

**OPTIMISATION DE LA COUVERTURE OPÉRATIONNELLE
DE LA PREVENTION DE LA TRANSMISSION MÈRE -
ENFANT DU VIH A LUBUMBASHI, RÉPUBLIQUE
DÉMOCRATIQUE DU CONGO :
QUELLE STRATÉGIE ADOPTER OU RENFORCER ?**

Albert MWEMBO TAMBWE A NKOY

Promoteur : Professeur Pierre BUEKENS

Co-Promoteur : Professeur Prosper KALENGA MUENZE

Thèse présentée en vue de l'obtention du titre de
Docteur en Sciences de la Santé Publique

Juillet 2012

UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES

FACULTE DE MEDECINE

ECOLE DE SANTE PUBLIQUE

DÉDICACE

A mon regretté Evariste Tshite Nkoy Mwembo dont je suis le fils. Papa, tu m'as quitté quand j'étais loin de toi pour cette thèse. Je n'ai pas eu la chance d'entendre ta dernière voix cassée. Chaque jour qui passe, quand je pense à toi, les larmes coulent de mes yeux. Que cet honneur te revienne ;

A ma mère Anastasie Mbûu Tambwe pour tant de sacrifice consenti au cours de mes études ;

A mon épouse Anne-Marie Kasongo pour ton amour et ta patience face à mes absences prolongées pendant la réalisation de cette thèse. Par ta bravoure tu as su maintenir l'harmonie familiale ;

A mes enfants : Anastasie, Evariste, Eliane et Albert pour votre patience à supporter mes longues et fréquentes absences ;

A mes nièces et neveux : Bibish et Mitterand, Regine, Philemon, Anne-Marie et Michel, Alidor, Jean, Francois, Didier, Clarice....

A tous mes frères et sœurs ainsi que leur familles : Marie Ndala Tshite, Helene Ngonge Tshite, Christine Mwadi Tshite ; Georges Kasongo Mwembo et Véronique Ngolo Tshite

A mon beau frère Alidor Kayamba

A mes cousines et cousins

A ma belle famille : Papa Kasika, maman Kausa, Chantal Kabamba, Nadine Kitenge, Marcel Ngoy, David et Rachel

A toutes les familles amies

Pour tout votre soutien moral, spirituel et matériel.

Je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS

Cette thèse est le résultat des efforts conjugués des plusieurs personnes et institutions. Mes mots ne peuvent pas exprimer correctement ma gratitude à tous. Simplement, je dis merci à quiconque qui a contribué d'une manière ou d'une autre à l'aboutissement de cette thèse. Aussi d'avance, je présente mes excuses à celles que je n'aurai pas citées nommément.

Concernant les institutions, qu'il me soit permis de remercier tout d'abord la Coopération Technique Belge (CTB) pour m'avoir octroyé cette bourse d'étude. Ensuite, je remercie sincèrement l'Université de Lubumbashi (UNILU) pour m'avoir donné cette opportunité et ; l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT) .Et en fin, l'Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles (ULB), pour la formation et l'encadrement dont j'ai été bénéficiaire au cours de la réalisation de cette thèse.

Je remercie profondément, les autorités sanitaires de la ville de Lubumbashi pour l'intérêt et leur soutien apportés à mes recherches de terrain.

Professeur Pierre Buekens, promoteur de ce travail, je vous dis merci pour avoir accepté de diriger et accompagner un inconnu malgré vos lourdes charges professionnelles et la grande distance qui nous sépare. Votre rigueur scientifique, votre patience et votre disponibilité sans faille ont permis l'aboutissement de ce travail.

Professeur Prosper Kalenga co-promoteur de cette thèse, je vous remercie pour avoir accepté de co-diriger ce travail. C'est depuis mon assistantat que vous n'avez cessé de me conduire scientifiquement ; d'abord lors de ma première publication dans une Revue Française de Gynécologie et Obstétrique, puis lors de mon mémoire de spécialisation en gynécologie obstétrique et enfin, la co-direction de cette thèse. Votre rigueur et disponibilité m'ont encouragé et soutenu pour finaliser ce travail.

