l'année de référence du Plan mondial visant à éliminer les nouvelles infections à VIH chez les enfants d'ici 2015 et à maintenir leurs mères en vie – et la fin de 2011

Dans cette perspective les directives formulées par l'OMS depuis 2016 dont la principale nouveauté était de mettre sous Traitement aux Antirétroviraux (TARV) toute personne dépistée séropositive « TREAT ALL » ou « TEST AND START » ou encore « TEST AND TREAT » restent d'application à côté des autres directives notamment sur les soins différenciés (4).

En 2017, l'OMS a fortement recommandé que l'initiation rapide au TAR soit proposée à toutes les personnes vivant avec le VIH suite à un diagnostic de VIH confirmé et à une évaluation clinique, avec l'offre de commencer le jour même pour les personnes qui sont prêtes (5).

Les interventions ciblant les femmes et les filles enceintes et allaitantes sont au premier plan des activités de prévention du VIH depuis 1998. C'est à cette époque que les essais cliniques de courte durée sur la zidovudine et la névirapine à dose unique se sont avérés efficaces en offrant une intervention relativement simple et peu coûteuse qui pourrait considérablement réduire le risque de transmission du VIH de la mère au bébé (6).

Depuis lors, les interventions de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ont évolué pour se concentrer non seulement sur la promotion de la santé néonatale et infantile, mais aussi

sur la garantie de la santé des femmes et des filles, en particulier pendant la grossesse ou l'allaitement. Des moyens plus récents et plus efficaces de prévenir les infections pédiatriques - en particulier dans les milieux à charge élevée et à faibles ressources - en plus de l'engagement de la communauté mondiale de la santé publique à soutenir l'intensification des services efficaces de PTME, visent désormais à éliminer pratiquement les nouvelles infections pédiatriques.

Des interventions pour les femmes et les filles enceintes et allaitantes se concentrent sur quatre principaux axes parmi lesquels une prise en charge efficace des nourrissons et des enfants exposés au VIH, y compris des pratiques d'alimentation infantile appropriées, une prophylaxie antirétrovirale et un dépistage précoce du VIH chez les nourrissons (6).

De ce fait, l'OMS recommande que tout enfant exposé au VIH bénéficie d'un test virologique dans les 4 à 6 semaines après la naissance (7). Ce diagnostic précoce des enfants exposés est réalisé grâce à la Polymerase Chain Reaction - acide désoxyribonucléique (PCR-ADN) (8). C'est la technique standard de diagnostic virologique. Elle consiste à amplifier et détecter l'ADN proviral intracellulaire (qui résulte de la copie de l'ARN viral grâce à la transcriptase inverse et peut ainsi s'intégrer au génome de la cellule hôte avec l'aide d'une autre enzyme virale, l'intégrase).

Mais à ce jour, environ 60% d'enfants exposés sont ramenés dans les structures sanitaires pour un dépistage précoce avant leur 8^{ème} semaine de vie. Et ce faible retour est influencé par différents facteurs pouvant être liés soit à l'offre de service de dépistage précoce au sein des formations sanitaires, soit encore à d'autres facteurs socio-culturels ou démographiques.

Plusieurs études menées dans différents pays d'Afrique subsaharienne, entre autres l'étude qualitative de Vincent Oladele Adeniyi et collaborateurs réalisée dans le district d'OR Tambo en Afrique du sud en 2015 « *Disclosure, stigma of HIV positive child and access to early infant diagnosis in the rural communities of OR Tambo District* » (9) , l'étude de Bobrow et collaborateurs menée au Malawi en 2016 « *Barriers, facilitators and recommendations for the early infant diagnosis and treatment (EIDT) cascade: A qualitative study in Malawi* » (10), l'étude de Maxime Oga et collaborateur en Côte d'Ivoire en 2014 « *Acceptabilité du test VIH proposé aux nourrissons dans les services pédiatriques, en Côte d'Ivoire, significations pour la couverture du diagnostic pédiatrique* » (11), ont ressorti certains facteurs lié au faible accès au dépistage précoce des enfants exposés avant leur 8^{ème} semaine de vie et certaines autres études quantitatives, à l'exemples de l'étude quantitative de Bouraima M et collaborateurs réalisée à Lomé au Togo en 2014 « *Accessibilité au diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants à risque de Lomé (Togo)* » (12), ont ressorti le faible taux de dépistage des enfants entre 6 et 22 semaines de vie.

Notre mission dans ce travail est d'épingler les facteurs influençant le retour des enfants dans les formations sanitaires pour le dépistage précoce du VIH avant 8 semaines de vie, de relever la perception des personnes vivants avec le VIH (Parents) sur le dépistage précoce des enfants exposés au VIH, d'analyser la qualité et l'impact du message sur la sensibilisation au dépistage précoce des enfants exposés, d'épingler les motivations des parents à respecter le rendez-vous de dépistage précoce avant 8 semaine et enfin de formuler les recommandations visant à améliorer l'accès au dépistage précoce des enfants exposés au VIH.

CONTEXTE

Dans le monde, plus de 1,7 million d'enfants vivent avec le VIH. Le pic de mortalité des nourrissons séropositifs survient entre 6 et 8 semaines (2, 4). Alors que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que tous les enfants exposés au VIH subissent un test de dépistage au cours des deux premiers mois de leur vie (7), seuls 60 % des nourrissons exposés au VIH subissent un test de dépistage avant l'âge de deux mois (13). 50% des nourrissons qui sont testés ne reçoivent jamais leurs résultats et ne peuvent donc pas accéder à un traitement salvateur. Sans traitement, 80 % de tous les enfants vivant avec le VIH meurent avant l'âge de 5 ans.

Afin d'accélérer la riposte et mettre fin au Sida, l'une des stratégies de l'ONUSIDA pour 2016-2021 était la stratégie 90-90-90 (14). Actuellement, parmi les objectifs de haut niveau pour 2025 du Global AIDS Strategy 2021-2026 (13), deux points ressortent concernant les enfants infectés et exposés au VIH à savoir :

- Objectifs de dépistage et de traitement 95–95–95 atteints dans toutes les sous-populations, pour toutes les tranches d'âge et toutes les régions géographiques, y compris chez les enfants vivant avec le VIH.
- 95 % des enfants exposés au VIH subissent un test de dépistage avant l'âge de deux mois, et à nouveau après la fin de l'allaitement maternel.

La réduction du nombre d'enfants infectés par le VIH constitue l'une des réalisations les plus importantes de la riposte au VIH. Pourtant, en 2019, 150 000 nouvelles infections à VIH ont été comptabilisées chez les enfants, bien loin de l'objectif mondial 2020 de 20 000 enfants, la baisse des nouvelles infections infantiles ayant considérablement ralenti après 2016.

En Afrique occidentale et centrale, le nombre de nouvelles infections par le VIH dans la région a diminué de 37 % en 2020 par rapport à 2010. Ce progrès est constant, mais il est loin de la réduction de 75 % convenue par l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU). Au cours de cette même année, la région représentait également plus d'un tiers des nouvelles infections au VIH chez les enfants dans le monde, ce qui reflète les lacunes persistantes dans les efforts de prévention de la transmission verticale, notamment la faible couverture des services de santé maternelle et néonatale. Globalement, 44 % des femmes enceintes vivant avec le VIH en Afrique occidentale et centrale ne recevaient pas de traitement antirétroviral en 2020 (15).

La couverture du dépistage du VIH et de la thérapie antirétrovirale a progressé plus rapidement ces dernières années. En 2020, près des trois quarts (73 %) des personnes vivant avec le VIH ont reçu une thérapie antirétrovirale et 59 % ont vu leur charge virale supprimée. Cependant, seuls 24 % des enfants (âgés de 0 à 14 ans) vivant avec le VIH ont bénéficié d'une suppression virale au cours de la même année, les principales lacunes étant dues à un mauvais dépistage et à une mauvaise liaison avec le traitement (15).

En Afrique occidentale et centrale, le taux de transmission mère-enfant du virus était estimé à 22 % [19 à 26 %] en 2018 (16). Dans la région, depuis 2016 la couverture par des thérapies antirétrovirales pour les femmes enceintes a diminué pour atteindre 59 % [42 à 78 %] en 2018. Cela signifie que seules 153 000 des quelques 260 000 femmes enceintes vivant avec le VIH recevaient un traitement antirétroviral pour prévenir la transmission mère-enfant et seulement 27 % [21 à 39 %] des nourrissons exposés au VIH ont subi des tests de dépistage du VIH au cours des huit semaines suivant la naissance (16).

Les données montrent qu'une fois que les enfants sont diagnostiqués et mis en relation avec les soins, la majorité d'entre eux s'en sortent bien, sept sur dix sous traitement ayant supprimé leur charge virale (15).

Parmi les 22 pays au monde portant la lourde charge de l'infection à VIH figure la République Démocratique du Congo (RDC) avec une épidémie de type généralisée (4).

La RDC se situe en Afrique centrale à cheval sur l'Equateur avec une superficie de 2 345 409 Km². Elle partage 9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes. Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud, à l'Ouest par la République du Congo, l'Enclave angolaise de Kabinda, à l'Est par l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie, au Sud par la Zambie et l'Angola et est un Etat unitaire fortement décentralisé qui comprend 26 provinces d'après la dernière réforme territoriale de 2006 (17).

Selon le Ministère de la Santé publique (18), son système de santé national est établi en trois paliers comprenant :

Le niveau central avec un rôle normatif et régulateur, constitué du Cabinet du Ministre, du Secrétariat Général avec les Directions centrales et les Programmes Spécialisés.

Le niveau intermédiaire jouant le rôle d'appui technique aux zones de santé. Il s'agit de 11 Inspections provinciales de la santé (IPS) et de 54 Districts sanitaires. Le niveau provincial est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé.

Le niveau périphérique, c'est la Zone de Santé (ZS). C'est le niveau d'opérationnalisation des soins de santé primaires. Le pays est subdivisé en 515 Zones de Santé. L'existence d'une ZS est sanctionnée par un arrêté interministériel signé par le Ministre de l'Intérieur et celui de la santé. Pour les ZS militaires, l'arrêté interministériel est signé conjointement par le Ministre de la santé et son collègue de la défense.

Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants avec un hôpital général de référence (HGR) offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA). Elle est subdivisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvrent environ 5.000 à 10.000 habitants, pour l'offre du paquet minimum d'activité (PMA) (17).

En ce qui concerne la lutte contre le VIH, elle est organisée de la manière suivante :

- Au niveau national il y a le Ministère de la Santé, Hygiène et Prévention, les coordinations nationales des programmes liées au VIH (Programme National de lutte contre le VIH et les Infections sexuellement transmissibles, Programme national Multisectoriel de lutte contre le VIH)
- Au niveau Intermédiaire, il y a le Ministère provincial de la Santé, Hygiène et Prévention, les coordinations provinciales des programmes de lutte contre le VIH,
- Au niveau périphérique, il y a les zones de santés et les structures sanitaires.

La ville province de Kinshasa (capitale de la RDC) compte 32 zones de santé.

La RDC connaît une prévalence VIH de 2,7 % chez les femmes enceintes et de 1,2 % dans la population générale. Selon les estimations du Programme National de Lutte contre le VIH/SIDA et les IST (PNLS) faites sur base du Spectrum v.5.87 juillet 2020, près de 527.831 personnes étaient porteuses du VIH en RDC parmi lesquelles 321.222 étaient sous traitement antirétroviral (TARV) au 31 décembre 2019 (4).

Dans cette lutte contre le VIH, le pays est accompagné par plusieurs partenaires techniques et financiers notamment : OMS, UNICEF, ONUSIDA, CHEMONICS, CHAI, ICAP, EGPAF, CDC PEPFAR, CORDAID, FOND MONDIAL, MSF Belgique, ... et à ce jour seuls quatre laboratoires travaillent avec ces différents partenaires en ce qui concerne le dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés dans la ville province de Kinshasa : le Laboratoire National de Recherche sur le VIH/SIDA (LNRS) qui est une institution publique, le laboratoire de l'Hôpital de Monkole (une institution privée), le laboratoire de Médecins Sans Frontière Belgique (Une organisation internationale) ainsi que le laboratoire de DREAM (une Organisation internationale).

Afin de s'aligner au Plan mondial des Nations Unies pour l'élimination des nouvelles infections pédiatriques, plusieurs maternités ont assisté à l'intégration des services PTME dans leur paquet d'abord à Kinshasa et ensuite dans l'arrière-pays. C'est l'option A qui y était appliquée. Depuis 2013, le PNLS a opté pour l'option B+ avec à la base la mise sous traitement ARV à vie de toutes les femmes enceintes dont le test VIH s'avère positif. Toujours dans le souci d'optimiser le traitement ARV chez les femmes enceintes et allaitantes VIH+ et offrir la chance aux nouveau-nés de naître et grandir sans VIH, la RDC a opté pour un nouveau schéma thérapeutique à base de Dolutegravir (TDF + 3TC + DTG) (19).

Parmi les différents partenaires techniques et financiers de la RDC, « Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation » (EGPAF) est reconnue dans la lutte mondiale pour mettre fin au VIH et au sida, et est un défenseur de chaque enfant pour qu'il vive une vie pleine et saine jusqu'à l'âge adulte. Depuis plus de 30 ans, EGPAF œuvre dans la réponse aux besoins urgents en VIH et SIDA pédiatriques dans les régions les plus touchées du monde. A Kinshasa, la fondation met en œuvre plusieurs projets notamment l'« Integrated HIV-AIDS project » (IHAP) depuis 2017. EGPAF accorde une attention particulière aux activités de Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'Enfant (PTME) en assurant notamment le suivi et le Dépistage Précoce des Enfants exposés au VIH pour des soins appropriés et à temps.

C'est depuis 2010 qu'Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (EGPAF) a commencé ses actions d'appui au système de santé de la RDC dans le domaine de la lutte contre le VIH en général et de la Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) en particulier avec le Projet de VIH Intégré au Congo « PROVIC en sigle ». De 2012 à nos jours, plusieurs projets ont été mis en œuvre parmi lesquels le « Integrated HIV-AIDS Projet » à Kinshasa (IHAP-Kin en sigle), projet implémenté actuellement dans 42 formations sanitaires réparties dans cinq zones de santé de la ville de Kinshasa à savoir Bandalungwa, Binza-Méteo, Kikimi, Kingasani et Masina II.

Afin d'améliorer l'adhérence au traitement et la rétention des femmes enceintes et allaitantes au sein des structures sanitaires et mettre fin au sida d'ici 2030 d'une part, et d'autre part impliquer la communauté des personnes vivant avec le VIH dans cette lutte, EGPAF a implémenté les activités de la paire-éducation dans les services de PTME d'abord, puis dans tous les services de prise en charge. Ainsi la Notion de Mère Mentor, copiée du modèle du ministère de la santé du Kenya, a été implémentée dans les différents projets d'EGPAF dans les services de PTME.

Une mère mentor est une mère vivant avec le VIH, qui est formée et employée au sein d'une équipe médicale pour soutenir, éduquer et responsabiliser les femmes enceintes et les nouvelles mères sur leur santé et celle de leurs bébés (20). Travaillant en tant que membres non techniques de l'équipe PTME des communautés locales, les mères mentors aident pour réduire la stigmatisation, accroître la communication communautaire et mobiliser la demande de services.

OBJECTIFS

Objectif général :

Améliorer l'accès des enfants nés de mères VIH positif au test de dépistage précoce à 6 semaines d'âge.

Objectifs spécifiques :

1. Estimer le niveau de l'accès aux Dépistage Précoce des Enfants exposés (DPE) au sein du projet IHAP

Objectifs opérationnels (O. P.) :

- S'assurer du bon remplissage des outils de collecte de données liées à la mère et à l'enfant par les prestataires de soins
 - Analyser les données sur le DPE à travers les outils de collecte des données utilisés et dans la base des données du projet de Janvier 2019 à Décembre 2021
2. Epingler les facteurs influençant le retour des enfants à 6 semaines de vie pour leur dépistage au niveau des parents et des prestataires de soins.

O. P. :

- Participer aux séances des Consultations prénatale où sont diffusés les messages de sensibilisation du DPE
 - Organiser des entretiens semi directifs avec les parents, les femmes enceintes et/ou allaitantes VIH positives
3. Relever la perception des personnes Vivants avec le VIH (Parents) sur le Dépistage Précoce des enfants exposés au VIH à 6 semaines de vie

O. P. :

- Organiser des entretiens semi directifs avec Mères VIH+ ayant déjà répondu au rendez-vous pour un dépistage précoce du VIH de leur enfant
4. Analyser la qualité du message sur la sensibilisation au dépistage précoce des enfants exposés lors des différentes séances des Consultations prénatales et des réunions de groupe de support

O. P. :

- Organiser des entretiens semi directifs avec les Prestataires des soins et les responsables de groupes d'auto-support des patients VIH+ (Mère -mentor)

5. Formuler les recommandations visant à améliorer l'accès au Dépistage Précoce des enfants exposés en direction des prestataires des soins, des parents des enfants exposés ainsi qu'au projet IHAP

O. P. :

- Participer aux réunions hebdomadaires des équipes de terrains pour le suivi des activités de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant et aux réunions mensuelles du comité de pilotage du projet.
- Transmettre l'évolution du travail de terrain aux différentes équipes du projet

METHODES

Notre travail comporte deux parties :

- La première partie est une analyse quantitative basée d'une part sur l'existence et la complétude des outils de collectes des données ; et d'autre part sur les données de l'organisation allant du 1 janvier 2019 au 31 décembre 2021
- La deuxième partie est l'analyse qualitative des entretiens semi-directifs conduits.

Analyse quantitative des données

Avec les données recueillies de la base des données du projet IHAP, nous avons calculé les moyennes des différents indicateurs, et avons ressortis les minima et maxima de chaque indicateur choisi en fonction des zones de santé concernées.

Choix des Formations Sanitaires

Dans la première phase de notre travail, nous avons tiré au sort 50% du nombre total des formations sanitaires contractuelles dans les 5 zones de santé couvertes par le projet. Et dans ces sites, nous sommes entrés en contact avec les outils de collectes des données liées à notre mission à savoir Le Registre de la Salle d'accouchement (RSA), le Registre Couple Mère et Enfant (RCME) et le Tableau de bord des enfants exposés (TBEE). Les éléments à épinglez étaient l'Existence de chaque Registre au niveau de la structure sanitaire, son Utilisation effective et sa Complétude dans les paramètres concernant notre mission.

Dans la zone de santé de Binza Météo, nous avons pris en priorité la Maternité de Binza de par sa fréquentation et nombre d'accouchement par mois. Ensuite nous avons tiré au sort 50 % des sites restant. A la fin du tirage au sort, nous avons eu 6 structures sanitaires à savoir Maternité de Binza, CS OMO, ECC Mapasa, CS Bénédiction, CS La Borne et le CS Kinkenda.

L'activité prévue a été réalisée dans 4 sites (Kinkenda, Maternité de Binza, CS OMO et CS La Borne) sur les 6.

Dans la zone de santé de Bandalungwa, 9 sites sont appuyés dans les activités VIH et parmi lesquels seuls 5 sont contractuels avec EGPAF. C'est parmi ces sites contractuels que nous avons effectué notre tirage au sort, tirage effectué par le Responsable de la zone de santé. Après tirage au sort des 50% des sites, trois sites ont été retenus pour notre enquête à savoir CS LIBIKISI, CS COMPASSION et HOPE MEDICAL.

