Article de recherche

Rev. Cong. Sci. Technol., Vol. 04, No. 02, pp. 220-228 (2025)

OPEN ACCESS

Revue Congolaise des Sciences & Technologies

ISSN: 2959-202X (Online); 2960-2629 (Print)

https://www.csnrdc.net/

REVUE CONGOLAISE DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES

Facteurs renforçant l'impact du leadership communautaire comme pilier stratégique de la politique et du système de santé dans la riposte au VIH-SIDA. Recherche effectuée dans la Zone de Santé de Lodja, Province du Sankuru en République Démocratique du Congo en 2024

[Factors strengthening the impact of community leadership as strategic pillars of policy and the health systems in the response to HIV/AIDS Research carried out in the Lodja Health Zone, Sankuru Province in the Democratic Republic of Congo in 2024]

Ndjoo Shongo Benjamin[1*], Lokale Lohose John[2], Bapidia Nzengu Samuel[3], Mutumbi Abeli Franck[4] & Bernard Ntoto Nkuzi[2]

[1]*Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lodja, Lodja, République Démocratique du Congo*

[2]*Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Tshumbe, Tshumbe, République Démocratique du Congo*

[3]*Section Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

[4]*Département de Sciences Infirmières, Faculté de Sciences de Santé, Université Pédagogique Nationale, Kinshasa, République Démocratique du Congo*

Résumé

Dans la Déclaration d'Alma Ata de septembre 1978, les soins de santé primaires exigent au maximum l'auto responsabilité des collectivités et des individus au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires. La riposte au VIH est fragilisée lorsque le leadership communautaire qui est son levier de progrès, souffre d'un manque de reconnaissance, de soutien et de ressources. Voilà pourquoi le rôle de leadeurs des communautés doit être placé au cœur de tous les programmes. L'objectif était d'identifier les facteurs renforçant l'impact du leadeurship communautaire pour une riposte efficace au sida dans ladite zone de santé. Cette étude est quantitative du type prospectif appuyé de l'entretien individuel direct. L'application de la régression linéaire, retient une liaison statistique très significative entre la participation aux activités de riposte (p-value = 0,000), la disponibilité et la maitrise des documents définissant la politique sanitaire dans la riposte (p–value = 0,000), l'accès aux financements Internes et externes de la riposte (P – value = 0,000), la formation des leaders sur les activités de riposte au sida (p-value = 0,008) et le renforcement de l'impact du leadership communautaire dans la riposte au sida dans la zone de santé de Lodja.

Mots clés : Facteurs, leadership, pilier stratégique, systèmes de Santé, VIH/SIDA.

Abstract

In the Declaration of Alma Ata of September 1978, primary health care calls for maximum self-responsibility on the part of communities and individuals in the operation and control of primary health care. The response to HIV is weakened when community leadership, which is its lever for progress, suffers from a lack of recognition, support and resources. This is why the role of community leaders must be placed at the heart of all programs. The objective was to identify the Factors strengthening the impact of community leadership for an effective response to AIDS in the aforementioned Health Zone. The study was a prospective quantitative study, supported by direct individual interviews. The application of linear regression revealed a highly significant statistical relationship between participation in response activities (p-value = 0.000), availability and mastery of documents defining health policy in the response (p-value = 0.000), access to internal and external funding for the response (p-value = 0.000), training of leaders in AIDS response activities (P - Value = 0.008) and strengthening the impact of community leadership in the AIDS response in the Lodja Health Zone.

Keywords: Factors, leadership, strategic pillar, healthcare systems, HIV/AIDS.

*Auteur correspondant: Ndjoo Shongo Benjamin, (benjaminndjoo@gmail.com). Tél. : (+243) 812 899 708

https://orcid.org/0009-0001-7799-2445; Reçu le 24/02/2025; Révisé le 17/03/2025 ; Accepté le 18/04/2025

DOI: https://doi.org/10.59228/rcst.025.v4.i2.148

Copyright: ©2025 Ndjoo et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

Le VIH/SIDA constitue un problème majeur de santé publique, une menace et un défi lancé au développement social, économique et sécuritaire mondial. Beaucoup d'avancées significatives ont eu lieu depuis le début de la lutte jusqu'à ce jour, mais il reste loin d'être vaincu. Cela nécessite en effet la mise en place des nouvelles stratégies et des approches plus innovantes, efficaces et durables, dont celle consistant à confier le leadership à la communauté (M. Antonio Guterres, communication personnelle, 1er décembre 2023).