Professeur Philippe Donnen, Président de mon comité d'encadrement, merci pour votre disponibilité, flexibilité, encouragement et soutien tout au long de la réalisation de cette thèse. Vous étiez pour moi non seulement un encadreur, mais le pilier de mon intégration à l'Ecole de Santé Publique de l'ULB. A travers vous, je me sentais réconforté et consolé devant l'incertitude.

Professeur Perrine Humblet, membre de mon comité d'encadrement, merci pour vos corrections et orientations tout au long de la réalisation de cette thèse. Votre lecture non médicale m'a permis d'intégrer l'approche pluridisciplinaire dans ma thèse.

Professeur Michèle Dramaix, merci pour vos corrections et orientations tout au long de la réalisation de cette thèse.

Professeur Sophie Alexander, merci pour vos corrections et orientations dans la conception du projet de cette thèse.

Mes remerciements s'adressent à toi mon ami, Professeur Faustin Chenge pour ton amitié, tes corrections, orientations, disponibilités, rigueur et assistance tout au long de la réalisation de cette thèse au prix de sacrifier tes multiples préoccupations.

Professeur Malonga Kaj, Directrice de l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi pour tout le soutien et l'orientation depuis le début de cette thèse.

Ma gratitude s'adresse au Professeur Chenge Borasisi, Vice doyen de la Faculté de Médecine et Médecin Directeur des Cliniques Universitaires de Lubumbashi, pour son soutien et ses encouragements tout au long de la réalisation de ce travail.

Mes remerciements s'adressent au Professeur Wakunga, Doyen de la Faculté de Médecine pour les encouragements m'adressés tout au long de la réalisation de cette thèse. Qu'il en soit de même de tous les Professeurs du département de Gynécologie et Obstétrique, à savoir Professeurs Mutach, Kizonde, Kakudji, Kabila et le regretté Otshudiongo.

Egalement, nos remerciements s'adressent au Professeur Luboya pour ses encouragements lors de la réalisation de cette thèse.

Que tous les collègues et amis des départements de Gynécologie et Obstétrique et de Santé Publique reçoivent mes remerciements pour leurs encouragements et soutien pendant la réalisation de cette thèse. Plus particulièrement, ceux de service de Gynécologie et Obstétrique des Cliniques Universitaires de Lubumbashi, qui ont pu supporter mes absences répétées et prolongées du service.

Mes remerciements s'adressent à tous les amis et confrères avec qui nous partageons la vie quotidienne pour leur soutien et encouragement. Je cite : Robert Lukamba, Richard

Bukongo, Godet Assumani, Saleh, Claude Mwamba, Jean Kazadi, Willy Arung, Vincent Kalombo, Abdon Mukalay, Jean Louis Mbuyi, Andrien Kankolongo ,Odon Mbikay, Jeacques
Particulièrement à toi Danny Kasongo je dis merci pour ce temps de la fin de cette thèse que nous avons partagé, tes conseils et encouragements...

Pour tes conseils et les échanges scientifiques que nous avons eu ensemble, je te dis merci Rénovate.

Popaul Malamba, Cham Lubamba et Kabulu Arnauld, je vous dis merci pour votre soutien particulier au cours de cette thèse.

Au Dr Pascal Nawej et toute l'équipe de CMDC, je dis merci pour leurs encouragements.

Mes remerciements s'adressent également à madame Kateng, coordinatrice provinciale de la PTME Katanga ; Eric Kasamba , le biologiste ; Abel Ntambwe coordinateur de Femme Sida, Francine Muteb, coordinatrice de AMKA et tous les responsables des structures de santé qui ont servi de cadre de nos études pour leur collaboration pendant la réalisation de cette thèse.

Que toutes les enquêtrices qui ont participé à la récolte des données malgré leurs multiples occupations trouvent ici l'expression de ma gratitude.