Dans la zone de santé de Kingasani, 9 structures sanitaires sont appuyées dans les activités VIH. CH Kingasani, la plus grande structure en termes de Nombres d'accouchement par mois a été choisie d'office. Et après tirage au sort nous avons retenu 3 autres sites à savoir CS MOLENDE, CS LIGHT et CS BOLINGANI.

Dans la zone de sante de Kikimi, il y a un total de 12 sites contractuels. Et après tirage au sort, 6 sites ont été tiré à savoir CS KIVUVU, CS SAINT LUC, CS MIKONDO, CS NGAMPANI, CS MFUMUNKENTO et CS SAINTE MARIE LA MISERICORDE.

Dans la zone de santé de Kingasani, seul 6 sites sont contractuels avec l'organisation parmi lesquels 3 ont été tirés au sort à savoir CS ELONGA, CS LUNDA et CS MAPELA.

Au total, 22 structures sanitaires ont été visitées avec un total de 78 outils de collecte vus (27 RSA, 25 RCME et 26 TBEE). Sur ces 22 structures sanitaires, 3 d'entre-elles ne possèdent pas de Salle d'accouchement.

Pour la complétude et en lien avec notre travail, nous avons mis l'accent sur les éléments suivants :

- RSA
 - o Date d'accouchement
 - o Statut sérologique de la femme
- RCME
 - o Code de l'enfant
 - o Date de naissance
 - o Date de RDV pour le premier prélèvement de dépistage précoce
 - o Date de prélèvement pour le premier dépistage précoce
 - o Résultat
 - o Date de rendu du résultat
- TBEE
 - o Code de l'enfant
 - o Date de premier prélèvement
 - o Résultat
 - o Date de rendu du résultat

Pour la partie quantitative de notre travail, nous avons pris la période allant du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2021, avons eu accès et avons analysé les données de toutes les structures couvrant la période mentionnée ci-haut.

Choix des cibles pour entretien

Pour la zone de santé de KIKIMI, sur les sites tirés au sort pour l'observation des outils, deux sites ont le nombre d'accouchement des femmes VIH+ le plus élevé à savoir CS NGAPANI et CS MIKONDO. Et c'est dans ces sites que nous allons tenir des entretiens avec les cibles pour cette Zone de santé.

Pour la zone de santé de BANDALUNGWA, CS LIBIKISI est celle qui a le nombre d'accouchement des femmes VIH+ le plus élevé au courant de la période et fait partie des sites tirés au sort lors de la phase d'observation des outils. Nous l'avons retenu pour les entretiens.

Les deux grandes maternités du projet sont aussi retenues pour les entretiens à savoir la MATERNITE des Sœurs de BINZA dans la zone de santé de Binza Météo et la MATERNITE des Sœurs de KINGASANI dans la Zone de santé de Kingasani sont d’office retenues pour les entretiens.

Dans la Zone de santé de MASINA II, deux sites sont retenus pour les entretiens à savoir CS ELONGA (deuxième grand site en termes de prélèvement sur les sites tirés au sort dans la première phase et dans lequel le service d’accouchement n’existe pas encore) et le CS MAPELA qui est le site avec le plus grand nombre d’accouchement sur les sites tirés au sort.

Les sites que nous avons retenus pour les entretiens sont :

- CS NGAPANI (KIKIMI)
- CS MIKONDO (KIKIMI)
- CS LIBIKISI (BANDALUNGWA)
- CS ELONGA (MASINA II)
- CS MAPELA (MASINA II)
- MAT. KINGASANI (KINGASANI)
- MAT. BINZA (BINZA METEO)

Guide d’entretien

Les guides d’entretien ont été revus et amendés par le Maître de stage et le Chef de projet dans lequel notre mission se déroule. En fonction, des catégories des personnes ciblées pour les entretiens, deux guides d’entretiens ont été élaboré (Voir Guides d’entretien en Annexe) :

- Un guide pour les prestataires des soins et les Mères Mentor
- Un guide pour les Mères VIH+ des enfants exposés.

Après avoir obtenu auprès de l’organisation les coordonnées téléphoniques des différents prestataires des sites sélectionnés ainsi que des différents Paires-éducateurs (Mère-mentor) y travaillant, nous les avons individuellement contactés pour un rendez-vous d’entretien au sein de leur structure sanitaire. Les mères-mentor ont contacté chacune une mère VIH+ désireuse de participer à notre entretien.

Déroulement des entretiens

Chaque entretien s’est déroulé individuellement selon le rendez-vous pris avec chacune des cibles. Pour raison de confidentialité, nous avons fixé les RDV dans les différentes structures sanitaires et les entretiens se sont déroulés dans le bureau de l’infirmière responsable de la PTME de chaque structure sanitaire.

Nous avons enregistré tous les entretiens à l’aide d’un enregistreur audio. Chaque entretien a été ensuite retranscrit fidèlement sur format Word. Les entretiens qui se sont déroulé en lingala, qui est une langue locale, ont été fidèlement traduits en français, puis retranscrit sur format Word. La moyenne de pages pour chaque entretien est de 4 pages.

Analyse des entretiens

Notre analyse commence dès l'élaboration de nos deux guides d'entretien, lesquels sont construits en partant d'un cadre théorique ; ainsi ces guides sont structurés en thèmes et sous thèmes en fonctions des différentes questions d'entretien y proposées.

Dans ce processus d'analyse, nous avons appliqué les quatre premières étapes de l'analyse de l'entretien selon Kvale (1996) à savoir :

1. La description par l'interviewé de son expérience dans le sujet pendant l'entretien
2. La découverte par l'interviewé de nouvelles compréhensions de son expérience
3. Pour nous, l'apparition des « sens » pendant l'entretien et le début de l'interprétation
4. L'interprétation de l'entretien retranscrit et son analyse (Voir en annexe les retranscriptions de quelques entretiens conduits).
5. Conduite d'un deuxième entretien : nous n'avons pas réalisé cette étape lors de notre travail
6. Retour sur terrain pour recommandation et/ou action.

Pour l'analyse des entretiens retranscrits, nous avons choisi l'Analyse thématique et compréhensive du contenu :

1. Lecture attentive du texte retranscrit et des commentaires

Afin de nous réimprégner des entretiens réalisés et retranscrits, nous avons fait une première lecture. Cette lecture nous a permis de revivre les instants des différents entretiens, de nous souvenir tant soit peu des moments forts et pouvoir lier les différents commentaires notés aux dires des interviewées. Cette étape nous a permis de ressortir ou de synthétiser les idées fortes de ces entretiens.

2. Construction de la grille d'analyse

Dans le but de construire notre grille d'analyse, nous avons procédé à une deuxième lecture des entretiens retranscrits. Il s'agit d'une lecture approfondie en lien avec notre guide d'entretien, en lien étroit avec notre étape de problématisation. Vu que notre guide d'entretien était déjà établi en thèmes, cette deuxième étape nous a permis de ressortir les différents sous-thèmes en lien avec chaque thème abordé dans l'entretien.

3. Le codage

Nous avons fait une troisième lecture des entretiens et nous les avons codés au regard de notre grille d'analyse élaborée avec ces différents thèmes et sous-thèmes. Nous avons identifié les extraits illustratifs de chaque entretien, extraits correspondant aux différents thèmes, ensuite nous les avons classés dans les différents sous-thèmes présents dans la grille d'analyse.

4. L'interprétation

Nous avons relu individuellement les contenus des différents nœuds et nous les avons interprétés. Afin de nous rendre comptes des représentations et perceptions recueillies, nous avons recontextualiser les données codées dans notre cadre conceptuel.

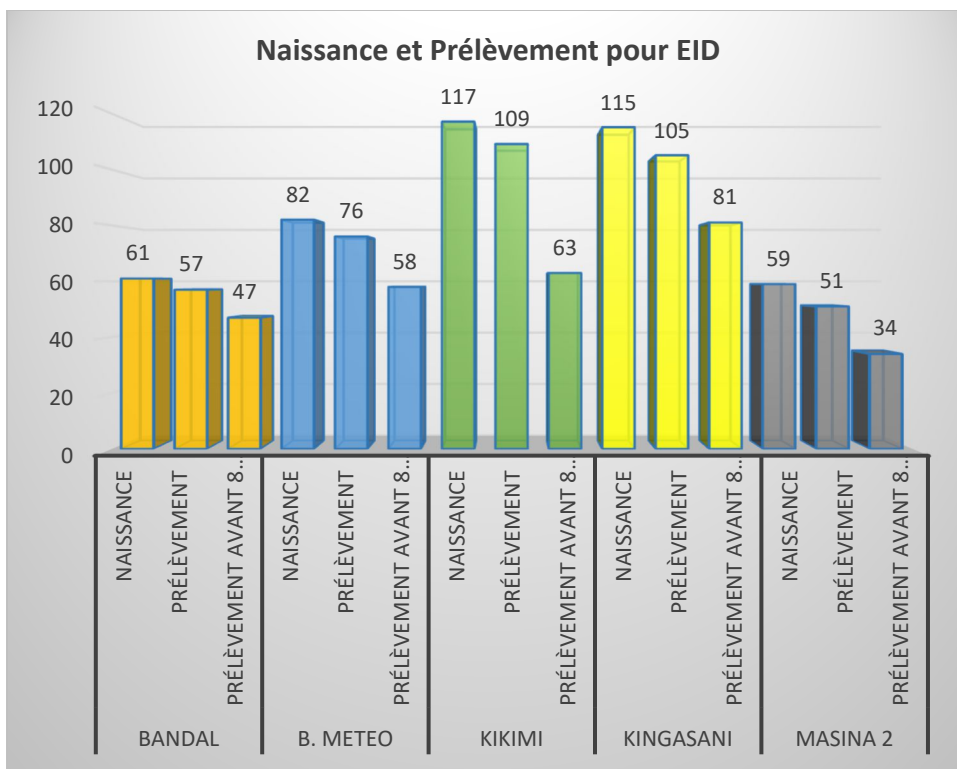
RESULTATS

1. Analyses quantitatives

Analyse des données quantitatives de la période

Un total de 434 naissances vivantes a été enregistré dans les 5 zones de santé pour la période de Janvier 2019 à décembre 2021 et toutes ces naissances ont été prises en compte dans notre analyse. La figure 1 nous montre le nombre de naissance vivante par zone de santé, le nombre total des prélèvements effectués chez les enfants éligibles au dépistage précoce en ressortant aussi les prélèvements réalisés avant l'âge de 8 semaines.

Figure 1 : Nombres de naissance vivante et de prélèvement par zone de santé



Sur les 434 naissances vivantes, un total de 398 prélèvements pour dépistage précoces a été enregistré parmi lesquels 283 prélèvements réalisés avant l'âge de 8 semaines (Figure 2) et ce nombre renferme les 71,35% des prélèvements, les 28,65% restant sont réalisés après l'âge de 8 semaines (Figure 4).

145 résultats ont été rapportés pour tous les prélèvements réalisés parmi lesquels 106 pour les prélèvements réalisés avant l'âge de 8 semaines (Figure 3) soit 73,10% des résultats rendus, les 26,9% étant les résultats des prélèvements réalisés après l'âge de 8 semaines (Figure 5).

Figure 2 : Total de prélèvement et prélèvement avant 8 semaines

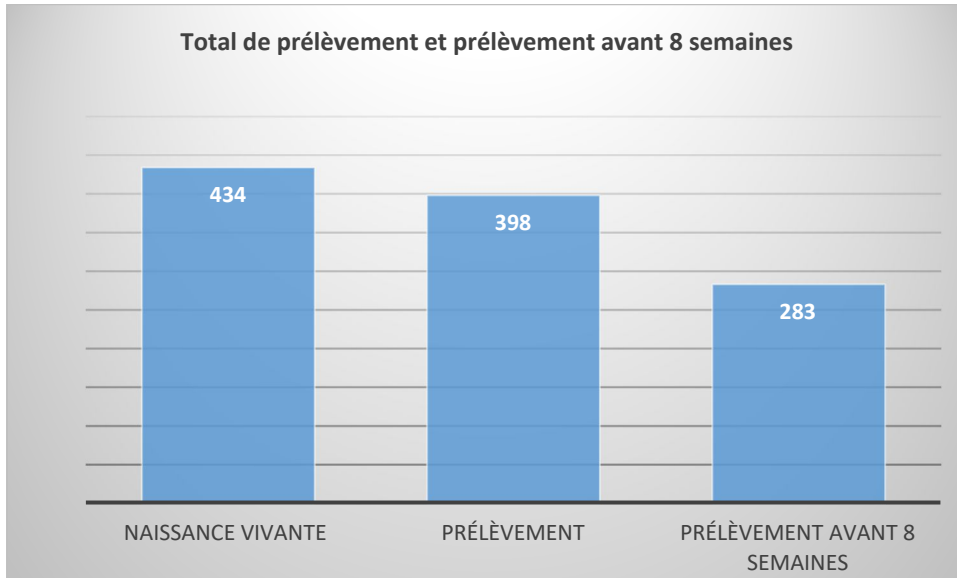


Figure 3 : Nombre de prélèvements pour le dépistage précoce réalisés et nombre de résultats rendus

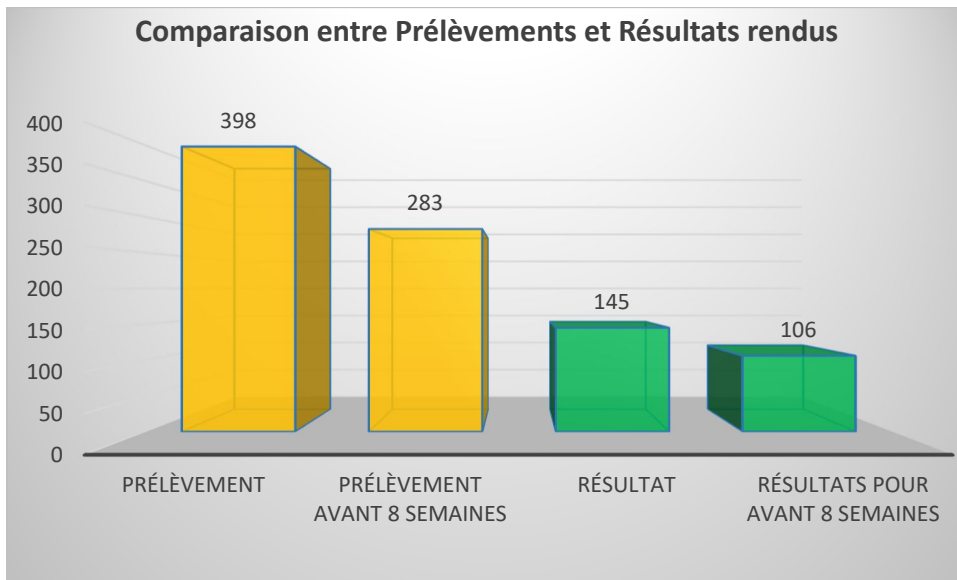


Figure 4 : Répartition du taux de prélèvement en fonction de l'âge

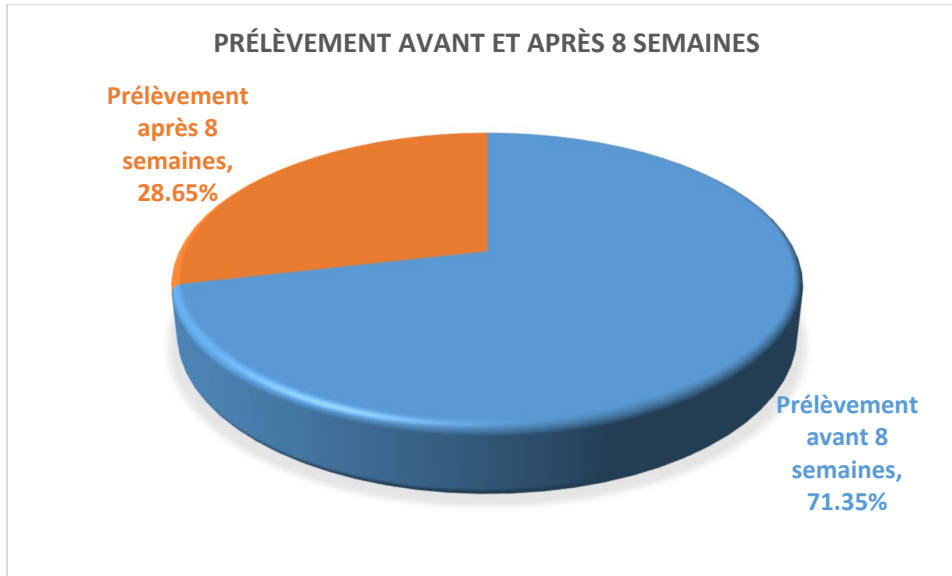
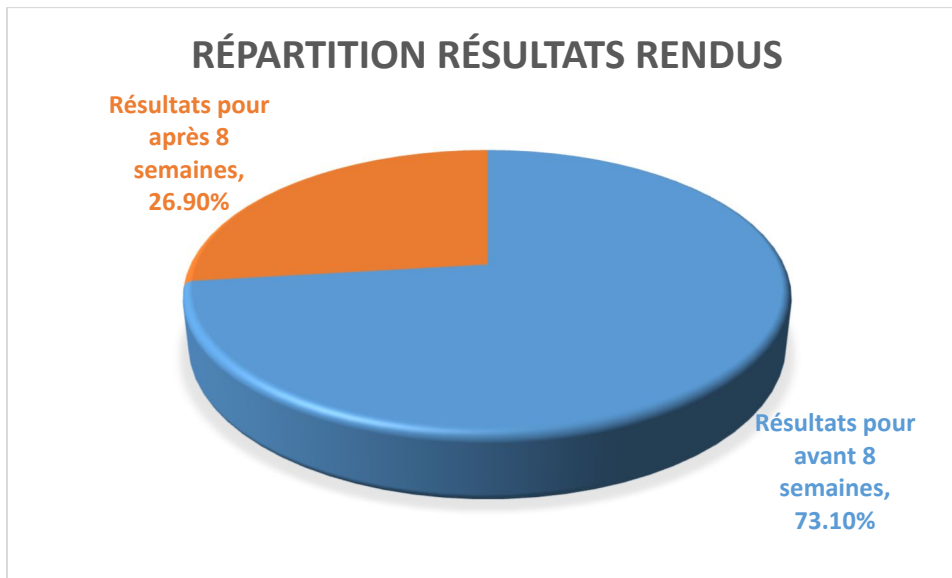


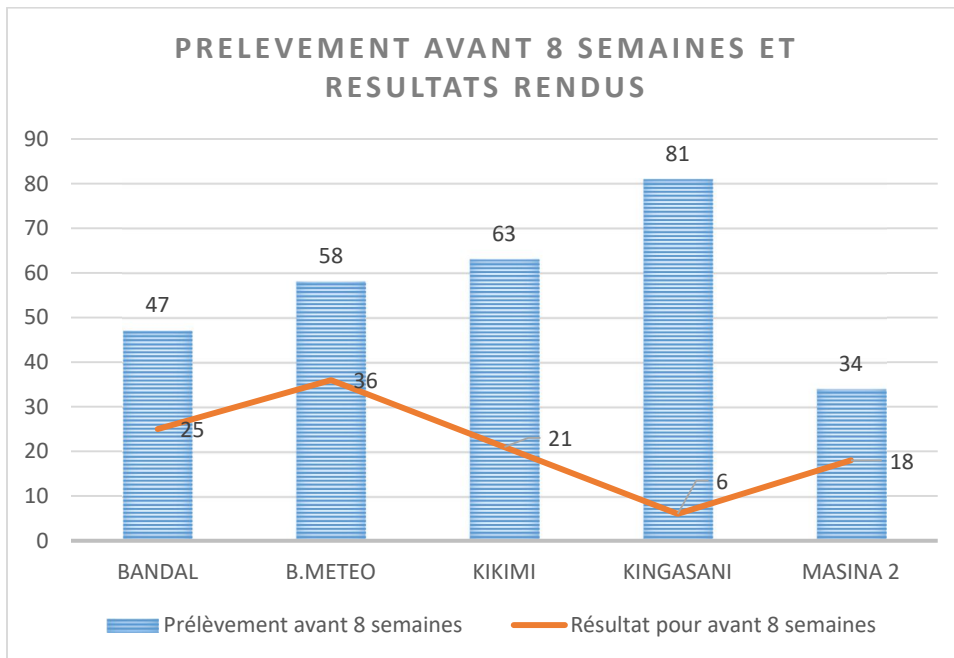
Figure 5 : Répartition du taux de rendu de résultats en fonction de l'âge



Sur les 283 prélèvements réalisés chez les enfants avant l'âge de 8 semaine, la figure 6 montre la contribution de chaque zone de santé. Le nombre de prélèvement le plus élevé est de 81 réalisé à Kingasani et le nombre le plus bas est de 34 réalisé à Masina II.