Dans la Déclaration d'Alma Ata de septembre 1978, les soins de santé primaires exigent et favorisent au maximum l'auto responsabilité des collectivités et des individus ainsi que leur participation à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires en tirant la plus large partie possible des ressources locales, nationales et autres. Ils favorisent pour cette fin par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer à ses soins (Baldé et al., 2020).

Dans la Déclaration politique des Nations Unies de 2016 sur la fin du SIDA, les Etats membres ont affirmé le rôle essentiel des communautés dans la sensibilisation, la participation à la coordination de la riposte au sida, et, la prestation de services. Pour en finir avec l'épidémie du sida, les ripostes communautaires doivent être intégrées dans tous les plans nationaux de lutte.

En outre, les États membres ont reconnu que pour atteindre les objectifs de la stratégie d'accélération, les ripostes communautaires au VIH doivent être élargies, et ils se sont engagés à faire en sorte qu'au moins 30 % des services soient pilotés par les communautés d'ici à 2030. Les actions communautaires se traduisent par des résultats. Elles permettent d'améliorer l'état de santé des personnes, de mobiliser la demande de services, d'ouvrir l'accès aux services à des personnes difficiles à atteindre dans le cadre des systèmes de santé officiels, de soutenir le renforcement des systèmes de santé, de mobiliser le leadership politique, de changer les attitudes et les normes sociales, et de créer un environnement propice qui défend l'accès pour tous (Billong et al., 2020).

Cette approche a déjà fait l'objet de promesses de la part des plusieurs leadeurs mondiaux, à l'occurrence, la déclaration politique sur le VIH/SIDA de 2021 de mettre fin aux inégalités et agir pour vaincre la maladie d'ici à l'horizon 2030, devra engager les décisionnaires à prendre des actions pour aider les communautés à montrer la voie du progrès, (Akakpo et al., 2022).

Au Canada, l'association dirigée par des gays REZO s'est appuyée largement sur les réseaux sociaux pour mobiliser la communauté gay et transgenre afin de lutter contre la variole du singe (70). Le gouvernement canadien a récompensé le rôle crucial de REZO en finançant l'organisation pour accompagner la riposte de santé publique à l'épidémie (González-Guzmán, 2021).

Au Myanmar, des groupes communautaires sont intervenus pour combler les lacunes dans les services de thérapie et de prévention du VIH dans les zones touchées par le conflit en cours Dans certaines régions d'Afrique australe, le sida réduisait à néant des décennies d'augmentation de l'espérance de vie. Les dernières statistiques mondiales sur l'état de l'épidémie de sida se présentent de la manière suivante : 39,9 millions de personnes [36,1-44,6 millions] vivaient avec le VIH dans le monde en 2023, 1,3 million [1-1,7 million] de personnes ont été infectées par le VIH en 2023, 630 000 [500 000-820 000] personnes sont mortes de maladies liées au sida en 2023, 30,7 millions de personnes [27-31,9 millions] avaient accès à une thérapie antirétrovirale en 2023, 88,4 millions de personnes [71,3-112,8 millions] ont été contaminées par le VIH depuis le début de l'épidémie, 42,3 millions de personnes [35,7-51,1 millions] ont succombé à des maladies liées au sida depuis le début de l'épidémie.

- Personnes vivant avec le VIH : en 2023, 39,9 millions de personnes [36,144,6 millions] vivaient avec le VIH dans le monde. 38,6 millions [34,9-43,1 millions] d'adultes (15 ans ou plus). 1,4 million [1,1-1,7 million] d'enfants (0-14 ans). 53 % des personnes vivant avec le VIH étaient des femmes et des filles. 86 % [69->98 %] des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut sérologique en 2023.

Environ 5,4 millions de personnes ne savaient pas qu'elles vivaient avec le VIH en 2023.

- Personnes vivant avec le VIH ayant accès à un traitement antirétroviral : fin décembre 2023, 30,7 millions [27-31,9 millions] de personnes avaient accès à une thérapie antirétrovirale, contre 7,7 millions [6,7-8 millions] en 2010, mais ce chiffre demeure en deçà de l'objectif 2025 fixé à 34 millions de personnes.

- Nouvelles infections au VIH : les nouvelles infections au VIH ont diminué de 60 % depuis le pic de 1995. En 2023, 1,3 million [1-1,7 million] de personnes ont été nouvellement infectées par le VIH, contre 3,3 millions [2,6-4,2 millions] en 1995.
- Décès liés au sida : en 2023, environ 630 000 [500 000-820 000] personnes sont décédées de maladies opportunistes dans le monde, contre 2,1 millions [1,6-2,7 millions] en 2004 et 1,3 million [1-1,7 million] en 2010.