RESUME

Position du problème

La majorité des enfants contaminés par le VIH se retrouve dans les pays en développement. Pour prévenir la transmission verticale les femmes doivent d'abord connaître leur statut sérologique au VIH. En République Démocratique du Congo, le problème posé par la transmission mère-enfant est préoccupant. Pour lutter contre cette transmission verticale, la Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) est intégrée dans le paquet minimum d'activités de la CPN. Comme dans d'autres pays, la couverture reste toujours insuffisante.

Objectifs

Spécifiquement ce travail visait à : (1) déterminer la proportion des femmes qui n'ont pas fait l'objet du dépistage du VIH parmi les accouchées des maternités de Lubumbashi ; (2) évaluer le niveau de connaissance du personnel travaillant dans des maternités en matière des recommandations de la PTME à Lubumbashi ; (3) déterminer l'acceptabilité du dépistage rapide du VIH en salle de travail ; (4) Mettre sur pieds une stratégie pouvant contribuer à atteindre une couverture opérationnelle optimale de la PTME dans des contextes similaires à la ville de Lubumbashi.

Méthodologie

C'est une approche de recherche-action réalisée au niveau du système de santé, des prestataires de soins, parturientes et accouchées dans les maternités de Lubumbashi. Pour ce faire deux études transversales et une intervention ont été réalisées à partir d'avril 2010 à février 2011 : les études transversales ont permis de déterminer la proportion des accouchées avec du statut sérologique VIH inconnu et d'évaluer le niveau de Connaissances, Attitudes et Pratiques (Niveau de CAP) des prestataires de soins de salles de travail face aux recommandations de la PTME. L'intervention a consisté à faire le dépistage rapide du VIH chez les parturientes admises en salles de travail.

Résultats

Parmi les accouchées, 52,5 % ignoraient leur statut sérologique. Parmi elles, 62,9 % accepteraient de faire le test VIH à la maternité. La proportion des femmes avec un statut sérologique inconnu au VIH était significativement plus élevée chez celles qui n'avaient pas suivi de CPN (*Odds Ratio* ajusté [ORa] = 5,8; Intervalle de Confiance [IC] 95 % : 1,7-19,0) et chez celles qui avaient un bas niveau d'instruction (ORa = 1,5 ; IC 95% : 1,1-2,1).

Le niveau de CAP de la PTME des prestataires des maternités à Lubumbashi était suffisant dans seulement 8,5 % des cas. La proportion de prestataires avec un niveau CAP suffisant était significativement plus élevée chez les universitaires que chez les non universitaires (ORa = 8,6; Intervalle de Confiance [IC] 95 % : 1,6-47,5) et dans les maternités où la PTME était intégrée (OR = 4,5 ; IC 95 % : 1,3-18,4).

Sur 474 parturientes, 433 (91,4 % ; IC 95 % : 88,4-93,7 %) ont bénéficié d'un dépistage du VIH en salle de travail après *counseling*. La prévalence du VIH chez les parturientes examinées était de 4,8 %. L'acceptabilité du dépistage rapide du VIH était significativement plus élevée lorsque la durée du *counseling* était inférieure ou égale à 5 minutes (ORa = 5,8 ; IC 95 % : 2,6-13); chez les parturientes qui avaient déclaré ne pas avoir l'objet de dépistage aux CPN (ORa = 3,8 ; IC 95 % : 2-7,8) et chez celles qui étaient en début de travail d'accouchement (ORa = 2,3 ; IC 95 % : 1,2-4,7).

Conclusion

La proportion de femmes qui accouchent sans connaître leur statut sérologique au VIH est encore importante, malgré le fait que le dépistage du VIH soit proposé lors des CPN. C'est un besoin non couvert et une deuxième opportunité manquée. Etant donné qu'il existe à Lubumbashi des structures sanitaires offrant le service de PTME, nous proposons l'approche *opt out* du dépistage rapide du VIH en salle de travail pour cette catégorie de femmes. Cette stratégie contribuerait à optimiser la couverture opérationnelle du service au moindre coût.