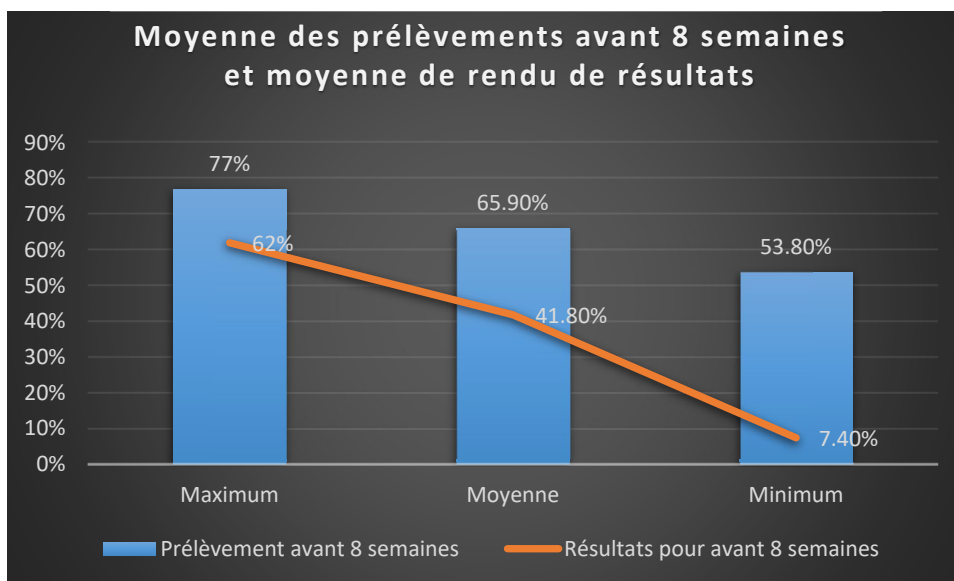
Des 106 résultats rendu pour les prélèvements réalisés avant l'âge de 8 semaines, la figure 6 nous montre aussi la contribution pour chaque zone de santé. La zone de santé de Binza Météo a reçu 36 résultats et celle de Kingasani a reçu le moins de résultats donc 6.

Figure 6 : Répartition de prélèvement avant 8 semaines et rendu des résultats par zone de santé



Sur le total des 434 naissances vivantes pour les 5 zones de santé, la figure 7 nous montre un taux moyen de prélèvement pour le dépistage précoce avant 8 semaines de 65,90% pour les cinq zones de santé couvertes par le projet et un taux moyen de rendu de résultats de 41,80%.

Figure 7 : Taux moyen de dépistage précoce avant 8 semaines et taux moyen de rendu des résultats



Existence, utilisation et complétude des outils de collecte des données

22 structures sanitaires ont été visitées et un total de 78 outils de collecte ont été vus et consultés : 27 RSA, 25 RCME et 26 TBEE. Sur ces 22 structures sanitaires, 3 d'entre-elles ne possèdent pas de Salle d'accouchement.

Les outils de collectes des données existent et sont utilisés dans les structures sanitaires. Sur les 25 RCME consultés, 4 étaient complets soit 16% et sur les 26 TBEE consultés (Image 1.), 4 étaient complets soit 15,38% (Tableau 1.)

Concernant la complétude, seul le registre de la Salle d'accouchement était complet dans la plupart des sites, les autres registres manquaient soit la date effective du prélèvement pour le dépistage précoce, soit le résultat rendu.

Tableau 1 : Existence, utilisation et complétude des outils de collecte des données

	Registre Salle d'accouchement	Registre Couple Mère-Enfant	Tableau de Bord des enfants exposés
Existence	27	25	26
Utilisation	27	25	26
Complétude	24	4	4

Image 1. : Tableau de bord des enfants exposés

N° d'ordre	Code femme	Code bébé	Date de naissance du bébé	Date RDV pour PCR1 à 6 semaines	Date RDV pour PCR1 réalisée	Date RDV pour PCR1 contrôlé si PCR1 positif	Date RDV pour PCR1 réalisé, Résultat	Date RDV pour sérologie à 9 mois	Date Sérologie 9M réalisée	Date RDV pour PCR2 à 9 mois (si sérologie à 9M +)	Date RDV pour PCR2 réalisée, Résultat	Date RDV pour sérologie à 18 mois	Date Sérologie 18M réalisée	Observations
1.	102615 113512	1026101 13512	14/2/2019	3/10/19	3/10/19			29/5/20	29/5/20		13/8/20 14/9/20	14/11/20	14/12/20	de l'ortho au pédiatre
2.	200000 1058	200000 1058	3/10/19	21/11/19	22/11/19			30/7/20	30/7/20		14/12/20	14/12/20	14/12/20	de l'ortho au pédiatre
3.	201910 2202	201910 2021	30/12/2019	12/2/20	26/12/19 11/2/20			30/7/20	30/7/20		14/12/20	14/12/20	14/12/20	de l'ortho au pédiatre
4.	1026010 1-190 80	1026010 1-2001 05/1	13/3/19	-	11/01/20 25/3/20			11/01/20	11/01/20		13/9/20	13/9/20	13/9/20	PdV
5.	1026010 1-200 18	1026010 1-20018 05/2	4/3/20	-				17/12/20	21/1/21 21/1/21		20/12/20	21/12/20	21/12/20	
6.	0093/c	0093/1	21/3/2020	5/11/2020	28/11/2020			13/6/2020	28/1/20		23/2/2020	23/2/2020	23/2/2020	
7.	200000 983	200000 983	25/3/21	25/3/21	25/3/21								02/03/2021	
8.	13004	13001/1	24/5/21	7/7/21	24/5/21								19/11/21	
9.	18014	18014/3	25/1/21	18/1/21	18/1/21								23/1/21	
10.	21001	21001/1	12/1/21	30/1/21	04/10/21								05/1/2021	

NB : Commencer à remplir dès que l'enfant est né (enfant né vivant)

2. Analyses qualitatives

Tableau 2 : Grille d'analyse synthèse de tous les entretiens

GRILLE D'ANALYSE																				
Thématique	Code pour Personne Interviewée																	OCCURRENCE		
	PE_MIK	PRE_MIK	MIN_MIK	PRE_CBCO	PE_CBCO	PE_MAT-B	PRE_MAT-B	MN_MAT-B	MN_ELO	PRE_ELO	PE_ELO	MN_CHK	PE_CHK	PRE_CHK	PE_MAP	PRE_MAP	MN_MAP		PRE_NGA	MN_NGA
1. Présentation de l'interviewé																				
1.1 Année d'expérience	6	2		13		8	7		5	12		7	10	18	15		9		6	
1.2 Plus d'un enfant			X				X	X			X					X				5
1.3 Sans emploi	X		X		X	X	X	X		X	X	X		X		X		X	X	13
2. Connaissance sur l'origine du message																				
2.1 Formation	X			X		X	X		X	X		X	X		X		X		X	11
2.2 Briefinf local	X	X							X											3
2.3 Boîtes à Image				X						X		X		X						4
2.5 Bon suivi de l'enfant	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X		15
3. Qualité du message sur DPEE																				
3.1 Message de la CPN	X	X		X		X			X	X		X					X		X	9
3.2 Counseling	X	X		X	X	X	X		X			X		X	X		X			11
3.4 Calendrier de dépistage	X			X					X	X		X		X	X		X		X	9
3.5 Refus					X	X														2
3.6 Douleur mais acceptation	X			X			X	X	X	X	X	X	X		X	X	X			12
4. Facteurs influençant le DPEE																				
4.1 Rappel téléphonique		X		X			X	X		X	X	X	X		X	X			X	11
4.2 Visite à domicile	X	X			X		X		X			X		X	X				X	9
4.3 Prélèvement dans la structure		X		X	X		X		X	X	X		X	X	X	X			X	12
4.4 Prélèvement à domicile					X														X	2
4.5 Counseling et Importance de l'accompagnement		X							X		X	X		X	X	X		X		9
4.6 Disponibilité matériel						X				X				X				X		4
4.7 Partage du statut sérologique	X	X			X	X	X		X					X					X	8
4.8 Rendu des résultats		X	X	X	X	X	X		X	X	X		X		X		X		X	13
4.9 Adhérence	X		X		X		X		X			X	X						X	8
4.10 CPS		X		X					X				X							4
4.11 Autres raisons												X		X		X		X		4
5. Recommandations																				
5.1 Remboursement transport	X					X						X	X	X					X	6
5.2 Matériel de prélèvement									X	X		X		X	X		X			6
5.3 Crédit de téléphone					X								X							2
5.4 Groupe d'auto-support	X												X			X			X	4
5.5 Rendu Résultat						X		X			X	X		X					X	6

Présentation de l'interviewé

La majorité des prestataires des soins (PRE) et Pairs-éducateurs (PE) ont entre 5 et 18 ans d'expérience dans le domaine respectivement de la PTME et de la paire-éducation. Seule une prestataire de soins a plus de 5 ans dans sa structure mais seulement 2 ans dans la PTME.

Tous les paires-éducateurs et les mères VIH+ sont sans emplois. Et la majorité des mères ont plus d'un enfant déjà dépisté dans la structure sanitaire.

Concernant l'origine du message lié au dépistage précoce des enfants exposés

Il ressort que la majorité des prestataires de soins au niveau de la PTME ainsi que les Paires éducatrices (Mères-mentor) ont reçu une formation à cet effet.

« Nous avons été formé ! » PE_MAT-B

« Le message que nous donnons aux femmes, ce sont de messages ..., d'abord pendant les multiples formations que nous avons reçues, il y a toujours des messages clés qu'on donne aux femmes enceintes ; et puis on a aussi des boîtes à images où nous puisons des messages par là. » PRE_CBCO

« ... les partenaires nous donnent premièrement une formation avant de travailler dans ma PTME, ... à chaque innovation, ... » PRE_ELO

« ... Nous avons été formés pendant le projet ProVIC en 2015 ... » PE_CHK

« Nous étions dans des formations dans lesquelles on nous apprend comment les femmes porteuses du virus du VIH et qui sont enceintes. Comment les conseiller, comment les gérer afin que celles qui sont positives vivent bien leur période de grossesse. Nous élaborons aussi des chansons, nous chantons..., Nous parlons de la nutrition, nous proposons des examens pour aider les femmes à vivre avec leur grossesse jusqu'à l'accouchement et après comment prendre soin du bébé » PRE_MAP

Certaines mères-mentor mettent un accent sur leur expérience de la vie, expérience mise à profit pour véhiculer le message de la PTME à d'autres femmes séropositives.

« Le message vient aussi de nous-même vu l'expérience que nous avons. Nous nous sommes portées volontaires dans ce travail afin d'aider celles qui viendront après nous, pour le bien de leurs enfants et leurs familles » PE_CHK

« Moi, pour donner ce message, j'utilise toujours mon exemple à moi-même. Je leur dis que je suis venu dans ce monde du VIH sans mari et sans enfant ? Et c'est dans ce monde que j'ai trouvé un mari et aussi j'ai eu mes trois enfants qui sont tous dépistés négatifs. Si je donne à une personne ce conseil là et que je lui montre la photo de mes enfants, ... en tout cas, la personne trouve qu'à la fin que tout est normal. Pour être mère-mentor, il faut sortir de la clandestinité, il faut pouvoir divulguer son statut et avoir le courage de le dire aussi à d'autre. » PE_MAP

En plus des formations reçues, les prestataires et les paires-éducateurs bénéficient des briefings directement au niveau des formations sanitaires.

« ... le personnel du projet IHAP vient pour nous briefer sur comment prendre en charge une femme séropositive, son suivi jusqu'à l'accouchement... Je n'ai jamais participé à une formation formelle. Juste les briefings sur terrain ... » PRE_MIK

« ... nous recevons une formation ou encore des briefing ... » PRE_ELO

A la question de connaître l'importance du dépistage précoce des enfants exposés, la majorité des participants a reconnu son importance et a rajouté que la protection et le bon suivi de l'enfant dépendent de cet examen.

« ... c'est pour protéger l'enfant afin qu'il ne soit pas atteint du microbe du VIH » PRE_MAP

« ... pour moi, ce dépistage est bien. Parce qu'on veut connaître l'état de l'enfant afin de bien le suivre. » MN_NGA

« Oh ! Cet examen est vraiment très important. Vous ne pouvez pas mettre au monde un enfant, vous connaissant VIH positive, et ne pas vouloir connaître l'état de votre enfant ! D'ailleurs pour moi c'est vraiment une joie que de faire cet examen là ... » MN_MAT-B

« Oui, cet examen est important au 45^{ème} jour. Il va permettre de savoir si moi la maman je suis adhérent au traitement et si l'enfant est bien aussi ... » MN_CHK

« ... parce que quand l'enfant naît, il a encore les anticorps de sa maman. Alors ce dépistage va nous permettre de savoir si l'enfant a le virus ou pas afin d'assurer son suivi. » PE_MAT-B

« ... c'est pour nous permettre de savoir si l'enfant est infecté ou pas afin de pouvoir faire son suivi et les reste des tests. » PE_ELO

« ... pour permettre un bon suivi des enfants et de leur maman aussi dans leur traitement ARV » PE_MIK

A cette même question, une paire-éducatrice trouve que cet examen n'est pas important vu qu'à la naissance, le nouveau-né possède encore les anticorps de sa maman.

« ... Mais moi je vois que ce n'est pas important vu que les enfants naissent avec les anticorps de la maman. » PE_CBCO

Qualité du message sur le dépistage précoce

A la question de savoir comment est élaboré le message sur le dépistage précoce des enfants exposés au VIH, il ressort que le point de départ chez la majorité des prestataires et paires-éducateurs est que ce processus commence au niveau de la Consultation prénatale (CPN), que c'est à l'issue du résultat VIH positive de la femme enceinte que le suivi du couple Mère-enfant commence et que le message sur le dépistage du bébé est transmis.

« C'est après l'annonce que nous allons lui faire voir tous ces aspects-là. Comme nous commençons avec toi enceinte, à chaque fois que tu viens ici pour la CPN, nous devons nous rencontrer. Cela nous permet de la suivre et de l'approvisionner en médicaments dès la CPN. Nous devons déjà savoir la date de son accouchement, la suivre jusqu'au jour où on va projeter le 45^{ème} jour de l'enfant. Donc nous et les prestataires, nous travaillons de commun accord »
PE_MAT-B

« Oui, si les femmes viennent à la consultation prénatale, d'abord nous avons la causerie éducative, et puis on insère aussi la prévention du VIH de la Mère à l'enfant, humm ... On fait le counseling pré-test, le dépistage et le counseling poste-test. Si la maman est positive, là on va vraiment parler à la dame-là sur elle-même et sur le futur bébé que nous attendons nous tous. A la naissance on va faire le dépistage, ... il faut que la maman sache cela. Avant d'abord, au dernier trimestre, on lui remettra la Névirapine, on va déjà lui montrer comment l'enfant va prendre ça et pendant combien de temps. Après la naissance du Bébé, on lui fera le dépistage à la 45^{ème} minutes, hé pardon (elle se tiens la tête) 45^{ème} jours j'allais dire. Pas minutes, 45^{ème} jour. Là on fait le PCR 1. Et puis on attend les résultats entre temps l'enfant est sous prophylaxie. » PRE_CBCO

« ... Nous commençons d'abord par un message concernant les différentes maladies de façon général lors de séances des CPN. Ensuite nous parlons du VIH de façon particulière et commençons notre counseling en groupe. C'est lors des consultations individuelles que nous faisons un counseling individuel et proposons test le VIH... » PRE_NGA

La majorité des participants a ressorti le fait que le counseling est très important dans ce processus. Il ressort qu'un counseling bien fait emmène très rarement à un refus de la part des mères.

« ... Ce n'est pas facile pour les mamans de recevoir ce message sur le dépistage précoce de leur enfant. Mais avec le counseling bien fait au départ en leur montrant les différentes voies de transmission, l'existence du traitement et un certain comportement de vie à adopter, cela nous aide beaucoup... » PRE_MIK

« Pour moi, si les mamans respectent ce RDV, c'est parce qu'au counseling nous y insistons. Et aussi le premier jour, ... l'accueil dont elle a eu droit, les conseils lui prodigué lui ont permis de ne pas avoir peur. Nous lui donnons toutes les informations sur le suivi de la grossesse, l'accouchement et le suivi de l'enfant, ... Vraiment si tout ça est bien dit lors du premier counseling, cela pose moins de problème plus tard. » PE_MAP

« ...Même au premier jour du dépistage de la maman, pendant nos entretiens, nos counseling, ... on parle à la maman de ce qui va arriver, de comment on va suivre l'enfant, comment on va faire le dépistage précoce et comment on va faire la prise en charge de l'enfant pour éviter que l'enfant soit contaminé... » PRE_CHK

« ... nous commençons lors de notre premier contact avec les mamans lors des CPN. Après que le prestataire ait testé une maman et que son résultat est positif, il lui informe qu'il y a des personnes avec qui elle peut parler afin qu'elle puisse les écouter aussi. Ensuite j'emmène la maman dans un endroit calme rien qu'elle et moi, je me présente, je lui dis aussi mon état, ..., Oui. Je lui dis que ce qu'on vient de te dire, moi aussi, on m'a dit la même chose un jour. Mais

pour que je sois aujourd'hui comme tu me vois, j'ai accepté ce que les soignants m'ont donné comme conseils, j'ai accepté de prendre les médicaments, j'ai mis au monde des enfants qui sont négatifs, ... donc toi, n'aie pas peur. Si tu es positive, ce n'est pas grave, tu seras en bonne santé si tu acceptes les médicaments, tu acceptes que tu sois tel qu'on te l'a annoncé. En prenant ton médicament, il faut être adhérent au traitement jusqu'à ce que tu ailles accoucher. Lors de l'accouchement aussi il y a un danger qui existe, d'où tu dois accoucher dans un centre où on va bien te prendre en charge afin que l'enfant naisse bien, qu'il ne soit pas infecté. Après je vais la préparer avant son accouchement sur le RDV de son enfant à 45 jours afin de savoir si l'enfant est infecté ou non. » PE_CHK

« ...OK ; Au départ si on donne le message, ce n'est pas facile pour que la maman accepte facilement. Mais si on fait un bon counseling, en lui disant que si on fait tout cela c'est pour protéger ton bébé. Et puis elle va accepter » PRE_CBCO

Il ressort aussi que la volonté de la mère joue pour beaucoup dans la décision d'adhérer au traitement et de ramener l'enfant pour le dépistage précoce au VIH malgré un counseling bien fait.