A l'instar des autres pays de la sous-région, le principal mode de contamination est la voie sexuelle. La propagation du virus dans la population ainsi que les moyens de prévention sont donc largement tributaires des connaissances et des comportements sexuels de cette population (Béhanzin et al., 2023).

Quatre décennies après le diagnostic du premier cas du VIH/SIDA et de sa lutte, la République Démocratique du Congo notre pays fait face à une épidémie du type généralisé avec une prévalence de 1,2% dans la population générale (Tumbaco-Quirumbay & Durán-Pincay, 2021).

Le nombre des PVVIH notifié est de l'ordre de 383,509 soit 75,9%, parmi lesquelles 376,617 soit 74,5% sont sous ARV dont 113,647 soit 22,5% se retrouvent avec une charge virale supprimée (M. Lievin Kapend, communication personnelle, 1er décembre 2023).

Concernant la Province du Sankuru, Jeune Province au cœur de la République Démocratique du Congo, les projections indiquent une prévalence de 2,5% auprès des femmes enceintes. Le nombre des personnes vivant avec le VIH/SIDA est de l'ordre de 4076. Dans la ZS de Lodja, la prévalence est de 1,5 %, le nombre de PVVIH/SIDA notifié de 2022 à 2023 est successivement de l'ordre de 574 et 679 (M. Pascal Djondo, communication personnelle, 5 Juillet 2024).

2. Matériel et méthodes

2.1 Présentation du milieu d'étude

Cette étude est menée dans la Zone de Santé (ZS) de LODJA qui est l'une de 16 Zones de santé que compte la division provinciale de la santé du Sankuru, elle est qualifiée d'une zone de santé urbano-rurale car une partie de la population réside en milieu urbaine et une autre partie en milieu rural ou les banlieues de la ville. Elle figure parmi les 516 zones de santé que compte la République Démocratique du Congo.

2.2 Population cible

La population cible d'une étude est l'ensemble d'objet ou une collection d'objet sur lequel une étude est observée. Elle concerne l'ensemble des sujets impliqués dans notre recherche.

Pour notre cas, la population cible est essentiellement composée des différents leadeurs des organisations et réseaux communautaires engagés dans la riposte au sida.

2.3 Echantillon

Par rapport à notre recherche, nous avons opté pour l'échantillonnage non probabiliste du type raisonné dont une taille de 30 leadeurs communautaires enquêtés est requise. L'échantillon d'enquête est constitué de : 408 CAC, 22 CODESA et 32 autres leaders des organisations communautaires, ce qui donne un total de 462 informateurs clés.

2.4 Méthode, technique et instrument de collecte des données

Notre étude est quantitative du type prospectif, les données nécessaires à cette étude sont collectées en recourant à la technique d'interview directe et les matériels utilisés pour collecter les données notamment la Population (les Leadeurs des organisations communautaires) ; Instruments utilisés : Stylo, Papiers duplicateurs, crayon, Gomme ; Outil de collecte (Questionnaire de l'enquête) et Formulaires : Consentement libre et éclairé, attestation de recherche, affectation de stage.

2.5 Déroulement de l'étude

2.5.1 Choix et formation des enquêteurs

Pour réaliser notre enquête, 10 personnes seront formés au regard de l'étendue de la ZS de Lodja qui est notre milieu de recherche, aussi pour besoin d'efficacité. Pour être retenu comme enquêteur les critères suivants avaient été retenus : être au moins diplômé d'état ; avoir la maitrise du milieu ou du terrain d'étude ; avoir la maitriser du dialecte du milieu, du français et ou lingala ; avoir suivi une séance de briefing sur l'utilisation de l'outil de collecte.

2.5.2 Briffer les enquêteurs

Les enquêteurs seront briefés sur les techniques de collecte des données, la tenue de l'outil de collecte, le respect des principes d'éthiques de la recherche et la confidentialité des réponses fournies par les enquêtés.

La supervision de l'enquête sera assurée par l'investigateur principal.

2.5.3 Pré-enquête

L'enquête réalisée auprès d'un petit échantillon de la population interrogée par la suite, afin de tester les méthodes de collectes utilisées. Elle peut également permettre de vérifier la validité d'un échantillon. Pour ce qui est de notre étude, après la production de l'outil de collecte des données, une enquête pilote sera réalisée auprès de 5 leaders communautaires d'une Zone de santé autre que celle concernée par notre étude, mais ayant les caractéristiques communes, d'où le choix de la ZS d'OTOTO. Ceci dans le but de tester notre outil et évaluer l'adéquation de l'instrument de collecte des données, ce qui nous permettra de le réajuster ou pas notre outil.