Mots clés :

SUMMARY

Background

The majority of children infected with HIV are found in developing countries. To prevent vertical transmission women must first know their HIV status. In the Democratic Republic of Congo, the problem of mother to child transmission is a concern. To fight against vertical transmission, national policy has included the Prevention of HIV Transmission from Mother to Child Transmission (PMTCT) in the package of activities of the Antenatal care. As in other countries, coverage is still insufficient.

Objective

Specifically this study aims to: (1) determine the proportion of women who did not receive HIV testing among women who gave birth in maternity units in Lubumbashi, (2) assess the level of knowledge of staff working in maternity units in the recommendations of PMTCT in Lubumbashi, (3) determine the acceptability of rapid HIV testing in the labor room, (4) develop a strategy to improve the operational coverage of PMTCT in similar contexts to the city of Lubumbashi.

Methods

This is an approach to action research conducted at the health system, care providers and parturients and women gave birth in maternity birth in the maternity Lubumbashi. To get two successive cross-sectional studies and intervention was conducted from April 2010 to the end of February 2011: cross-sectional studies have determined the proportion and determinants of birth with unknown HIV status and to evaluate the Level of Knowledge, Attitudes and Practices (KAP level) providers care delivery room in the PMTCT recommendations. The intervention consisted in the rapid HIV testing in parturient admitted to labor wards.

Results

The analyses of our results showed that among mothers, 52.5% were unaware of their HIV status. Among them, 62.9 % would be tested for HIV to motherhood. The proportion of women with unknown HIV status to HIV was significantly higher in those who had not

attended ANC (adjusted odds ratio [aOR] = 5.8, Confidence Interval [CI] 95%: 1.7 - 19) and among those with a low education (aOR 1.5, 95% CI: 1.1 to 2.1).

The level of CAP PMTCT providers of maternity was sufficient to Lubumbashi in only 8.5% of cases. The proportion of claimants with a sufficient level CAP was significantly higher among academics than among non-academic (aOR = 8.6, confidence interval [CI] 95%: 1.6 to 47.5) and in maternity wards where PMTCT was integrated (OR = 4.5, 95% CI: 1.3 to 18.4).

Among 474 parturients, 433 (91.4% confidence interval [CI] 95%: 88.4 to 93.7%) were voluntary testing for HIV in the labor ward after counseling. HIV prevalence among parturients examined was 4.8%. The acceptability of rapid HIV testing was significantly higher when the duration of counseling was less than or equal to 5 minutes (aOR = 5.8, 95% CI: 2.6 to 13) in parturients who reported not doing this testing for EIC (aOR = 3.8, 95% CI: 2 to 7.8) and among those who were in early labor delivery (aOR = 2.3, 95% CI: 1.2 - 4.7). By cons, it was lower among adolescents than among adults (aOR = 0.1; [CI] 95%: 0.0-0.7).

Conclusion

The proportion of women who give birth without knowing their HIV status is still important, despite the fact that HIV testing be made available when the antenatal care. This is an unmet need and would be a missed opportunity. Since there Lubumbashi health facilities offering PMTCT service, we offer the opt-out approach of rapid HIV testing in the labor ward for such women, to optimize coverage of operational service at the lowest cost.