« Oui... Chaque maman reçoit ce message de sa façon. Une maman, vraiment..., suivra ce message et ce conseil jusqu'à la fin. Mais d'autres n'arrivent pas jusqu'à la fin. Elle a entendu le message, mais elle a des doutes qui planent dans sa tête genre « Est-ce que mon enfant ..., je ne sais pas s'il aura quel résultat ? ... ». Il y a aussi d'autres, parce que nous voyons cela, elle refuse catégoriquement de revenir. Il y a une qui m'a dit qu'elle refuse de mourir, elle préfère que ça soit comme ça, qu'elle ne sache rien. Alors que c'est faux ! » PE_MAT-B

« Il y a beaucoup qui viennent aussi en retard. Tu lui dis tout ce qu'elle doit savoir, ... vous vous entendez bien, tu lui donnes les médicaments pour elle et pour l'enfant, ... mais quand elle sort de la maternité ... elle a ses raisons. Le jour du PCR de l'enfant, elle ne vient pas, il faut l'appeler au téléphone pour savoir pourquoi elle n'est pas venue. Je peux même l'avoir appelé la veille, lui rappelant le RDV, mais elle ne se présente pas. Et après elle te dira qu'elle a oublié » PE_CHK

« Il y a aussi certaines mamans que nous connaissons, des « têtues », ça ne manque jamais. Elles ne respectent jamais les rendez-vous. Vous pouvez leur donner un RDV, elle se présente 3 mois après en donnant des raisons inutiles. Ce sont ces genres de mamans qui nous donnent des maux de tête à moi et à la mère-mentor. Pas d'adresse fixe, ... » PRE_ELO

Concernant le calendrier du dépistage de l'enfant exposé, celui-ci est établi de la manière suivante : Premier dépistage au 45^{ème} jour (donc à 6 semaines), un deuxième dépistage à 9 mois et un troisième dépistage à 18 mois. L'enfant est déclaré VIH négatif si son dépistage à 18 revient négatif et de ce fait, il est sorti du programme. Cette notion est bien évoquée chez la plupart des prestataires et des paires-éducateurs.

« Nous leur faisons voir qu'à 6 semaines nous allons prélever, à neuf mois aussi nous allons prélever et à 18 mois aussi nous allons prélever. Ce qui est vrai est que si nous prélevons à 6 semaines et que le résultat nous revient positif, c'est que le Bébé est VIH positif. Et si c'est nous revient Négatif, nous continuons le processus vu que l'enfant continue à allaiter donc il reste toujours exposé. Nous disons à la maman qu'à 9 mois, nous ferons la sérologie et ensuite nous

sortirons l'enfant du programme jusqu'à une année et six mois. Donc à 18 mois... Oui, c'est à cet âge que l'enfant sortira du programme PTME » PE_MAT-B

« Bon, le calendrier... hein... on a ...hummm ...trois dépistages qu'on fait chez l'enfant exposé. Si le premier PCR nous reviens négatif, on continue, on évolue. Si c'est positif, c'est un enfant qui n'est plus exposé, on va le transférer à la prise en charge parce que c'est déjà positif. Si le premier PCR au 45^{ème} jour est négatif, on fait à 9 mois le PCR 2, à 12 mois on ne fait que le test avec le Determine et puis à 18 mois on fait aussi le Determine. La PCR on le fait à 45 jour et à 9 mois de vie de l'enfant. » PRE_CBCO

En ce qui concernent les sentiments éprouvés par les mères lors du prélèvement de sang sur carte « Dry Blood Spot » (DBS), la majorité des mères éprouve de la douleur mais accepte ce prélèvement pour le bien de l'enfant.

« Mais le premier, le premier PCR c'est vraiment douloureux pour la Maman. Le fait de piquer l'enfant, elle voit comment l'enfant pleure, comment on est en train de prélever, il y a des mamans qui ..., hein !... ça leur fait trop mal. Mais on continue toujours à les conscientiser les mamans. » PRE_CBCO

« ... Et d'autres se font beaucoup de souci à force de voir comment nous piquons l'enfant, elles ont un peu peur des éventuels résultats ... » PRE_MAT-B

« ... ça me faisait mal parce je ne sais pas quel sera son résultat, mais je priais toujours mon Dieu que son résultat revienne négatif. » MN_ELO

« La façon dont on prélève ! ça me fait très mal de voir l'enfant pleurer... et avec le cœur d'une maman, c'est difficile à supporter, ah mon Dieu pourquoi ça à mon enfant ... Mais que Dieu fasse grâce afin que ceci prenne fin. » MN_MAP

Facteurs influençant le dépistage des enfants exposés

La plupart des interviewées affirme le fait que malgré la date de rendez-vous remise à la mère pour le dépistage de l'enfant à 6 semaines de vie, des rappels téléphoniques sont aussi effectués pour rappeler. Ils affirment aussi que si la mère manque à son rendez-vous, des appels sont aussi effectués un ou deux jours après pour lui rappeler.

« ... Mais rien n'empêche que nous appelions. Parce qu'on appelle toujours. Il peut y arriver qu'elle ne puisse pas répondre au RDV et après un ou deux jours, on est obligé d'appeler. On fait vraiment ce suivi-là. » PE_MAT-B

« ... Après la CPS... d'abord avant... deux jours avant on les rappelle « tu sais qu'après la CPS tu vas nous voir ? » Et chaque qu'il y a CPS et que nous savons que nous avons des attendus, nous-même on va là-bas, voir les mamans si elles sont là et après les signaler, ... qu'après vous venez nous voir. » PRE_CBCO

« ... Avant que je vienne, on me rappelle au téléphone en disant « Maman tu sais que ton RDV est pour telle date ? » et moi je réponds « Oui, je sais ». » MN_CHK

« ... à l'approche de cette date, nous prenons notre registre et nous rappelons aux mamans leur RDV afin qu'elles n'oublient pas. ... Oui, nous rappelons au téléphone. » PE_MAP

En plus des appels téléphoniques, les paires-éducateurs (Mères-mentors) sont appelées à faire des descentes sur terrain, des visites à domicile afin de persuader les mères à revenir avec les enfants pour le dépistage précoce.

« ... Si non, je vais m'organiser pour descendre sur terrain chez elle, si et seulement si elle m'avait au préalable donné l'autorisation d'arriver chez elle. Parce qu'il y a d'autres mamans qui nous disent de ne pas venir chez elle et que tout se fera au téléphone. Pour celle qui nous ont donné l'autorisation d'arriver chez elle, nous descendons si elle ne s'était pas présentée (on toque à la porte deux fois), nous demandons le pourquoi de son absence, et proposons de revenir au centre. » PE_CBCO

« ... Deux jours après si elle ne se présente toujours pas, la mère-mentor va descendre sur terrain afin de la retrouver et la ramener au centre pour le prélèvement. » PRE_ELO

« ... Si elle avait accepté les visites, là il faut faire une descente à domicile. Arrivé sur place, la maman verra vraiment que c'est sérieux et pourra se décider de revenir au centre. » PE_CHK

« ... Et comme nous nous sommes convenus que je peux passer chez elle à la maison, je suis passé la voie chez elle mais elle n'était pas là. On m'a dit qu'elle est allée passer la période post-accouchement dans sa belle-famille. Arrivée sur place, elle a voulu paniquer mais je lui ai fait signe de ne pas paniquer... » PE_MAP

Les prélèvements pour le dépistage précoce se font dans les formations sanitaires et il peut aussi arriver que ce prélèvement se fasse à domicile parce que les paires-éducateurs (Mère-mentor) ont été formés pour ça.

« Le prélèvement est fait ici chez nous au laboratoire par la technicienne de laboratoire, ... moi j'observe encore. ... au besoin la mère mentor peut aller faire le prélèvement chez un enfant à la maison parce qu'elle est formée pour ça aussi. » PRE_MIK

« ... nous demandons le pourquoi de son absence, et proposons de revenir au centre ..., S'il s'agit du prélèvement pour la PCR de l'enfant, et si les conditions de prélèvement et de confidentialité surtout sont réunies, je peux prélever sur carte DBS sur place... » PE_CBCO

« Le prélèvement des enfants se fait de notre box de laboratoire là-bas (elle montre du doigt la porte du box). C'est là où nous mettons tout notre matériel. Quand la maman entre, on lui fait asseoir et nous prélevons sur carte DBS le sang de l'enfant. » PRE_MAT-B

« ... ce prélèvement se fait par le technicien de laboratoire au niveau de notre laboratoire, ... si la maman ne veut pas venir et si elle m'autorise de faire le prélèvement chez l'enfant à la maison, je peux le faire aussi ... » PE_NGA

« Il nous arrive de faire des prélèvements à domicile. Le projet a déjà accepté cela et si au besoin nous devons le faire, nous le faisons » PE_CHK

La majorité des participants a soulevé le fait que la bonne adhérence au traitement au niveau de la mère a une bonne action sur la santé de celle-ci et influe beaucoup sur le respect et le suivi des RDV de l'enfant exposé.

« ... Tu vois, quand j'étais enceinte, je prenais des médicaments pour moi-même et cela était bien aussi pour l'enfant. Et après sa naissance, c'est aussi important de connaître l'état de l'enfant, ... savoir si l'enfant était vraiment bien depuis le ventre jusqu'à la naissance »
MN_MIK

« ... je contrôle si elle vient au rendez-vous ou si elle ne vient pas ; est-ce qu'elle est adhérente au traitement, est-ce qu'elle prend ses médicaments ; je dois m'assurer qu'elle prend bien ses médicaments normalement à la maison » PE_CBCO

« ... Et en deuxième c'est de bien prendre les médicaments. Si tu prends bien les médicaments, toi et ton enfant vous serez toujours en bonne santé mais si tu négliges de prendre les médicaments, tu n'auras pas tous les avantages. C'est mon conseil au PVVIH. » MN_ELO

« ... tu seras en bonne santé si tu acceptes les médicaments, tu acceptes que tu sois tel qu'on te l'a annoncé. En prenant ton médicament, il faut être adhérent au traitement jusqu'à ce que tu ailles accoucher... » PE_CHK

La majorité des participants a soulevé l'importance du counseling et de l'accompagnement de la mère VIH positive entant patiente d'abord puis entant mère d'un enfant exposé ensuite.

« ... Il y a d'autre c'est comme si elle ne comprend rien de rien de tout ce que tu lui dis, sur le but de la prise des médicaments, le danger, ce qui pourra lui arriver, ... Donc dès fois on a la langue sèche à force de parler mais tu remarques qu'elle n'a rien compris. Mais à celle qui comprennent, surtout si elle était perdue de vue, quand on essaie de lui faire voir certains aspects de choses, parler avec elle, la conscientiser, ... elle reviennent à la raison. Et surtout si au départ le counseling était bien fait ... c'est pourquoi on insiste beaucoup sur le counseling... » PE_MAT-B

« Vraiment pour cette infirmière (elle cite son nom), elle m'a beaucoup aidé. J'avais très peur au début. Mais elle m'encourageait toujours, elle me faisait beaucoup de bruit si je manque à un seul rendez-vous et m'exhortait toujours à respecter mes rendez-vous. C'est son courage et sa détermination pour mon suivi qui m'a aussi motivé à bien suivre les rendez-vous de mes enfants. » MN_ELO

« Oui, les messages nous fortifient. Pour moi-même d'abord, ... s'il n'y avait pas ces conseils, moi j'allais perdre ma vie. Quand je suis arrivée ici, les premiers jours, j'étais trop triste. Je me disais que je suis à la fin, que ma vie s'arrêtait là. Suite aux conseils des mamans qui savaient nous conduire, elles m'ont vu et ... elles m'ont dit que la vie ne s'arrête pas, qu'il y a des gens que tu vois en route tu ne connais pas leur état. Il est mieux pour toi de connaître ton état, tu dois savoir comment te protéger, comment te préserver, ... suite à leur conseil et leurs encouragements ... leur suivi dans notre traitement, ... Elles nous ont interdit le souci et cela nous a permis de bien nous tenir. » MN_MAP

Les participants ont insisté sur le fait que le rendu des résultats des enfants pose beaucoup de problème, et aussi que ces derniers se font vraiment en retard.

« Le prélèvement s'est fait ici. Ils ont prélevé l'enfant. Mais cet examen jusqu'aujourd'hui, je n'ai jamais reçu de résultat » MN_MIK

« Oui. Notre problème c'est... c'est les résultats. Les résultats des ... PCR, ça nous revient difficilement, ... en retard toujours, même la charge virale » PRE_CBCO

« Oui, cela les démotive parfois. Nous sommes obligés d'utiliser des stratégies pour qu'elles nous ramènent les enfants à dépister en attendant les résultats antérieurs, en lui donnant par exemple les médicaments pour un jour pour les pousser à revenir le lendemain avec les enfants. » PRE_MAT-B

« Une autre inquiétude est sur le fait que les résultats traînent à nous revenir. Je suis vraiment dérangé. Je leur donne le numéro de téléphone, nous parlons bien... nous sommes vraiment bien ensemble. Il y a plusieurs mamans dont les résultats de leurs enfants traînent encore depuis le mois d'août, il n'y a toujours pas de résultats et moi aussi je suis dérangé » PRE_ELO

A la question de savoir quels sont les situations qui influent sur le retard du dépistage ou le non dépistage précoce des enfants exposés au 45^{ème} jour, les participants ont donné quelques situations à savoir :

- Le Non partage de la sérologie entre partenaire,

« La première raison c'est le Partage. C'est le partage qui tue maintenant. Humm... Le partage de la sérologie entre ... surtout si c'est une femme ... Oui. C'est la première raison qui tue. Parce que dès qu'une personne a déjà partagé, elle a aussi certaines facilités. Parce que sans ça, la femme a du mal à sortir avec le bébé... » PE_MAT-B

« ... les mamans qui nous posent beaucoup de problèmes sont celles qui n'ont pas encore partagé leur statut sérologique à leur conjoint ou leur proche. Celles qui ont déjà partagé ne nous posent pas de problèmes, ... celle qui n'ont jamais partagé leur statut, posent beaucoup de problème en commençant par leur propre prise de médicament, et pour le prélèvement de l'enfant, c'est encore un autre problème. Si elle vient à la CPS, elle te dit qu'elle est accompagnée et qu'elle ne peut pas entrer dans notre bureau pour éviter les questions venant de son accompagnant » PE_CBCO

« .. Celle qui fuient ce sont vraiment celles qui nous donnent des maux de tête. Elles sont soit ... elles n'ont jamais partagé leur statut sérologique, elles ne savent pas dire la vérité par rapport à leur statut sérologique face à son mari, son conjoint ou partenaire, ou encore face à la famille » PRE_ELO

- Le manque de matériel de prélèvement plus précisément le manque de carte Dry Blood Spot (DBS),

« Donc comme nous sommes au mois de Février, ... Je pense qu'en ce mois je venais de récupérer un enfant, pour premier PCR, le j'ai récupéré à 3 mois. C'était un problème de DBS

...Oui, il n'y avait pas de carte BDS pour le prélèvement. Alors nous l'avons eu hier... »
PE_MAT-B

« Il peut aussi arriver que l'enfant soit là mais il n'y a pas de carte DBS. Et là, il faut aller en chercher dans une autre formation sanitaire voisine. La maman est là en train d'attendre, fatiguée, ... et elle part. Ce sont nos difficultés. » PE_ELO

« Des fois une maman peut se présenter au 45^{ème} jour mais il n'y a pas de carte DBS et elle rentre. Le fait de lui donner RDV et qu'elle se présente, il est difficile qu'elle revienne encore. »
PE_MAP

- Le refus catégorique de la mère suite au doute

« Une maman, vraiment..., suivra ce message et ce conseil jusqu'à la fin. Mais d'autres n'arrivent pas jusqu'à la fin. Elle a entendu le message, mais elle a des doutes qui planent dans sa tête genre « Est-ce que mon enfant ..., je ne sais pas s'il aura quel résultat ? ... ». Il y aussi d'autre, parce que nous voyons cela, elle refuse catégoriquement de revenir. Il y a une qui m'a dit qu'elle refuse de mourir, elle préfère que ça soit comme ça, qu'elle ne sache rien. Alors que c'est faux ! » PE_MAT-B

- Le manque de confidentialité par rapport au lieu de prélèvement

« ... Pour les mamans le prélèvement ne pose pas de problème mais sauf que la confidentialité n'est pas garantie avec notre box ici. C'est aussi l'une des causes qui fait que les mamans ne retournent pas ici pour le dépistage précoce parce les mamans sont dehors, or ici c'est la CPN ... » PRE_CHK

- Le manque de moyen de transport afin d'atteindre la structure

« ... Il y aussi celles qui habitent loin, par exemple une dame qui est suivi ici et habite à BATEKE qui est à plus de 30 km d'ici. Mais comme elle se présente, on ne peut pas lui refuser les soins. » PRE_ELO

Recommandations

A la question de savoir quels conseils ou recommandations l'interviewé peut donner aux responsables du projet concernant l'amélioration du dépistage précoce des enfants exposés, il ressort les recommandations suivantes :

- Une amélioration du montant alloué à leur remboursement de transport de chaque mois pour les paires-éducateurs,

« ... Bon, la descente sur terrain, bien qu'ils nous donnent un remboursement de transport et non un salaire, mais ce transport là ... qu'ils regardent aussi ... Nous avons fait beaucoup de temps dans ce travail... Des fois nous quittons nos maisons, les enfants savent que maman est partie au travail...Oui, Oui, ... Et à ton retour, les enfants peuvent demander « Maman on a demandé ça, ... Maman, on a demandé ça... ». Qu'ils essaient de revoir... » PE_MAT-B

- Une amélioration du quota en crédit téléphonique pour les prestataires et paires-éducateurs

« Il doit améliorer l’approvisionnement en crédit de téléphone. Les crédits que nous recevons est vraiment insuffisant pour faire tout le travail. Nous sommes des fois appeler à utiliser nos propres crédits » PE_MAT-B

- Un approvisionnement régulier en matériel de prélèvement entre-autre les cartes Dry Blood Spot (DBS) au niveau des formations sanitaires

« Le premier conseil que je donnerai est que ... les outils de travail nous pénalisent aussi ... comme par exemple les Cartes DBS. Elles nous arrivent en retard, et quand ça arrive, des fois déjà expirées. Quand nous faisons la demande, on nous recommande d’emprunter dans une autre formation sanitaire ... » PRE_NGA

- Une amélioration du temps de rendu des résultats des enfants

« ... Si le partenaire peut nous aider hein... à nous envoyer les résultats à temps, ça va nous aider aussi à aller de l’avant. Parce que... un ... Un nourrisson chez qui on a fait le PCR au 45^{ème} jour, ... des fois jusqu’à 9 mois on n’a pas encore des résultats. Maintenant vous prélevez encore cet enfant-là ! Vous voyez comment ça fait ? ... » PRE_CBCO

« Concernant ce dépistage, il faut que nous ayons les résultats à temps. Quand nous dépistons, nous devons avoir des résultats à remettre aux mamans. Ils doivent prendre à cœur le rendu des résultats surtout pour les DBS des enfants. La maman peut venir à plus d’un RDV mais nous n’avons toujours pas de résultat à lui remettre. De la même façon que nous nous battons pour dépister les enfants et envoyer les cartes DBS, que ça soit de cette façon qu’ils doivent aussi agir pour nous retourner les résultats. » PRE_MAT-B

DISCUSSION

Afin d’épingler les facteurs influençant le retour des enfants avant 8 semaines de vie, de relever la perception des personnes Vivants avec le VIH (Parents) sur le Dépistage Précoce des enfants exposés au VIH, d’analyser la qualité et l’impact du message sur la sensibilisation au dépistage précoce des enfants exposés, d’épingler les motivations des parents à respecter le rendez-vous de dépistage précoce avant 8 semaine et enfin, de formuler les recommandations visant à améliorer l’accès au Dépistage Précoce des enfants exposés, notre travail a utilisé deux méthodes pour aboutir aux résultats.