TABLE DES MATIÈRES

DÉDICACE	2
REMERCIEMENTS	3
RÉSUMÉ.....	6
SUMMARY.....	9
TABLE DES MATIÈRES.....	10
LISTE DES TABLEAUX	13
LISTE DES FIGURES	13
ABREVIATIONS.....	13
AVANT PROPOS	13
CHAPITRE 1. INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	Erreur ! Signet non défini.
1.1. Problématique de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant	Erreur ! Signet non défini.
1.1.1. Pertinence épidémiologique	Erreur ! Signet non défini.
1.1.2. Description de l'agent causal : le Virus d'Immuno- déficience Humaine.....	Erreur ! Signet non défini.
Signet non défini.	
1.1.3. Risques de transmission du VIH de la Mère à l'Enfant	Erreur ! Signet non défini.
1.1.4. Moments de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant	Erreur ! Signet non défini.
défini.	
1.1.5. Mécanismes de la transmission du VIH de la Mère à l'Enfant	Erreur ! Signet non défini.
défini.	
1.1.5.1. Transmission du VIH par voie ascendante	Erreur ! Signet non défini.
1.1.5.2. Transmission du VIH par voie transplacentaire	Erreur ! Signet non défini.
1.1.5.3. Transmission du VIH par voie orale.....	Erreur ! Signet non défini.
1.1.6. Facteurs de risque de la TME du VIH.....	Erreur ! Signet non défini.
1.1.7. Stratégies de réduction de la transmission verticale du VIH.....	Erreur ! Signet non défini.
défini.	
1.1.7.1. Dépistage du VIH chez les femmes enceintes.....	Erreur ! Signet non défini.
1.1.7.2. Défi de la prévention de la transmission postnatale	Erreur ! Signet non défini.
1.1.7.3. Place des antirétroviraux dans la PTME.....	Erreur ! Signet non défini.
1.1.7.4. Prise en charge obstétricale	Erreur ! Signet non défini.
1.1.8. Principaux obstacles à la PTME.....	Erreur ! Signet non défini.
1.2.Contexte de la République Démocratique du Congo	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1. Au niveau national.....	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1.1. Situation géographique	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1.2. Situation démographique.....	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1.3. Situation socio-économique	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1.4. Système sanitaire	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1.5. Réponse nationale en matière de PTME insuffisante	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1.6. Prévalence du VIH.....	Erreur ! Signet non défini.

1.2.1.7. Indicateurs de la santé reproductive	Erreur ! Signet non défini.
1.2.1.8. Indicateurs de la PTME	Erreur ! Signet non défini.
1.2.2. Au niveau de la ville de Lubumbashi	Erreur ! Signet non défini.
1.3. Question de recherche, hypothèses et objectifs du travail	Erreur ! Signet non défini.
I.3.1. Question de recherche	Erreur ! Signet non défini.
I.3.3. Objectif général.....	Erreur ! Signet non défini.
I.3.4. Objectifs spécifiques	Erreur ! Signet non défini.
Références	Erreur ! Signet non défini.
CHAPITRE 2. METHODOLOGIE GENERALE.....	Erreur ! Signet non défini.
2.1. Contexte de l'étude.....	Erreur ! Signet non défini.
2.2. Cadre conceptuel	Erreur ! Signet non défini.
2.3. Définition des concepts	Erreur ! Signet non défini.
2.4. Description des études par objectifs	Erreur ! Signet non défini.
2.4.1. Etude transversale	Erreur ! Signet non défini.
2.4.2. Etude d'intervention.....	Erreur ! Signet non défini.
2.5. Considérations éthiques.....	Erreur ! Signet non défini.
Références	Erreur ! Signet non défini.
CHAPITRE 3. RESULTATS.....	Erreur ! Signet non défini.
3. 1. Accouchées avec statut sérologique VIH inconnu à Lubumbashi, RD Congo: proportion et déterminants	Erreur ! Signet non défini.
3.1.1. Introduction	Erreur ! Signet non défini.
3.1.2. Méthodologie	Erreur ! Signet non défini.
3.1.3. Résultats	Erreur ! Signet non défini.
3.1.4. Discussion	Erreur ! Signet non défini.
3.1.5. Conclusion.....	Erreur ! Signet non défini.
Références	Erreur ! Signet non défini.
3.2. Connaissances, attitudes et pratiques des prestataires des soins de la salle d'accouchement en rapport avec la prévention de la transmission du vih de la mère a l'enfant à Lubumbashi	Erreur ! Signet non défini.
3.2.1. Introduction	Erreur ! Signet non défini.
3.2.2. Méthodologie	Erreur ! Signet non défini.
3.2.3. Résultats	Erreur ! Signet non défini.
3.2.4. Discussion	80
<u>3.2.5. Conclusion.....</u>	<u>83</u>
Références	Erreur ! Signet non défini.

3.3. Dépistage volontaire du VIH en salle de travail a Lubumbashi, RD Congo: une stratégie de rattrapage dans le cadre de la prévention de la transmission de la mère a l'enfant	88
3.3.1.Introduction	Erreur ! Signet non défini.
3.3.2.Méthodologie	Erreur ! Signet non défini.
3.3.3. Résultats	Erreur ! Signet non défini.
3.3.4. Discussion	100
3.3.5. Conclusion.....	103
Références	Erreur ! Signet non défini.
CHAPITRE 4. DISCUSSION GENERALE –CONCLUSION -RECOMMANDATIONS	
.....	Erreur ! Signet non défini.
4.1. Question de recherche et cadre conceptuel	Erreur ! Signet non défini.
4.2. Limites et intérêts des types d'études réalisés.....	Erreur ! Signet non défini.
4.2.1. Etudes transversales	Erreur ! Signet non défini.
4.2.2. Etude d'intervention non randomisée	Erreur ! Signet non défini.
4.3. Pertinence des principaux résultats	Erreur ! Signet non défini.
4.3.1. Besoin non couvert en dépistage du VIH en salle d'accouchement : Accouchées avec statut sérologiques VIH inconnu	Erreur ! Signet non défini.
4.3.2. Niveau de Connaissances, Attitudes et Pratiques des prestataires de la salle d'accouchement en rapport avec la PTME insuffisant.....	Erreur ! Signet non défini.
4.3.4. Mise en œuvre du dépistage du VIH en salle de travail.....	Erreur ! Signet non défini.
4.3.5. Approche stratégique pouvant contribuer à l'augmentation de la couverture opérationnelle à Lubumbashi	Erreur ! Signet non défini.
Conclusion et recommandations	Erreur ! Signet non défini.
Références	Erreur ! Signet non défini.
ANNEXES	Erreur ! Signet non défini.
Annexe 1. Acceptabilité du dépistage volontaire du VIH chez les femmes enceintes à l'hôpital général de référence de Kenya à Lubumbashi en République Démocratique du Congo	124
Annexe.2. Questionnaires par objectifs	142

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 . Facteurs qui augmentent le risque de transmission verticale du VIH d'après Mandelbrot (9)..... **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 2 . Paramètres sociodémographiques et gynéco-obstétricaux des accouchées à Lubumbashi en 2010 **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 3 : Causes ayant empêché la réalisation du dépistage du VIH chez les accouchées à Lubumbashi en 2010 **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 4 . Facteurs associés au statut sérologique VIH inconnu des accouchées à Lubumbashi 2010..... **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 5 . Association entre les facteurs sociodémographiques et professionnels des prestataires de la salle d'accouchement et le niveau de Connaissance, Attitude et Pratique en rapport avec la PTME à Lubumbashi en 2010 **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 6 . Associations entre les connaissances et attitudes favorisant la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant à Lubumbashi, en 2010 **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 7. Association entre la proposition de prestation de Planification Familiale(PF) et les facteurs professionnels des prestataires des maternités à Lubumbashi, en 2010 79
- Tableau 8. Paramètres sociodémographiques de la population d'étude à Lubumbashi en 2011 **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 9. Paramètres obstétricaux et relatifs au conseil et dépistage rapide du VIH de la population d'étude à Lubumbashi en 2011 **Erreur ! Signet non défini.**
- Tableau 10. Dépistage rapide du VIH en salle de travail selon les facteurs sociodémographiques et obstétricaux des parturientes à Lubumbashi en 2011 99