La méthode quantitative a permis de calculer un taux moyen de dépistage précoce des enfants exposés avant l’âge de 8 semaines ainsi que le taux de rendu des résultats. Elle nous a permis ensuite de comparer ces différents résultats avec d’autres résultats trouvés dans d’autres études. La méthode qualitative a permis de trouver des résultats qui ont corroboré ou non avec des conclusions d’autres études et a aussi permis de recueillir des recommandations suggérant l’amélioration de l’accès au dépistage précoce des enfants exposés au VIH.

Nos résultats montrent un taux moyen de prélèvement pour dépistage précoce de 65,90 % pour les cinq zones de santé et un taux moyen de rendu des résultats de 41, 80%. Ils vont dans le sens de

l'affirmation de l'OMS sur le taux faible de dépistage des enfants exposés avant l'âge de 8 semaines ainsi que le rendu des résultats qui est inférieur à 50% (13). Ces résultats corroborent avec l'étude réalisée dans la région rurale du North-Central au Nigéria en 2019 par Anaba et collaborateurs sur les opportunités manquées du dépistage précoce du VIH (21). Etude qui a montré que sur les 408 naissances vivantes enregistrées, 257 enfants (63%) ont bénéficié d'un prélèvement pour dépistage précoce du VIH. Par contre le taux de rendu des résultats dans cette étude était de 77,4%, ce qui est de loin supérieur au nôtre. Une autre étude réalisée à Lomé au Togo en 2014 par Bouraima M. et collaborateurs a révélé un taux de 52,7 % d'enfants qui avaient bénéficié d'une PCR-1 à un âge médian de 77 jours et un taux de 41,2 % de rendu de résultats (12). En Éthiopie, 66,2 % des 435 Enfants Exposés avaient des échantillons de DBS prélevés à 8 semaines de vie et environ 81 % de ces EES ont reçu des résultats de PCR ADN dans les 3 mois (22), ce taux de rendu de résultats est de loin supérieur à notre résultat.

Concernant l'origine du message lié au dépistage précoce des enfants exposés

Notre travail montre que les prestataires de soins et les paires-éducateurs ont soit reçu une formation dans le cadre de la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ou bien ils ont reçu des briefings dans leurs structures sanitaires. Donc ils ont des connaissances suffisantes sur le sujet.

Contrairement à notre résultat, l'étude réalisée en Afrique du Sud par Adeniyi et collaborateurs en 2015 (9) a révélé que les participants avaient des connaissances insuffisantes sur le diagnostic précoce du nourrisson, ce qui était une découverte attendue. La pénurie d'infirmières formées et le grand nombre de patients pris en charge par les quelques mains disponibles dans les cliniques communautaires rurales de ce contexte pourraient offrir une explication plausible au phénomène observé.

Certaines mères-mentor mettent un accent sur leur expérience de la vie, expérience mise à profit pour véhiculer le message de la PTME à d'autres femmes séropositives. Ce résultat corrobore les résultats de l'étude réalisée en 2021 au Malawi par Nkhonjera et collaborateur (23) qui a trouvé que les clientes expertes conseillent les femmes à partir de leurs expériences vécues.

Concernant l'importance du dépistage précoce des enfants exposés, la majorité des participants à ce travail a reconnu son importance et a rajouté que la protection et le bon suivi de l'enfant dépendent de cet examen. L'étude de Malawi et celle réalisée au Ghana en 2021 par Ankrak et collaborateur ont montré respectivement que le principal facteur de motivation pour poursuivre le suivi du dépistage précoce des enfants (EID en anglais) chez les mères était d'avoir un enfant sans infection par le VIH (23) et que les mères séropositives avaient une connaissance satisfaisante des questions liées à l'EID et qu'elles ont perçu l'EID comme bénéfique et ont attribué plusieurs raisons à son importance. Certaines mères pensaient que l'EID aidait à déterminer l'état des nourrissons, à éviter la progression de la maladie et aidait au traitement et à la prévention de l'infection par le VIH (24). Ces deux études vont dans le même sens que les résultats trouvés dans notre travail.

Qualité du message sur le dépistage précoce

Dans notre travail, la majorité des prestataires et paires-éducateurs ont répondu que ce processus commence au niveau de la Consultation prénatale (CPN) lors de séance de PTME, que c'est à

l'issue du résultat VIH positive de la femme enceinte que le suivi du couple Mère-enfant commence et que le message sur le dépistage du bébé est transmis.

Notre résultat est comparable à l'étude de Ghana en 2021 (24) dans laquelle les mères ont déclaré que des détails sur l'EID leur avaient été mis à disposition lors des sessions de formation sur la PTME, ce qui suggère les efforts considérables mis en place par les agents de santé pour fournir des informations sanitaires adéquates puisque la sensibilisation des mères aux services EID augmente les chances d'utilisation de ces services. Cela corrobore les résultats de l'étude malawite qui a rapporté que les mères étaient au courant de la disponibilité des services EID (23) et ceux de Kiilu Elizabeth réalisée en 2019 au Kenya (25) qui ont rapporté que les mères appréciaient le programme EID, car il garantissait que leurs nourrissons recevaient une prophylaxie antirétrovirale. De plus, les mères ont reçu des services de conseil des prestataires sur la manière de réduire la transmission mère-enfant.

La majorité des participants a ressorti l'importance de l'entretien et de l'échange entre les prestataires et les mères. Ces dernières signalent que c'est cette bonne relation et les entretiens qui leur ont permis de tenir, de rester en « bonne santé » et de continuer à fréquenter la formation sanitaire pour elle-même et pour leurs enfants. Notre résultat corrobore celle de l'étude ghanéenne qui a trouvé que toutes les mères interrogées ont déclaré que les relations des agents de santé avec elles étaient cordiales et les ont applaudies pour leurs attitudes positives et ont déclaré aussi que le soutien, les encouragements et les informations que leur ont fournis les agents de santé pendant la période prénatale leur ont fait apprécier l'importance des services de dépistage du VIH. Cela les a davantage motivés à continuer d'accéder aux services de lutte contre le VIH pour eux-mêmes et à utiliser les services EID pour leurs nourrissons exposés après la naissance.

Nos résultats montrent aussi que la volonté des mamans joue pour dans la décision d'adhérer au traitement et de ramener l'enfant pour le dépistage précoce au VIH malgré un counseling bien fait, et que leur réticence à revenir à la formation sanitaire se base sur la crainte du résultat de leur enfant et elles préfèrent ne rien savoir. Ceci va dans le même sens que l'étude réalisée en 2014 par Odeny et collaborateurs (26) qui a ressorti le fait que plusieurs femmes séropositives ont déclaré craindre que si elles retournent à la clinique pour faire tester leur enfant, elles apprendront que leur enfant est également séropositif.

Notre travail montre que la majorité des participants connaissent le calendrier du dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Et notre résultat corrobore les résultats de l'étude ghanéenne (24) qui a ressorti que les agents de santé avaient des connaissances adéquates sur l'EID et qui a montré que les mères séropositives avaient des connaissances satisfaisantes sur les questions liées à l'EID. Cela était évident par leurs réponses aux questions sur l'éligibilité au test et les délais pour le test et les tests spécifiques effectués sur les nourrissons exposés au VIH.

Ceci entre en contradiction avec l'étude réalisée en 2015 en Afrique du Sud par Adeniyi et collaborateurs (9) qui a révélé que les participants ne connaissaient pas le moment optimal pour le diagnostic précoce du VIH chez le nourrisson.

Facteurs influençant le dépistage des enfants exposés

Dans ce travail, les mères ont révélé que malgré la date de rendez-vous remise pour le dépistage de l'enfant, des rappels téléphoniques sont aussi effectués pour la leur rappeler. Elles affirment aussi que si elles manquent à leur rendez-vous, des appels sont aussi effectués un ou deux jours après le rendez-vous manqué. L'augmentation du respect des rendez-vous après appel téléphonique a été aussi le résultat de l'étude menée au Cameroun en 2013 par Bigna et Collaborateurs (27), qui a montré que les rappels par téléphone portable des rendez-vous VIH programmés pour les soignants des patients pédiatriques dans les milieux à faibles ressources peuvent augmenter la fréquentation. Et celle menée en 2019 par Odeny et collaborateurs au Kenya (28) a montré qu'il est encourageant de constater que les proportions de nourrissons testés et de mères retenues dans le groupe d'intervention de leur étude d'efficacité étaient élevées (91 % et 90 %, respectivement), d'autant plus que 13 % des femmes du groupe d'intervention n'ont pas ont accès au téléphone.

Les visites à domicile permettent de renforcer les liens de confiance entre prestataires de soins et les mères produisant ainsi un retour facile de celles-ci dans les formations sanitaires pour le dépistage des enfants. Ces visites peuvent aussi permettre le dépistage des enfants à domicile. Ce résultat corrobore les études menées en Afrique du Sud par Thurman en 2016 (29) et Stansert Katzen en 2020 (30), lesquels résultats ont révélé respectivement que le programme de visites à domicile « Future Families » a contribué à l'augmentation des taux de dépistage du VIH chez les enfants bénéficiaires par rapport à ceux vivant dans des circonstances similaires qui n'ont pas reçu les services du programme et aussi qu'il y avait des associations importantes entre les mères recevant des visites à domicile et les tâches de soins maternels protecteurs. Les mères recevant des visites à domicile étaient significativement plus susceptibles de faire les quatre visites prénatales recommandées et étaient plus susceptibles d'allaiter exclusivement à 3 mois. Elles étaient également moins susceptibles d'avoir emmené leurs nourrissons chez un guérisseur traditionnel à 3 mois, protégeant potentiellement leurs nourrissons de pratiques néfastes.

Par contre, nous n'avons pas trouvé d'étude parlant de prélèvement à domicile sur carte DBS pour le dépistage précoce des enfants exposés au VIH.

Le résultat de ce travail révèle que la majorité des participants a soulevé l'importance du counseling et de l'accompagnement par le personnel de santé de la mère VIH positive entant patiente d'abord puis entant mère d'un enfant exposé ensuite. Ceci corrobore les résultats de l'étude ghanéenne (24) qui souligne que les attitudes positives des agents de santé ont facilité l'adoption par les mères séropositives des services d'EID pour leurs nourrissons exposés. Elle souligne aussi que toutes les mères interrogées ont déclaré que les relations des agents de santé avec elles étaient cordiales et les ont applaudies pour leurs attitudes positives.

Ce travail révèle que le rendu des résultats des enfants pose beaucoup de problème, et aussi que ces derniers se fait vraiment en retard entrainant un certain découragement chez les mères. Ce résultat est corroboré par l'étude ghanéenne de 2021 (24) qui a soulevé le long délai de réception des résultats de la réaction en chaîne par polymérase (PCR) et a aussi indiqué qu'il a fallu plusieurs mois pour que les résultats de la PCR reviennent à l'hôpital établissement de santé et par la suite

la mère. Cette même étude révèle que le retard dans la réception des résultats de la PCR a constitué des obstacles à l'utilisation par la mère des services EID pour leurs nourrissons exposés.

Les participants ont évoqué plusieurs raisons pouvant être à la base du retard de présentation ou encore du non-retour des enfants dans les formations sanitaires pour leur dépistage précoce avant la 8^{ème} semaine de vie. Parmi les raisons évoquées, il y a « Le Non partage de la sérologie », ceci corrobore les résultats réalisés par Odeny en 2014 (26) et Kiilu Elizabeth (25) qui ont révélé que les craintes du VIH et de la divulgation empêchent de nombreuses femmes de retourner à la clinique pour les visites post-partum et le dépistage du VIH chez le nourrisson et que la divulgation est un grand obstacle à l'adhésion aux médicaments et à la clinique, tant pour la mère que pour le nourrisson.

« Le manque de matériel de prélèvement plus précisément le manque de carte Dry Blood Spot (DBS) » est une autre raison évoquée dans ce travail. Et l'étude réalisée au Ghana (24) ainsi que d'autres études antérieures au Kenya, en Zambie et au Burkina Faso ont signalé la rupture de stock de cartes DBS comme un facteur contraignant dans la prestation de services EID.

L'autre raison évoqué est « Le refus pur et simple de la mère suite au doute du résultat de son enfant ». L'étude sudafricaine de 2015 (9) a révélé que les raisons de ne pas accéder à l'EID comprenaient la peur de découvrir que leur enfant est séropositif, des sentiments de culpabilité et/ou de honte et d'embarras à l'égard d'élever un enfant infecté par le VIH. L'étude kenyane de 2014 (26) et celle malawite de 2021 (23) corroborent aussi nos résultats. Elles ont trouvé respectivement que plusieurs femmes séropositives ont déclaré craindre que si elles retournent à la clinique pour faire tester leur enfant, elles apprendront que leur enfant est également séropositif, et que certaines femmes hésitent à revenir pour des visites de suivi car elles concluraient également que leur enfant est infecté.

Le « Manque d'intimité par rapport au lieu de prélèvement des enfants » figure aussi parmi les raisons évoquées. Ceci concorde avec les résultats de l'étude réalisée au Malawi en 2021 (23) qui a révélé que les mères des Enfants Exposés se sont plaintes d'un manque d'intimité à la clinique MIP par rapport à la clinique générale de TAR. La clinique du couple mère-enfant (MIP) implique l'intégration de services tels que la clinique prénatale et, par conséquent, elle ne respecte pas le spectre de la vie privée, ce qui pousse les femmes à opter pour elles-mêmes pour un TAR général qui néglige automatiquement l'enfant.

Une autre raison évoquée est « Le manque de moyen financier afin d'atteindre la structure sanitaire ». Certains prestataires et quelques mères ont signalé que le manque de moyens financiers pour atteindre l'hôpital était à la base du fait qu'elle manque un rendez-vous. Ce fait corrobore le résultat de l'étude kenyane (26) qui ressort que l'un des plus grands défis auxquels les mères étaient confrontées était le coût du transport pour se rendre aux cliniques prévues pour les nourrissons et les mères.

Conclusion et Recommandations

En conclusion, les résultats de notre travail montrent un faible taux de retour des enfants exposés pour leur premier dépistage avant l'âge de 8 semaines, et révèlent certains facteurs liés à ce faible taux. Le retard dans le rendu des résultats et le manque des cartes de prélèvement DBS constituent

les principaux facteurs liés au système de santé. Les facteurs maternels sont essentiellement le non partage du statut sérologique entre partenaires, la peur du résultat de l'enfant, le non-retour des résultats des enfants et le manque de moyen de financier lié au déplacement de la mère.

Notre travail a également révélé que les prestataires des soins possédaient une connaissance adéquate sur le dépistage précoce des enfants exposés et que les paires-éducateurs (Mères-mentors) jouaient un grand rôle dans la sensibilisation des mères VIH+, dans leur adhésion aux soins et au suivi ainsi que dans le retour des enfants exposés avant leur 8^{ème} semaine de vie.

A l'issue de ce travail, les recommandations qui en découlent sont les suivantes :

- Aux prestataires des soins : Maintenir la qualité de service de dépistage précoce des enfants exposés au niveau des services PTME en particulier ; Toujours bien conduire les moments de counseling et entretiens avec les mères VIH+ ; Continuer de bien faire le suivi et l'accompagnement du couple mère VIH+ et l'enfant exposé.
- Aux responsables du projet : Améliorer le montant alloué au remboursement de transport des paires-éducateurs ; Améliorer le quota en crédit téléphonique pour les prestataires et paires-éducateurs ; Approvisionner régulièrement les formations sanitaires en matériel de prélèvement entre-autre les cartes Dry Blood Spot (DBS) ; Améliorer le temps de rendu des résultats des enfants exposés après le prélèvement.
- Aux autorités sanitaires du pays : Diligenter d'autres études dont les résultats pourront emmener à maintenir ou changer la politique sanitaire du pays sur la loi portant protection de la personne vivant avec le VIH en ce qui concerne le partage et/ou la divulgation du statut sérologique VIH.

Forces et limites

Ce travail nous a obligé à nous adapter dans la réalité du télétravail qui a perduré tout le long de notre temps de stage. Les réunions d'ensemble prévu n'ont pas été réalisées mais des échanges individuels avec le maître de stage et les représentants de l'organisation au niveau de chaque zone de santé (Health Zone Officer) nous ont permis de mieux évoluer dans ce travail. La suspension par l'organisation des réunions de groupe d'auto-support des patients VIH+ en général et des mères VIH+ en particulier, ne nous a pas permis d'organiser de focus group discussion. Mais l'équipe du projet dans chaque zone de santé et les prestataires de soins nous ont permis de mener des entretiens avec les mères VIH positives suivies dans les structures sélectionnées.

Les perceptions et les expériences des prestataires, paires-éducateurs et mères qui ont participé peuvent être différentes de celles de ceux qui n'ont pas participé à ce travail. Mais nous croyons que les résultats de notre travail fournissent des informations utiles pour l'organisation qui nous a accueilli ; lesquels résultats ont un potentiel d'être validés dans d'autres contextes, ou encore d'ouvrir d'autres pistes d'études ou de recherches.

Une autre limite dans notre travail est que pour des raisons pratiques et de restriction sanitaire, nous n'avons tenu des entretiens qu'avec les mères se présentant régulièrement dans les structures sanitaires, adhérentes et ayant déjà fait dépister de façon précoce au moins un enfant dans la structure sanitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. UNAIDS. (Page consultée le 01/02/22). UNAIDS Data 2021, [en ligne].
https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021_unaids_data
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_book_2021_En.pdf
2. ONUSIDA. (Page consultée le 01/02/22). Rapport mondial actualisé sur le sida — Faire face aux inégalités — Leçons tirées de 40 ans de lutte contre le sida pour les ripostes à la pandémie, [en ligne].
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_fr.pdf
3. UNAIDS. (Page consultée le 01/02/22). Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet 2021, [en ligne]. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
4. Ministère de la Santé République démocratique du Congo. Programme national de lutte contre le SIDA. Guide de prise en charge intégrée du VIH en République Démocratique du Congo. Kinshasa 2020.
5. World Health Organization. (Page consultée le 13/04/22). Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities - June 2013 - WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS, [en ligne].
https://www.unaids.org/en/resources/documents/2013/20130630_treatment_report
6. World Health Organization. (Page consultee le 17/03/22). Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy – June 2017, [en ligne].
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550062>
7. World Health Organization. (Page consultee le 15/04/22). HIV/AIDS Program WHO RECOMMENDATIONS ON THE DIAGNOSIS OF HIV INFECTION IN INFANTS, [en ligne]. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599085_eng.pdf.
8. Britannica, The Editors of Encyclopaedia. (Page consultee le 16/05/2022). Encyclopedia Britannica "polymerase chain reaction" 13 May 2021, [En ligne].
<https://www.britannica.com/science/polymerase-chain-reaction>
9. Adeniyi V O, Thomson E, Goon D T et al. Disclosure, stigma of HIV positive child and access to early infant diagnosis in the rural communities of OR Tambo District, South Africa: a qualitative exploration of maternal perspective. BMC Pediatrics [En ligne]. 26 Août 2015, Vol.15, N°98. [Consulté le 20/04/22]. Disponible sur :
<https://doi.org/10.1186/s12887-015-0414-8>

10. Bobrow E A, Yemaneberhan A G, Phiri M et al. Barriers, facilitators and recommendations for the early infant diagnosis and treatment (EIDT) cascade: A qualitative study in Malawi. *S. Afr. j. child health* [En ligne]. 2016 July, 10(2):116-120. [Consulté le 17/03/22]. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.7196/sajch.2016v10i2.982>

11. Oga M, Brou H, Dago-Akribi H, et al. Acceptabilité du test VIH proposé aux nourrissons dans les services pédiatriques, en Côte d'Ivoire, significations pour la couverture du diagnostic pédiatrique [Acceptability of HIV testing provided to infants in pediatric services in Cote d'Ivoire, meanings for pediatric diagnostic coverage]. *SAHARA J* [En ligne]. 2014;11(1):148-157. [Consulté le 11/03/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1080/17290376.2014.938101>

12. Bouraima M, Salou M, Tchounga B K et al. Accessibilité au diagnostic précoce de l'infection à VIH chez les enfants à risque de Lomé (Togo). *Archives de Pédiatrie* [En ligne]. 2014;21(10):1093-1100. [Consulté le 10/01/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.07.006>

13. ONUSIDA. (Page consultée le 01/02/22). Stratégie mondiale de lutte contre le sida 2021–2026, Mettre fin aux inégalités, Mettre fin au sida [en ligne]. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026-summary_fr.pdf

14. ONUSIDA. (Page consultée le 01/02/2022). Accélérer la riposte pour mettre fin au sida - Stratégie pour 2016–2021 [en ligne]. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_STRATEGY_REPORT_FR_web.pdf

15. ONUSIDA. (Page consultée le 01/02/22). La réponse au VIH en Afrique occidentale et centrale 2021, [en ligne]. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-response-to-hiv-in-western-central-africa_fr.pdf

16. ONUSIDA. (Page consultée le 21/04/22). La réponse au VIH en Afrique occidentale et centrale 2019, [en ligne]. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019_global-aids-report_western-and-central-africa_fr.pdf

17. Ministère de la Santé de la RDC. Plan National de Développement Sanitaire 2016-2020 : Vers la couverture sanitaire universelle. Kinshasa 2016.

18. Ministère de la Santé de la RDC. Secrétariat général. RECUEIL DES NORMES DE LA ZONE DE SANTE. Kinshasa 2006.

19. Ministère de la Santé de la RDC. Plan d'élimination de la transmission du VIH et de la syphilis de la mère à l'enfant 2019-2021. Kinshasa 2019.
20. Health Ministry of KENYA. (Page consultee le 17/03/22). National guidelines for PMTCT Peer education and psychosocial support in KENYA - The Kenya mentor mother program 2012, [en ligne].
http://guidelines.health.go.ke:8000/media/National_Guidelines_for_PMTCT_Peer_Education_and_Psychosocial_Support_in_Kenya_KMMP.pdf
21. Anaba UC, Sam-Agudu NA, Ramadhani HO, Torbunde N, Abimiku A, et al. Missed opportunities for early infant diagnosis of HIV in rural North-Central Nigeria: A cascade analysis from the INSPIRE MoMent study. PLOS ONE [En ligne]. Vol.14, N°7. [Consulté le 17/03/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220616>
22. Girma M, Wendaferash R, Shibru H, Berhane Y, Hoelscher M, Kroidl A. Uptake and performance of prevention of mother-to-child transmission and early infant diagnosis in pregnant HIV-infected women and their exposed infants at seven health centres in Addis Ababa, Ethiopia. Trop Med Int Health [En ligne]. 2017 Jun;22(6):765-775. [Consulté le 05/05/22]. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28407452/>
23. Nkhonjera J, Suwedi-Kapesa LC, Kumwenda B, Nyondo-Mipando AL. Factors Influencing Loss to Follow-up among Human Immunodeficiency Virus Exposed Infants in the Early Infant Diagnosis Program in Phalombe, Malawi. Global Pediatric Health [En ligne]. 23 Mars 2021. Vol.8, Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2333794X211004166>
24. Ankrah AK, Dako-Gyeke P. Factors influencing the delivery and uptake of early infant diagnosis of HIV services in Greater Accra, Ghana: A qualitative study. PLOS ONE [En ligne]. 17 Février 2021, Vol.16, N°2. [Consulté le 17/03/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246876>
25. Kiilu EM, Karanja S, Kikui G, Wanzala P. Caregiver factors influencing seeking of Early Infant Diagnosis (EID) of HIV services in selected hospitals in Nairobi County, Kenya: A qualitative Study. International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP) [En ligne]. Avril 2019, Vol.9, N°4. [Consulté le 17/03/22]. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.29322/IJSRP.9.04.2019.p8825>
26. Odeny TA, Newman M, Bukusi EA, McClelland RS, Cohen CR, et al. Developing Content for a mHealth Intervention to Promote Postpartum Retention in Prevention of Mother-To-Child HIV Transmission Programs and Early Infant Diagnosis of HIV: A

Qualitative Study. PLOS ONE [En ligne]. 2 Septembre 2014, Vol.9, N°9. [Consulté le 17/03/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106383>

27. Bigna JJ, Kouanfack C, Noubiap JJ, *et al.* A randomized blinded controlled trial of mobile phone reminders on the follow-up medical care of HIV-exposed and HIV-infected children in Cameroon: study protocol (MORE CARE) (Trials). *BMC Health Serv Res* [En ligne]. 25 Septembre 2013, Vol.14, N°313. [Consulté le 05/05/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-313>
28. Odeny TA, Hughes JP, Bukusi EA, Akama E, Geng EH, Holmes KK, *et al.* Text messaging for maternal and infant retention in prevention of mother-to-child HIV transmission services: A pragmatic stepped-wedge clusterrandomized trial in Kenya. *PLoS Med* [En ligne]. 2 Octobre 2019, Vol.16, N°10. [Consulté le 05/05/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002924>
29. Thurman TR, Lockett B, Taylor T, Carnay M. Promoting uptake of child HIV testing: an evaluation of the role of a home visiting program for orphans and vulnerable children in South Africa. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl2:S7-13. [Consulté le 05/05/22]. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2016.1176679>
30. Katzen LS, Tomlinson M, Christodoulou J, *et al.* Home visits by community health workers in rural South Africa have a limited, but important impact on maternal and child health in the first two years of life. *BMC Health Serv Res* [En ligne]. 29 juin 2020, Vol.20, N°594, [Consulté le 05/05/22]. Disponible sur : <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05436-7>

RESUME

Le dépistage précoce du VIH chez les enfants exposés (EID) permet un diagnostic précoce et une prise en charge rapide du nourrisson réduisant la morbi-mortalité des nourrissons infectés par le VIH. Malgré l'existence et la libre utilisation des services de dépistage précoce dans les structures sanitaires, son accessibilité reste toujours faible.

Les objectifs de ce travail sont axés sur l'estimation du niveau d'accès des nourrissons aux services de dépistage précoce du VIH, les facteurs influençant le retour des enfants avant 8 semaines de vie, la perception des Mères VIH positives sur le dépistage précoce, l'analyse de la qualité et l'impact du message sur le dépistage précoce et aussi le recueil des recommandations pour l'amélioration de l'accès au service.

Une étude quantitative rétrospective sur les données enregistrées a été réalisée et des entretiens semi-directifs ont été conduits avec les prestataires des soins, les pairs-éducateurs et les mères VIH+.

L'analyse quantitative a révélé un taux moyen d'accès aux services EID de 65,90% et un taux moyen de rendu des résultats de 41,80%. L'analyse qualitative a révélé une connaissance suffisante des prestataires et des mères sur le Dépistage précoce, une fonctionnalité effective des services EID dans les structures sanitaires et aussi certains freins à l'accès aux services EID tant au niveau des structures sanitaires qu'au niveau des mères. Les recommandations formulées résultent des celles des participants et de nos constats à l'issue de ce travail.

Mots clés : Diagnostic précoce, Accès aux soins, VIH, Prélèvement, Nourrisson

ABSTRACT

Early Infant Diagnosis of HIV in exposed children (EID) allows early diagnosis and rapid care of infants, reducing the morbidity and mortality of HIV-infected infants. Despite the existence and free use of early screening services in health structures, their accessibility remains low.

The objectives of this work focus on estimating the level of access of infants to early HIV screening services, the factors influencing the return of children before 8 weeks of life, the perception of HIV-positive mothers on early HIV screening, analysis of the quality and impact of the message on early infant diagnosis and also the collection of recommendations for improving access to the service. A retrospective quantitative study on the recorded data was carried out and semi-structured interviews were conducted with care providers, peer educators and HIV+ mothers.

The quantitative analysis revealed an average rate of access to EID services of 65.90% and an average rate of return of results of 41.80%. The qualitative analysis revealed sufficient knowledge of providers and mothers on early infant diagnosis, effective functionality of EID services in the health structures and also certain barriers to access to EID services both at the level of health structures and at the level of mothers. The recommendations made are the result of those of the participants and our findings at the end of this work.

Keys words: Early diagnosis, Access to care, HIV, Samples, Infants

ANNEXES

1. Guide d'entretien I (Prestataire et Mère mentor)
2. Guide d'entretien II (Parents des enfants exposés au VIH)
3. Retranscription entretien 1
4. Retranscription entretien 2
5. Retranscription entretien 3

Guide d'entretien I (Prestataire et Mère mentor)

Je me présente, je suis Bruno NUMU MATUBA. Je suis médecin et en stage en master de santé publique au sein de la Fondation Elizabeth Glaser dans le Projet IHAP-Kinshasa. Je travaille sur l'amélioration de l'accès au dépistage précoce des enfants nés des mères VIH+ dans les sites appuyés par le projet IHAP-KINSHASA.

Ainsi j'aimerais échanger avec vous autour du dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Pour cela je vais vous poser quelques questions. Tout ce que vous me donnerez comme réponses sera utile et intéressant pour moi. Cet entretien restera anonyme. Nous pouvons parler dans la langue où vous serez plus à l'aise (Français ou Lingala).

Est-ce que vous acceptez que j'enregistre cet entretien ?

Thème	Questions	Commentaires
Thème 1 : Introduction, Présentation de la personne interrogée	Commençons par votre présentation : Quel est votre âge ? Dans quelle commune vivez-vous ? Quel est votre activité professionnelle ? Entant que qui participez-vous à cet entretien ?	Lien avec les différentes catégories des participants
Thème 2 : Connaissance sur l'origine de l'information sur l'EID Objectif pour ce thème : Epingler la source d'information transmise aux Parents et/ou aux mères	Depuis combien de temps êtes-vous impliquée dans le Dépistage précoce des enfants exposés ? D'où vient le message de PTME que vous transmettez aux mères ? Comment élaborez-vous le message à transmettre aux mères concernant le dépistage Précoce des enfants exposés ? Quelle est l'importance du dépistage précoce au VIH chez les enfants exposés selon vous ?	Connaissance sur l'origine de l'information transmise aux parents et mères des enfants (Formations, lectures personnelles, internet)
Thème 3 : Qualité du message sur EID Objectif : Analyser la qualité et l'impact du message sur le dépistage précoce des enfants exposés lors des différentes séances des Consultations prénatales et lors des rappels de rendez-vous	Quel est le message que vous transmettez aux parents/tuteurs concernant l'enfant exposé au VIH et son dépistage ? Quel est le calendrier pour le dépistage précoce ? Comment réagissent les parents quand vous leur parlez du retour pour le Dépistage précoce de leur enfant ? Que faites-vous pour savoir si un enfant répond ou pas à son RDV ?	La qualité du message peut ou pas convaincre un parent à ramener son enfant pour le dépistage précoce.

	<p>Avez-vous un Guide ou une affiche du message à transmettre aux parents/tuteurs pour le dépistage précoce de leurs enfants ou bien vous le formuler vous-même dès que besoin se fait sentir ? Expliquez</p> <p>Quel est l'avis des femmes (mères) VIH+ sur la manière dont ce prélèvement est fait ?</p>	
<p>Thème 4 : Facteurs influençant le dépistage précoce</p> <p>Objectif : Epingler les facteurs influençant le retour des enfants à 6 semaines de vie pour leur dépistage au niveau des parents, des prestataires de soins et des acteurs du projet</p>	<p>Comment se font les rappels des RDV sur le dépistage précoce des enfants ?</p> <p>Comment se passe le prélèvement (le lieu, le préleveur) ?</p> <p>A votre avis, qu'est-ce qui motive les femmes à revenir pour le dépistage précoce de leurs enfants ?</p> <p>Quel commentaire les femmes font sur le message que leur communiqué sur le Dépistage précoce des enfants exposés au VIH ?</p> <p>Le message a-t-il contribué à les faire revenir à la Formation sanitaire ? Expliquez.</p>	<p>Connaître les facteurs qui influencent le respect de RDV pour l'EID (Distance géographique, message non convainquant, considération culturelles et/ou familiales, ...)</p>
<p>Thème 5 : Recommandations</p>	<p>Si vous devriez améliorer quelques choses dans ce processus de dépistage précoce des enfants exposés, quel conseil donneriez-vous aux responsables du projet IHAP-Kinshasa ?</p>	<p>Prise en compte de l'avis des cibles et des améliorations possibles. Avoir la vision des cibles sur la façon idéale pour eux de diffuser d'améliorer ce secteur</p>

Grille entretien II (Parents des enfants exposés au VIH)

Je me présente, je suis Bruno NUMU MATUBA. Je suis médecin et en stage en master de santé publique au sein de la Fondation Elizabeth Glaser dans le Projet IHAP-Kinshasa. Je travaille sur l'amélioration de l'accès au dépistage précoce des enfants nés des mères VIH+ dans les sites appuyés par le projet IHAP-KINSHASA.

Ainsi j'aimerais échanger avec vous autour du dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Pour cela je vais vous poser quelques questions. Tout ce que vous me donnerez comme réponses sera utile et intéressant pour moi. Cet entretien restera anonyme. Nous pouvons parler dans la langue où vous serez plus à l'aise (Français ou Lingala).

Est-ce que vous acceptez que j'enregistre cet entretien ?

Thème	Questions	Commentaires
Thème 1 : Introduction, Présentation de la personne interrogée	<p>Commençons par votre présentation :</p> <p>Votre âge ?</p> <p>Dans quelle commune vivez-vous ?</p> <p>Quel est votre activité professionnelle ?</p> <p>Entant que qui participez-vous à cet entretien ?</p>	Lien avec les différentes catégories des participants
Thème 2 : Connaissance sur l'EID Objectif pour ce thème : Epingler les connaissances des parents sur le dépistage précoce	<p>Connaissez-vous ce qu'on appelle Dépistage précoce des enfants exposés ?</p> <p>Pensez-vous que ce dépistage précoce est important pour l'enfant ?</p> <p><i>Relance : Si oui, pourquoi ? Si non pourquoi ?</i></p>	Connaissance sur ce qu'est le Dépistage précoce. L'information reçue peut impacter sur le comportement des parents à respecter ou pas le RDV de l'enfant exposé
Thème 3 : Facteurs influençant le dépistage précoce Objectif : Epingler les facteurs influençant le retour des enfants à 6 semaines de vie pour leur dépistage au niveau des parents, des prestataires de soins et des acteurs du projet	<p>Avez-vous un enfant qui a déjà bénéficié du dépistage précoce ?</p> <p>Comment se font les rappels des RDV pour le dépistage précoce des enfants ?</p> <p>Où se passe le prélèvement ?</p> <p>Il se passe comment ? (Expliquez)</p> <p>Qui est le préleveur ?</p> <p>Quel est votre avis (mères VIH+) sur la manière dont ce prélèvement est fait ?</p> <p>Lors du prélèvement de votre enfant, aviez-vous respecté le rendez-vous ?</p> <p>Quels sont les éléments qui vous ont encouragé (<i>Si respect du RDV</i>) ou vous empêché (<i>Si non-respect du RDV</i>) à</p>	Connaître les facteurs qui influencent le respect de RDV pour l'EID (Distance géographique, message non convainquant, considération culturelles et/ou familiales, ...)

	respecter le RDV fixé pour le dépistage précoce ?	
Thème 4 : Recommandation	Si vous devriez améliorer quelques choses dans ce processus de dépistage précoce des enfants exposés, quel conseil donneriez-vous aux responsables du projet IHAP-Kinshasa ?	Prise en compte de l'avis des cibles et des améliorations possibles. Avoir la vision des cibles sur la façon idéale pour eux de diffuser d'améliorer ce secteur

Retranscription Entretien 1

Fiche signalétique

Sexe	F
Activité professionnelle	Sans emploi
Raison de l'inclusion entant que participant	Paire-éducateur (Mère mentor) au sein de la structure sanitaire
Code de l'interviewé	PE_MAT-B

Cet entretien s'est déroulé dans le bureau de l'infirmière responsable du service de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant (PTME) de la Maternité de Binza à Kinshasa en date du 26 février 2022 entre 11h et 11h25'. Cet entretien s'est déroulé en lingala (langue locale), est retranscrit ensuite traduit intégralement en français.

E: Enquêteur

I: Interviewé

E: Bonjour Maman

I : Bonjour

E : C'est moi qui vous ai appelé hier. Je suis Bruno NUMU MATUBA. Je suis médecin et en stage en master de santé publique au sein de la Fondation Elizabeth Glaser dans le Projet IHAP-Kinshasa. Je travaille sur l'amélioration de l'accès au dépistage précoce des enfants nés des mères VIH+ dans les sites appuyés par le projet IHAP-KINSHASA. J'aimerais échanger avec vous autour du dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Pour cela je vais vous poser quelques questions.

I : Pas de problème Docteur ...