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 . Représentation schématique du virus VIH-1 (Techno-science.net) **Erreur ! Signet non défini.**
- Figure 2. Intégration de la PTME dans le service de la santé maternelle et infantile d'après Greeson (23) **Erreur ! Signet non défini.**
- Figure 3. Distribution spatiale des structures de soins à Lubumbashi, en 2006 [3] **Erreur ! Signet non défini.**
- Figure 4 . Cadre d'analyse basée sur l'intégration de la PTME dans le service de la santé maternelle et infantile..... **Erreur ! Signet non défini.**
- Figure 5. Diagramme du flux de parturientes pendant la période d'étude dans les 5 maternités de Lubumbashi 2010-2011..... **Erreur ! Signet non défini.**

ABREVIATIONS

ARV	Anti Rétrovirus
CD4:	Nombre de lymphocytes T-CD4
CPN :	Consultations Périnatales
C.U.L	Cliniques Universitaires de Lubumbashi
FHI	<i>Family Health International</i>
GTZ	<i>Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit</i> (Coopération technique Allemande)
HAART:	<i>Highly Active Anti retroviral Therapy</i>
HGR	Hôpital Général de Référence
HLA	<i>Human Leucocyte Antigen</i>
MICS	<i>Multiple Indicators Cluster Survey</i> ou Enquête par grappes à indicateurs multiples
OMS	Organisation Mondiale de la santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA	Programme Commun des Nations Unies pour le VIH/SIDA
PEPFAR	<i>President's Emergency Plan For AIDS Relief</i>
PNLS	Programme National de Lutte contre le VIH/Sida et les infections Sexuellement transmissibles
PNMLS	Programme National Multisectoriel de Lutte contre le VIH/Sida
PNSR	Programme National de la Santé de la Reproduction
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
RDC	République Démocratique du Congo
SIDA	Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SIV	<i>Simian Immunodeficiency Virus</i>
TME	Transmission Mère-Enfant
UNGASS	<i>United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS</i>
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus d'Immuno Déficience Humaine

AVANT-PROPOS

La santé de la femme, mère et son enfant a toujours constitué un centre d'intérêt particulier dans notre vie professionnelle. Contribuer tant soit peu au bien-être de cette catégorie de la population nous a motivé à orienter notre formation et pratique professionnelle : du médecin généraliste au gynécologue et obstétricien, puis Master en Contrôle des Maladies option Santé de la Reproduction et enfin un doctorat dans le domaine intéressant la mère et son enfant. C'est dans ce cadre que cette thèse est inscrite.

En vue de permettre une bonne compréhension aux lecteurs, notre travail est présenté en quatre chapitres.

Le premier chapitre concerne l'introduction générale. Il porte sur une synthèse des connaissances relatives à la prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) en trois points. D'abord, la problématique de la PTME dans le monde avec les avancées et les défis à relever sont abordés. Ensuite, le contexte de la République Démocratique du Congo est analysé. Et enfin, nous présentons la question, les hypothèses et les objectifs de la recherche.

Le deuxième chapitre décrit la méthodologie générale. Il aborde la description du contexte de l'étude, le cadre conceptuel de référence, les définitions des concepts ainsi que la description succinctes des différentes études réalisées dans cette investigation.

Le troisième chapitre présente en détails et successivement, les résultats de nos principales études en forme d'articles acceptés dans des revues scientifiques. Par conséquent chaque étude est conçue pour pouvoir être lu de façon indépendante. Cela amène à des répétitions plus particulièrement lorsqu'il s'agit des paragraphes d'introduction car, toutes ces études ont été réalisées à Lubumbashi.

Le quatrième chapitre et le dernier, concerne la discussion générale et la conclusion. Dans cette partie, une synthèse est faite pour la cohérence de l'ensemble de la recherche. Cette discussion reprend la question de recherche, le cadre conceptuel, les limites et intérêt des études réalisées et l'analyse des principaux résultats. De cette analyse, nous avons dégagé une stratégie pouvant contribuer à atteindre une couverture opérationnelle optimale de la PTME. La conclusion et les recommandations mettent un terme à ce travail.