E : Tout ce que vous me donnerez comme réponses sera utile et intéressant pour moi. Cet entretien restera anonyme. Nous pouvons parler dans la langue où vous serez plus à l'aise (Français ou Lingala). Est-ce que vous acceptez que j'enregistre cet entretien ?

I : Oui Docteur ... (elle sourit)

E : Ici nous sommes à la maternité de Binza. Quel est votre travail ici à la maternité

I : Ici je suis Mère mentor

E : Entant que Mère mentor, ça fait combien de temps que vous faites ce travail ?

I : Depuis ... depuis ... deux mille quatorze

E : Depuis 2014 ?

I : Oui. Ça fait déjà 8 ans

E : 8 ans, OK ! Et à part ce travail de Mère mentor à la maternité, avez-vous un travail hors de la maternité ?

I : Mon travail personnel ?

E : Oui. Un travail à part celui-ci

I : Ah ! Moi depuis que je suis connu Mère mentor ... je passe en tout cas tout mon temps ici.

E : Donc ce travail vous prend vraiment ... c'est comme on dit ... c'est un travail à temps plein !

I : Oui, c'est vraiment ça. Avec la communauté ... et plusieurs autres tâches à faire

E : Et vous, vous habitez dans quelle commune ?

I : Je suis dans la commune de Ngaliema, quartier Ngomba KIkusa, précisément à Buadi.

E : D'accord. ;Et vous êtes né en quelle année ?

I : Je suis née le 19 juillet 1979

E : (Mon téléphone sonne et je coupe l'appelle) Ok. Par rapport à ce travail, il vous arrive d'assister aux séances de CPN pour donner votre message ?

I : Oui. Après la causerie éducative des mamans, causeries menées par les prestataires des soins, les infirmières pour les femmes enceintes, ...

E : Hum Hum...

I : Moi aussi je passe pour passer mon message, « Counseling sur le VIH ».

E : Ce message à propos du counseling sur le VIH, il vient d'où ? Où l'avez-vous eu ?

I : Nous avons été formés !

E : Hum Hum ...

I : Oui ! Comment accueillir les mamans, comment les dépister, les différents modes de contamination, ..., Tout ça là, comment se donne les résultats, ... jusqu'à la fin. Donc c'est ça.

E : Donc vous avez reçu des formations en rapport avec ce travail ?

I : Oui, Oui

E : En ce qui concerne le Dépistage précoce des enfants exposés, comment élaborerez-vous ce message ?

I : Nous élaborons ce message là... Dès qu'il y a un nouveau venu... Donc cette maman qui vient à la CPN, quand nous commençons à dépister, parce toutes les mamans passent par le dépistage du VIH, et vu aussi le fait que ça fait plusieurs années que je suis ici, dès fois c'est moi qui fais le laboratoire pour dépister toutes les mamans. Après dès qu'il y a un nouveau cas, (l'enquêteur tousse deux fois), une personne dépistée positive, nous allons l'accompagner jusqu'à l'annonce du résultat. C'est après l'annonce que nous allons lui faire voir tous ces aspects-là. Comme nous commençons avec toi enceinte, à chaque fois que tu viens ici pour la CPN, nous devons nous rencontrer. Cela nous permet de la suivre et de l'approvisionner en médicaments dès la CPN. Nous devons déjà savoir la date de son accouchement, la suivre jusqu'au jour où ou va projeter le 45^{ème} jour de l'enfant. Donc nous et les prestataires, nous travaillons de commun accord. Dès fois quand les prestataires de soins sont trop pris, nous même nous faisons ce travail de suivi, toi-même tu connais le travail des prestataires ... Connaître déjà le 45^{ème} jour tombera quand. Et là c'est après 3 ou 5 jours après l'accouchement, lors de la sortie de la maternité. Et ce jour de la sortie de la maman de la

maternité, nous devons nous entretenir aussi, on lui donne ces médicaments, on lui fixe son RDV de 45 jours. On insiste sur le fait qu'elle doit revenir avec le bébé à 6 semaines. On lui fait voir tout ça. Et quand elle quitte la maternité, elle a déjà cette idée de revenir à 6 semaines. Mais rien n'empêche que nous appelions. Parce qu'on appelle toujours. Il peut y arriver qu'elle ne puisse pas répondre au RDV et après un ou deux jours, on est obligé d'appeler. On fait vraiment ce suivi-là.

E : Avec ce dépistage précoce des enfants, quel est le calendrier que vous donnez au maman ? Quand vous faites le premier prélèvement au 45^{ème} jour,

I : Hum Hum ...

E : Quelle est la suite pour les autres prélèvements ?

I : Nous leur faisons voir qu'à 6 semaines nous allons prélever, à neuf mois aussi nous allons prélever et à 18 mois aussi nous allons prélever. Ce qui est vrai est que si nous prélevons à 6 semaines et que le résultat nous revient positif, c'est que le Bébé est VIH positif. Et si c'est nous revient Négatif, nous continuons le processus vu que l'enfant continue à allaiter donc il reste toujours exposé. Nous disons à la maman qu'à 9 mois, nous ferons la sérologie et ensuite nous sortirons l'enfant du programme jusqu'à une année et six mois. Donc à 18 mois...

E : 18 mois ...

I : Oui, c'est à cet âge que l'enfant sortira du programme PTME. Et s'il est négatif, en tout cas, nous glorifions Dieu, nous faisons voir à la maman de quelle façon elle doit se comporter elle et l'enfant vu que l'enfant est déjà sorti du programme.

E : Ce message sur le dépistage précoce des enfants exposés au VIH, comment il est reçu chez les mamans ? Surtout quand il faut revenir avec l'enfant pour le dépistage !

I : Oui... Chaque maman reçoit ce message de sa façon.

E : Hum Hum ...

I : Une maman, vraiment..., suivra ce message et ce conseil jusqu'à la fin. Mais d'autres n'arrivent pas jusqu'à la fin. Elle a entendu le message, mais elle a des doutes qui planent dans sa tête genre « Est-ce que mon enfant ..., je ne sais pas s'il aura quel résultat ? ... ». Il y a aussi d'autre, parce que nous voyons cela, elle refuse catégoriquement de revenir. Il y a une qui m'a dit qu'elle refuse de mourir, elle préfère que ça soit comme ça, qu'elle ne sache rien. Alors que c'est faux !

E : Humm...

I : Vaux mieux connaître, Donc c'est comme ça. D'autres mamans reçoivent bien le message, nous donnons bien le message : « si tu prends bien ton médicament et que tu allaite... », parce que nous le disons déjà lors des CPN, les modes de contamination et même pendant l'allaitement.

E : Avec vos 8 ans d'expériences dans ce travail, pour les mamans qui sont lourdes pour revenir avec les enfants pour le dépistage, quelles sont les raisons qu'elles avancent pour justifier leur retard ?

I : La première raison c'est le Partage. C'est le partage qui tue maintenant. Humm...

E : Hum hum ...

I : Le partage de la sérologie entre ... surtout si c'est une femme ...

E : Avec son partenaire ... ?

I : Oui. C'est la première raison qui tue. Parce que dès qu'une personne à déjà partagé, elle a aussi certaines facilités. Parce que sans ça, la femme a du mal à sortir avec le bébé...

E : Hum Hum...

I : Et cela affecte aussi même ses propres heures de prise de médicaments, soit donner le médicament à l'enfant deviens aussi difficile jusqu'à ce que l'enfant sorte du programme, cela ...

E : Devient compliqué...

I : Devient vraiment compliqué... c'est vraiment ça la raison. Alors une raison ... Hah !!!(elle se tient les cheveux) ... Il y a d'autres personnes avec qui vous pouvez prendre autant de temps en lui donnant des conseils mais Rien seulement...

E : Elle refuse vraiment ...

I : Oui, elle refuse catégoriquement. Il y a d'autre c'est comme si elle ne comprend rien de rien de tout ce que tu lui dis, sur le but de la prise des médicaments, le danger, ce qui pourra lui arriver, ... Donc dès fois on a la langue sèche à force de parler mais tu remarques qu'elle n'a rien compris. Mais à celle qui comprennent, surtout si elle était perdue de vue, quand on essaie de lui faire voir certains aspects de choses, parler avec elle, la conscientiser, ... elle reviennent à la raison. Et surtout si au départ le counseling était bien fait ... c'est pourquoi on insiste beaucoup sur le counseling...

E : Hum Hum ...

I : Oui. Si le counseling est bien fait, c'est difficile qu'une mère ne comprenne pas. Dès fois on nous condamne sur le counseling, mais il faut savoir aussi que la volonté des mères compte aussi, et aussi leur compréhension du message. Vous pouvez prendre Une heure et 30 minutes, voire 2 heures... jusqu'à lui faire voir ton propre état sérologique...

I : Ton propre état ?

E : Oui, pour qu'elle comprenne. Parce qu'il y a d'autres quand je divulgue mon état, elle reprenne conscience et accepte aussi leur état, et sont directement joyeuses du fait qu'elles m'ont vu. Elle se dit aussi ... C'est que ...

E : C'est que ça va ...

I : Oui, c'est que ça va ... Et pourquoi j'arrive jusqu'à ce point ? Pour convaincre cette maman qui refuse de comprendre et en me voyant elle sera convaincue de la véracité des médicaments et de la réussite de la prise en charge. Il y a beaucoup des mères qui reviennent. Et pour que j'arrive jusqu'à ce point, je dois aussi me rassurer qu'en lui divulguant mon statut, cela sera la dernière prise pour la convaincre et pour ne pas la perdre.

E : Et quand les enfants reviennent, où se passe le prélèvement ?

I : ça se passe seulement ici au laboratoire (Elle montre du doigt la porte du laboratoire)

E : Ok ! Et là, c'est qui qui prélève ?

I : Dans la communauté, c'est nous qui prélevons sur carte BDS (Elle se montre elle-même en posant sa main droite sur sa poitrine).

E : Donc le prélèvement peut se faire soit ici au labo à l'hôpital ...

I : Oui, Oui ! Ici ... (Elle montre du doigt la porte du laboratoire)

E : Soit aussi, si la maman n'est pas venue, vous pouvez aller dans la communauté ?

I : Oui, dans la communauté. Et surtout qu'on nous a rendu la tâche facile avec les cartes DBS... Vraiment je donne un coup de chapeau pour ça. Nous sentons vraiment que nous n'avons plus de problèmes sur ce point-là par rapport à la façon dont on travaillait avant. Une maman pouvait venir pour sa charge virale, on doit prélever dans un tube, il faut aller jusqu'au grand labo là où je vous ai accueilli...

E : Hum Hum.

I : Et c'est le laborantin qui doit prélever dans un tube, sans compter la file d'attente... La maman va s'asseoir sur le banc et finira par se sentir comme délaissée ... Et beaucoup ont attendu jusqu'au point de se lever et partir...

E : de se lever et partir ... ?

I : Oui. On a perdu beaucoup de maman pour ça. On a déclaré ..., déclaré ..., jusqu'à ce que nous utilisions maintenant les cartes DBS. Tout se fait ici maintenant. A moins que nous soyons en rupture des cartes DBS, comme ces derniers jours où il n'y en avait plus. Mais sinon, tout se fait ici et bien.

E : Alors, quand le prélèvement se fait, comment réagissent les mamans ? Est-ce que ça se fait en présence de la maman ? Ou bien comment ?

I : La réaction de la maman, quand on prélève le sang de l'enfant ?

E : Oui, Oui. Quand on pique... des fois il faut piquer à deux ou trois endroits...

I : Hummm ! Oui... D'abord on a fait l'effort d'éviter de piquer à plusieurs reprise l'enfant. De deux, ... Oui, certaines mamans ne supportent pas ça. Vous pouvez lui dire de bien tenir l'enfant, mais elle-même comme si elle veut aussi pleurer. Donc (elle rit) ...

E : (Rire)

I : Elle change même des positions... donc certaines mamans ne supportent pas. Le seul fait de voir l'enfant pleurer jusqu'à ce que nous remplissions les cercles de la carte. Mais d'autres mamans supportent bien.

E : Dans ton expérience, depuis le début de ce travail jusqu'à ce que le message se soit amélioré, avez-vous constaté un changement en ce qui concernent le retour des enfants à 6 semaines pour le dépistage précoce ?

I : Oui ... nous avons constaté un changement. Et puis en regardant bien, nous n'avons pas vraiment des mamans qui sont en retards de RDV. Donc comme nous sommes au mois de Février, ... Je pense qu'en ce mois je venais de récupérer un enfant, pour premier PCR, le j'ai récupéré à 3 mois. C'était un problème de DBS ...

E : Il n'y avait pas de carte ?

I : Oui, il n'y avait pas de carte BDS pour le prélèvement. Alors nous l'avons eu hier. Mais déjà, pour chaque mois, nous dressons déjà la liste de nos attendus et nous les appelons pour leur rappeler le RDV du mois.

E : Vraiment merci beaucoup. Pour ma dernière question, si je peux m'exprimer ainsi, aujourd'hui si on vous demande de donner un conseil aux responsables du projet concernant le dépistage précoce des enfants exposés, quel conseil donneriez-vous ?

I : Il doit améliorer l'approvisionnement en crédit de téléphone. Les crédits que nous recevons est vraiment insuffisant pour faire tout le travail. Nous sommes des fois appeler à utiliser nos propres crédits ... Bon, la descente sur terrain, bien qu'ils nous donnent un remboursement de transport et non un salaire, mais ce transport là ... qu'ils regardent aussi ... Nous avons fait beaucoup de temps dans ce travail... Des fois nous quittons nos maisons, les enfants savent que maman est partie au travail...

E : Hum Maman est partie au travail...

I : Oui, Oui, ... Et à ton retour, les enfants peuvent demander « Maman on a demandé ça, ... Maman, on a demandé ça... ». Qu'ils essaient de revoir... C'est au début c'était comme un peu du volontariat mais avec le temps, il faut vraiment nous considérer. Parce que même dans la communauté, on remarque que c'est nous qui travaillons beaucoup. Et la communauté est comme la Locomotive maintenant.

E : Hum Hum

I : Vous voyez ! comme les descentes sur terrain, des fois je le fais avec mes propres moyens. Donc juste a cause de l'amour du prochain, pour qu'elles reviennent. Moi je n'aime pas l'échec. J'aime qu'on fasse des éloges sur moi. Nous avons beaucoup de difficultés. Franchement, qu'ils mettent encore les moyens pour nous permettre de bien travailler.

Nous avons des difficultés, c'est vrai ..., nous sommes ici tous les jours pour suivre les mamans à chaque fois qu'elles se présentent à l'hôpital : soit pour la première consultation, soit pour les RDV de suivi CPN afin qu'aucune d'elle ne nous échappent. Dans tout ça veillez nous reconnaître et revoir un peu à la hausse ce remboursement de transport qu'on nous remet qui pour nous est comme un salaire parce que nous sommes tous les jours ;

E : En ce qui concerne le retour des résultats, cela pose aussi des problèmes ?

I : Oui, nous avons aussi des problèmes sur le retour des résultats surtout en ce qui concerne la charge virale des mamans.

E : Vraiment merci beaucoup de votre temps et pour votre disponibilité

Retranscription Entretien 2

Fiche signalétique

Sexe	F
Activité professionnelle	Infirmière
Raison de l'inclusion tant que participant	Infirmière au service de PTME
Code de l'interviewé	PRE_CBCO

Cet entretien s'est déroulé dans le bureau de l'infirmière responsable du service de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant (PTME) du CS Libikisi à Kinshasa en date du 18 février 2022 entre 13h25 et 13h45'. Cet entretien s'est déroulé en français. Les expressions en lingala (langue locale), ont été retranscrites et ensuite traduites intégralement en français.

E : Enquêteur

I : Interviewé

E : Bonjour Maman

I : Bonjour Docteur

E : Je suis Bruno NUMU MATUBA. Je suis médecin et en stage en master de santé publique au sein de la Fondation Elizabeth Glaser dans le Projet IHAP-Kinshasa. Je travaille sur l'amélioration de l'accès au dépistage précoce des enfants nés des mères VIH+ dans les sites appuyés par le projet IHAP-KINSHASA. J'aimerais échanger avec vous autour du dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Pour cela je vais vous poser quelques questions.

I : D'accord Docteur ...

E : Tout ce que vous me donnerez comme réponses sera utile et intéressant pour moi. Cet entretien restera anonyme. Nous pouvons parler dans la langue où vous serez plus à l'aise (Français ou Lingala). Est-ce que vous acceptez que j'enregistre cet entretien ?

I : Audio, Oui.

E : C'est anonyme, on n'a pas besoin de nom. Euh... vous allez juste vous présenter en termes de Quel est votre âge ? Ou bien vous donnez votre date de naissance ; Vous habitez où ? Je sais que nous sommes à Bandal LIBIKISI. Vous personnellement vous habitez où ? Et puis, ici à LIBIKISI, quel est votre titre ? Et puis dans cet entretien, vous participer tant que qui ?

I : Ok merci. Moi c'est ...

E : Non, je n'ai pas besoin de nom.

I : Ah OK. Pardon (rire). Bon ! J'ai 53 ans, j'habite sur avenue Makanza N°8, quartier BAT dans la commune de la Nsele. Heinn je suis ici à LIBIKISI à la consultation prénatale comme point focale PTME

E : Et vous êtes infirmière...

I : Je suis infirmière.

E : ça fait combien de temps que vous êtes dans la PTME ici ?

I : Je suis à la PTME depuis 2008. On a commencé avec l'UNC, hein (se gratte la tête) Caroline du Nord hein ? Jusque-là, je suis toujours à la PTME.

E : Par rapport à la PTME, le message que vous donnez aux femmes, d'où vient ce message-là ?

I : Le message que nous donnons aux femmes, ce sont de messages ... hummm... (attitude réflexive), d'abord pendant les multiples formations que nous avons eues, il y a toujours des messages clés qu'on donne aux femmes enceintes ; et puis on a aussi des boîtes à images où nous puisons des messages par là.

E : (la porte s'ouvre, elle fait un geste à la personne qui a ouvert la porte, puis elle se ferme) Alors, par rapport maintenant au dépistage précoce, parce que si vous recevez une femme enceinte VIH positive, vous lui parlez du dépistage précoce de son enfant. Comment vous élaborez ce message-là ?

I : Oui, si les femmes viennent à la consultation prénatale, d'abord nous avons la causerie éducative, et puis on insère aussi la prévention du VIH de la Mère à l'enfant, humm ... On fait le counseling pré-test, le dépistage et le counseling poste-test. Si la maman est positive, là on va vraiment parler à la dame-là sur elle-même et sur le futur bébé que nous attendons nous tous. A la naissance on va faire le dépistage, ... il faut que la maman sache cela. Avant d'abord, au dernier trimestre, on lui remettra la Névirapine, on va déjà lui montrer comment l'enfant va prendre ça et pendant combien de temps. Après la naissance du Bébé, on lui fera le dépistage à la 45^{ème} Minutes, hé pardon (elle se tiens la tête) 45^{ème} jours j'allais dire. Pas minutes, 45^{ème} jour. Là on fait le PCR 1. Et puis on attend les résultats entre temps l'enfant est sous prophylaxie.

E : Donc vous avez déjà répondu aussi au calendrier. A part le PCR 1, est ce qu'il y a encore d'autres examens que vous demandez ? y a-t-il un calendrier précis pour le dépistage de l'enfant ?

I : Bon, le calendrier... hein... on a ... hummm ... trois dépistages qu'on fait chez l'enfant exposé. Si le premier PCR nous reviens négatif, on continue, on évolue. Si c'est positif, c'est un enfant qui n'est plus exposé, on va le transférer à la prise en charge parce que c'est déjà positif. Si le premier PCR au 45^{ème} jour est négatif, on fait à 9 mois le PCR 2, à 12 mois on ne fait que le test avec le Determine et puis à 18 mois on fait aussi le Determine. La PCR on le fait à 45 jour et à 9 mois de vie de l'enfant.

E : Maintenant, quand vous donnez ce message aux parents, à une mère qui entend tout ça, comment ils réagissent ? Est-ce qu'ils acceptent ? Est-ce qu'ils refusent ? Quelle est souvent la réaction des mamans ? Puisque ce sont les mamans qui viennent. Comment elles réagissent quand vous leur donnez ce message par rapport au dépistage de leur futur bébé ?

I : OK ; Au départ si on donne le message, ce n'est pas facile pour que la maman accepte facilement. Mais si on fait un bon counseling, en lui disant que si on fait tout cela c'est pour protéger ton bébé. Et puis elle va accepter. Mais le premier, le premier PCR c'est vraiment douloureux pour la Maman. Le fait de piquer l'enfant, elle voit comment l'enfant pleure, comment on est en train de prélever, il y a des mamans qui ..., hein !... Ça leur fait trop mal. Mais on continue toujours à les conscientiser les mamans.

Un autre problème encore : La prise en charge médicale. Un enfant qui n'est pas malade, qui est obligé de prendre les médicaments tous les jours ; parce que les bébés exposés aussi sont soumis, hein... aux médicaments, voilà. Et nous nous sommes là toujours pour encourager les mamans. A chaque fois qu'ils sont là, on fait toujours le counseling pour que les mamans-là ne ..., un jour..., ne refuse pas la prise en charge de leur bébé.

E : Je reviens un peu... Vous avez parlé du prélèvement... Le prélèvement se fait où ? Et c'est qui qui fait ce prélèvement pour l'enfant ?

I : Le prélèvement se fait chez nous ici à la PTME. Hummm..., on fait le prélèvement... au pied (elle se sert de son index droit et montre son pied droit déchaussé), à la plante du pied soit au gros orteil là, Oui. On prélève par là. On donne une bonne position au bébé, la maman met l'enfant dans son épaule et puis nous on prélève.

E : Est-ce que toutes les mamans acceptent d'être là ou bien il y a de ceux qui demandent de sortir ?

I : Il y a certaines Mamans qui ne supportent pas. Des fois elles préfèrent de sortir et nous nous restons avec les bébés, on fait l'examen.

E : Alors, pour le dépistage... les rendez-vous des enfants, comment vous faites pour rappeler les mamans pour venir ?

I : Bon ! Nous collons les rendez-vous des bébés exposés à la CPS. Parce que comme il y a CPS chaque mois, la maman là vient chaque mois à la consultation préscolaire. C'est ..., c'est le ..., c'est notre rendez-vous aussi. Parce que si on donne deux rendez-vous aussi, des fois les mamans ne viennent pas. Elle vient à la CPS et vous lui dites encore de venir tel jour !!... C'est pourquoi nous avons opté de prendre les RDV de la CPS. C'est ça que nous donnons à ces mamans-là. Après la CPS... d'abord avant... deux jours avant on les rappelle « tu sais qu'après la CPS tu vas nous voir ? » Et chaque qu'il y a CPS et que nous savons que nous avons des attendus, nous-mêmes on va là-bas, voir les mamans si elles sont là et après les signaler, ... qu'après vous venez nous voir.

E : Est-ce que cette façon-là de faire, ça motive aussi les mamans à venir ?

I : Oui ; Oui. Parce que comme c'est la vaccination, et puis le suivi-là de la consultation préscolaire, il y a des mamans qui viennent toujours. Humm... et surtout qu'il y a un appel qui précède le rendez-vous...

E : Ah ! Vous appelez les mamans avant...

I : Oui, Oui. On rappelle toujours. Parce que peut-être elle peut dire « Ah j'avais oublié, j'étais là mais je ne vous avais pas vu (elle parle en lingala) ... » c'est pour ça que nous rappelons toujours. Même à 48 h nous rappelons. Et puis s'il y a consultation, nous avons déjà nos attendus du mois et puis on peut aller là-bas. Si elle est là, on lui signale qu'après la consultation qu'elle nous rejoigne ici. Et après on prend le bébé en charge.

E : Alors, par rapport à tout ça... A votre travail... et depuis tout le temps que vous avez fait et aujourd'hui vous êtes avec IHAP, si on vous demandait de changer quelque chose ou d'améliorer quelque chose dans ce travail, quel conseil vous allez donner aux responsables du projet pour pouvoir améliorer le travail ?

I : Oui. Notre problème c'est... c'est les résultats. Les résultats des ... PCR, ça nous revient difficilement, ... en retard toujours, même la charge virale. Parce que si on ... on dit à la maman qu'on va prélever le bébé, pour voir si ... S'il y a présence de virus ou pas, et puis la maman vient au second rendez-vous et elle te demande les résultats : « Maman (elle cite son nom) maintenant comment sont les résultats du premier prélèvement de mon enfant ? », vous n'avez même pas de résultat à lui communiquer. A un autre rendez-vous il n'y a toujours pas de résultats. Des fois aussi ça décourage. Maintenant la maman ne sait pas quel est l'état de son enfant. Il y a des mamans qui sont trop stressées par rapport à ça parce qu'elles veulent voir les résultats. Si tu lui que dit que les résultats étaient arrivés et c'est Négatif, directement elle commence à ... à ... à chanter ou bien ... elle est trop contente parce que son enfant évolue très bien. Mais s'il n'a pas de résultats, donc heu... ça nous met aussi très mal à l'aise pour expliquer, aujourd'hui explication, ...

demain explications, ... (elle parle en lingala : « Mais finalement qu'est-ce qu'ils font avec ces examens ? Ils les jettent ou quoi ? ». Si le partenaire peut nous aider hein... à nous envoyer les résultats à temps, ça va nous aider aussi à aller de l'avant. Parce que... un ... Un nourrisson chez qui on a fait le PCR au 45^{ème} jour, ... des fois jusqu'à 9 mois on n'a pas encore des résultats. Maintenant vous prélevez encore cet enfant-là ! Vous voyez comment ça fait ? Elle te pose la question : « (elle parle en lingala) où est le premier résultat ? ». Avant il y avait même des enfants qu'on a fait sortir du projet sans résultat de PCR seulement avec le Détermine.

E : Il n'y a jamais eu de résultats de PCR...

I : Oui, sans résultat de PCR seulement avec le Détermine à 18 mois. Et ce détermine de 18 mois ça nous oriente que l'enfant est négatif. Et on le fait sortir du projet. Si... le projet peut nous aider avec ça.

E : Vraiment ... merci beaucoup et merci pour le conseil. Dans la suite de mon travail je vais circuler partout. Et c'est même pour ça que nous avons besoin de parler aussi avec les Mères Mentor parce que ce sont elles qui descendent aussi sur terrain pour faire le suivi. On aura besoin de tous ces éléments ici. Quand moi je vais finir mon enquête, on va faire un condensé et vous serez informé des résultats.

Nous avons d'abord choisi Bandal parce que côté prélèvement vous êtes bon, ...

I : Merci ...

E : La zone de santé de Bandal a un pourcentage quand même assez élevé, ... par rapport au prélèvement PCR surtout à 6 semaines donc au 45^{ème} jours. C'est déjà bon, mais on a besoin de tous ces éléments ici pour pouvoir changer quelque chose. Vraiment... Merci beaucoup...

I : Merci Docteur, nous comptons sur vous...

E : Aurevoir et bon après-midi.

I : Aurevoir Docteur.

Retranscription Entretien 3

Fiche signalétique

Sexe	F
Activité professionnelle	Infirmière
Raison de l'inclusion tant que participant	Infirmière au service de PTME
Code de l'interviewé	PRE_MAT-B

Cet entretien s'est déroulé dans le bureau de l'infirmière responsable du service de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'enfant (PTME) de la Maternité de Binza à Kinshasa en date du 26 février 2022 entre 11h40' et 12h03'. Cet entretien s'est déroulé en lingala (langue locale), il est retranscrit et ensuite traduit intégralement en français.

E : Bonjour madame

I : Bonjour Docteur

E : C'est moi qui vous ai pris rendez-vous avec vous. Je suis Bruno NUMU MATUBA. Je suis médecin et en stage en master de santé publique au sein de la Fondation Elizabeth Glaser dans le Projet IHAP-Kinshasa. Je travaille sur l'amélioration de l'accès au dépistage précoce des enfants nés des mères VIH+ dans les sites appuyés par le projet IHAP-KINSHASA. J'aimerais échanger avec vous autour du dépistage précoce des enfants exposés au VIH. Pour cela je vais vous poser quelques questions.

I : Ok ... ça va ...

E : Tout ce que vous me donnerez comme réponses sera utile et intéressant pour moi. Cet entretien restera anonyme. Nous pouvons parler dans la langue où vous serez plus à l'aise (Français ou Lingala). Est-ce que vous acceptez que j'enregistre cet entretien ?

I : Oui Docteur

E : Pouvez-vous vous présenter ? Vous participer dans cette enquête tant que qui ?

I : Je suis prestataire de soins en PTME ici depuis 2015, ... donc il y a 7 ans déjà que je travaille ici tant que prestataire. Euhh ... concernant le dépistage précoce des enfants, l'avantage est que c'est très bien (une personne entre et nous dit bonjour et nous lui répondons « bonjour ») parce que ça nous permet de savoir, chez cette personne que nous avons dépistée, combien d'enfants sont exposés et ceux qui ne le sont pas. Et pour ceux qui sont exposés, que nous puissions prendre soins d'eux, faire leur suivi jusqu'à la fin. Pour les enfants qui sont bien, que nous puissions expliquer à la maman comment elle doit protéger ses enfants. Et puis expliquer à la maman l'importance des médicaments de l'enfant, la manière dont elle doit faire le suivi à domicile et celle dont nous nous ferons le suivi ici à l'hôpital. Et cela continue comme ça jusqu'aujourd'hui ; la mère qui est adhérente au traitement a le souci de connaître le résultat de son enfant dès la naissance jusqu'à ce qu'on arrive à l'âge de 18 mois. Elle ne cesse de demander sur les résultats. Et si c'est Négatif, elle glorifie Dieu et nous aussi cela nous fait plaisir parce que notre souhait est que nous puissions avoir une génération d'enfants sans VIH.

E : Ce message que vous donnez aux mamans, je pense que vous commencez dès la première CPN jusqu'à l'accouchement, ce message provient d'où ?

I : Le message que nous leur transmettons pour protéger les enfants

E : Hum Hum... ce message-là provient d'où ?

I : Dès fois nous allons à des formations, ... à partir des formations qu'on nous dit quoi faire dans telle ou telle situation. Et nous aussi, ... dès que nous sommes arrivées, nous avons trouvé que ce travail avait déjà commencé, ... et à notre arrivée, nous avons été formées avec des descentes sur terrain et quand ce que nous avons appris, c'est ce que nous transmettons aux mamans. Parce que si tu ne connais pas la matière, tu ne sauras pas faire un bin suivi d'une maman. Aussi longtemps que nous sommes bien formées et avec le suivi des partenaires qui viennent nous superviser, cela nous permet d'avoir toutes les capacités pour faire ce travail

E : Pour vous enfant prestataire à la maternité de Binza, quelle est l'importance du dépistage au 45^{ème} jour, ce dépistage à 6 semaine de vie de l'enfant ?

I : Bon pour ce dépistage, ... Nous dépistons à 45 jour de vie pour savoir, ... parce que quand l'enfant naît, il a encore les anticorps de sa maman. Alors ce dépistage va nous permettre de savoir si l'enfant a le virus ou pas afin d'assurer son suivi.

E : Dans les messages que vous donnez aux mamans, quel est le calendrier que vous leur donnez pour les suites des dépistages ?

I : Bon, le calendrier est comme suit : Dès la naissance de l'enfant, nous disons à la maman que vote enfant doit commencer avec la Névirapine, cela peut être en sirop ou en comprimé, cela dépend du lot que nous recevons. L'enfant va prendre ce médicament durant tout son séjour à la maternité. Cela peut prendre trois à cinq jours. A la sortie nous remettons à la maman les médicaments jusqu'au 45^{ème} jour.

Nous disons à la maman qu'au 45^{ème} jour de l'enfant, elle doit venir avec l'enfant pour commencer les CPS et c'est ce jour-là même que nous allons faire le premier test...

E : Hum Hum...

I : Oui. Et quand nous ferons ce test-là, nous allons aussi faire le changement des médicaments. L'enfant était sous névirapine, nous allons le mettre sous cotrimoxazole. Il va commencer à prendre le Cotrim sirop que nous allons donner par kilo de poids corporel. Nous allons aussi lui dire qu'à neuf mois, nous ferons le premier test avec test rapide. Si ce test est négatif, nous lui donnerons les résultats et donnerons aussi des conseils. Et aussi elle doit revenir à Une année et six moi, donc à 18 mois pour faire le dernier test. Si ce dernier résultat est négatif, l'enfant va sortir du programme. Et si c'est positif, nous mettrons directement l'enfant sous traitement. Mais dans les formations actuelles, il nous ait recommandé de faire le prélèvement pour PCR DNA sur carte BDS en lieu et place du test rapide au détermine.

E : Quand vous leur transmettez ce message de revenir avec l'enfant au 45^{ème} jour pour un dépistage précoce, comment réagissent les mamans, ou du moins la plupart des mamans ?

I : La plupart accepte facilement. Elles sont même contentes parce que quand vous lui expliquez l'importance de revenir pour cet examen, et qu'elle a bien compris cela, elles reviennent facilement. Si nous remarquons que nous avons un perdu de vue, c'est-à-dire pour certaine dont le partage du statut sérologique n'a pas été fait, cela peut être difficile parce que le mari pourra s'opposer et demander d'aller dans une autre structure sanitaire pour les CPS de l'enfant, et là la femme ne sait pas s'éclipser pour venir répondre à notre RDV le même jour, et cela pose beaucoup de problème. Elle ne sait pas quelle raison elle va donner à son

mari ou compagnon pour sortir. C'est ce qui fait que nous puissions enregistrer des perdus de vue chez les enfants. Pour celles qui ont déjà partagé ou bien celles qui suivent leur CPS ici, on ne rencontre pas ce problème-là.

E : Ok. Alors, comment faites-vous pour savoir que cette maman est venue ou pas à son RDV avec l'enfant ?

I : Nous avons le tableau de bord et aussi le registre couple Mère et enfant. Dans la salle d'accouchement le registre aussi est rempli. Entant que prestataire, je sais qu'au mois de février nous avons deux femmes VIH positives qui ont accouché. Une est suivi ici et l'autre est suivi dans une autre structure. Celle qui est suivi ailleurs sera renvoyée dans sa structure de suivi. Nous nous allons suivre celle qui prend ses soins ici chez nous. Elle aura déjà sa date de RDV à 6 semaines inscrite dans sa fiche. Et la plupart respecte cela. A l'approche de cette date de RDV, on commence déjà les rappels au téléphone, parce que nous avons déjà la liste de celle qui viendrons à telle ou telle date.

E : Est-ce qu'il a toujours de celles qui résistent toujours ou qui ne répondent carrément pas ?

I : Il y a de celles qui viennent à Deux mois pour le test qui devait se faire à 6 semaines. Quand vous lui demandez le pourquoi de son retard, elle répond qu'elle avait oublié. Pour moi je ne pense pas que ça soit l'oubli. Des fois c'est le consentement de la maman. Peut-être qu'elle a encore des doutes, elle craint que les résultats de l'enfant ne soit pas ce à quoi elle s'attend, ...

E : Hum Hum...

I : ... elle voit que l'enfant est bien en apparence. Et elle se dit qu'elle finira par venir au centre. Elle n'est pas pressée. Et là il faut des rappels téléphoniques ou bien une descente sur terrain qui pourront lui donner la force de venir avec l'enfant.

E : A l'arrivée de l'enfant au 45^{ème} jour, où de passe le prélèvement ?

I : Le prélèvement des enfants se fait de notre box de laboratoire là-bas (elle montre du doigt la porte du box). C'est là où nous mettons tout notre matériel. Quand la maman entre, on lui fait asseoir et nous prélevons sur carte DBS le sang de l'enfant.

E : Comment réagissent les mamans lors de ces prélèvements ?

I : Il y a des mamans qui sont « Kif Kif ». Elles voient plus l'intérêt de l'enfant lors de ce prélèvement. Et d'autres se font beaucoup de souci à force de voir comment nous piquons l'enfant, elles ont un peu peur des éventuels résultats, ... C'est souvent ça les réactions des mamans.

E : Selon votre expérience, avec autant d'années fait dans ce domaine, avez-vous remarqué une amélioration sur le retour des mamans au 45^{ème} jour ?

I : Il y avait déjà une amélioration. Ce que j'ai constaté ces derniers temps, on n'a plus, ou il y très peu des femmes VIH positives qui accouchent. Comme je vous ai dit, au mois de février il n'y a eu que deux accouchements et nous, nous n'attendrons qu'un seul enfant. Avant on pouvait en attendre 4, 5 voire même 6 pour leur 45^{ème} jour. Mais maintenant, sois ce mois-là il n'y a pas d'accouchement, cela implique qu'il y a zéro RDV. Pour moi c'est à ce niveau que je voie qu'il y a une baisse.

E : Dans ce travail que vous faites, si on vous demande de donner un conseil aux responsables du projet sur l'amélioration du dépistage précoce des enfants exposés, quel conseil donneriez-vous ?

I : Concernant ce dépistage, il faut que nous ayons les résultats à temps. Quand nous dépistons, nous devons avoir des résultats à remettre aux mamans. Ils doivent prendre à cœur le rendu des résultats surtout pour les DBS des enfants. La maman peut venir à plus d'un RDV mais nous n'avons toujours pas de résultat à lui

remettre. De la même façon que nous nous battons pour dépister les enfants et envoyer les cartes DBS, que ça soit de cette façon qu'ils doivent aussi agir pour nous retourner les résultats.

E : A part ce fait-là, tout le reste est bon ?

I : Pour le reste ça va. Tout se passe bien.

E : (Une personne entre et nous dit bonjour) ... Est-ce que vous avez des mamans qui ont eu à avoir plus d'un enfant dans votre service ? Une mère VIH positive avec deux ou trois enfants dépistés négatifs ?

I : Oui, on a beaucoup de cas comme ça. Deux, trois voire quatre enfants dépistés négatifs... Oui, il y en a.

E : Le fait que les résultats viennent en retard, cela a-t'il un impact sur leur retour ?

I : Oui, cela les démotive parfois. Nous sommes obligés d'utiliser des stratégies pour qu'elles nous ramènent les enfants à dépister en attendant les résultats antérieurs, en lui donnant par exemple les médicaments pour un jour pour les pousser à revenir le lendemain avec les enfants.

E : Merci pour votre temps et votre patience. Nous avons fini notre entretien. Je reviendrai vers vous pour vous donner la suite de notre enquête.