2.5.4 Enquête proprement dite

Après la validation de notre instrument de collecte par notre équipe d'encadrement, nous nous rendrons auprès de notre cible constituée des leaders communautaires de notre circonscription de recherche qui est la ZS de Lodja pour mener notre enquête proprement dite auprès de notre cible, et cela après l'obtention préalable de l'autorisation par les autorité administratives et sanitaires de la ZS de Lodja.

2.6 Considérations éthiques et administratives éventuelles

Par le fait que notre projet de recherche implique la participation des humains, nous aurons à obtenir l'approbation du Comité de Bioéthique de l'ISTM-KIN avec un N° de référence.

2.7 Méthode de traitement des données

Les données de notre étude seront saisies à l'aide du logiciel Epi info 6 et principalement analysées avec le même logiciel. Les réponses aux questions ouvertes et fermées seront codées et analysées en utilisant une analyse thématique. A chaque niveau d'analyse, un tableau sera utilisé pour la compilation des données selon l'idée maitresse de chaque thématique et cela pour une meilleure interprétation.

L'interprétation des données collectées sera axée sur les éléments suivants : Regrouper les réponses des informateurs clés par thème ; donner clairement le sens aux réponses des informateurs clés selon les thèmes retenus.

2.8 Limite de l'étude

La limite de notre étude peut-être de plusieurs ordres. Le premier est celui lié à notre instrument de collecte des données, dont seuls les acteurs concernés seront capables de répondre à un questionnaire préalablement établit. Le deuxième pourrait-être le fait que les données collectées ne concernent essentiellement que les acteurs membres des réseaux des organisations communautaires ainsi que les leaders communautaires. Le troisième pourrait-être lié à la disponibilité de ces leaders d'accorder de leur temps pour répondre à notre questionnaire.

3. Résultats

3.1 Résultats des statistiques descriptives

Les résultats de cette étude sont présentés dans les tableaux. Les données recueillies sont présentées sous forme de pourcentage en utilisant la formule :

$$\% = \frac{E_{obs} \times 100}{E_t}$$

Avec : % pour Pourcentage, Eobs pour Effectif observé et Ft pour Effectif total (422).

Tableau I. Répartition des informateurs clés en fonction de leur genre

Sexe	E_{obs}	%
Féminin	208	49,3%
Masculin	214	50,7%
Total	422	100,0%

Ce tableau montre que plus de la moitié de nos principaux contacts sont des hommes, avec une représentation de 50,7%, tandis que les femmes représentent 49,3%, ce qui donne un rapport d'un genre à l'autre de 214 pour 208.

Tableau II. Distribution des enquêtés en fonction de leurs niveaux d'études

Niveau d'étude	E_{obs}	%
Supérieur et Universitaire	303	71,8%
Secondaire	119	28,2%
Total	422	100,0%

Il ressort du tableau ci-dessus que 71,8% de nos enquêtés étaient des cadres du niveau supérieur et Universitaire, et 28,2% étaient du niveau secondaire.

Tableau III. Distribution des acteurs principaux en fonction de la formation acquise pour la réponse au sida.

Former sur la riposte au SIDA	E_{obs}	%
Formés	104	24,6%
Non formés	318	75,4%
Total	422	100,0%

Ce tableau indique que 75,4% des acteurs clés n'ont jamais profité d'un programme de renforcement de compétences dans la riposte au sida, tandis que 24,6% affirment avoir reçu une formation.

Tableau IV. Distribution des informateurs clés en fonction de leur compréhension (maitrise) de la politique nationale de riposte au sida.

Maitrise de la politique nationale de riposte	E_{obs}	Percent
Oui	191	45,3%
Non	231	54,7%
Total	422	100,0%

Concernant la présence et la maitrise de documents stipulant la politique de riposte, 54,7% de nos interlocuteurs ont affirmé ne pas les avoir ni maitriser, tandis que 45,3% ont confirmé en avoir et maitriser.

Tableau V. Répartition des informateurs clés en fonction de leur implication dans les mesures de riposte orchestrées par les partenaires financiers et techniques.

Participation aux activités de riposte	E_{obs}	%
Participe totalement	28	6,6%
Participe partiellement	180	42,7%
Ne participe pas	214	50,7%
Total	422	100,0%

Concernant l'engagement dans les activités de riposte, les chiffres indiquent que 50,7% ne participent pas, 42,7% s'impliquent partiellement et tout juste 6,6% sont entièrement investis dans ces initiatives.

Tableau VI. Répartition des informateurs clés selon qu'elles disposent le répertoire actualisé des intervenants dans la riposte

Disponibilité du répertoire actualisé des intervenants dans la riposte	E_{obs}	%
Oui	117	27,7%
Non	305	72,3%
Total	422	100,0%

Au tableau ci-dessus, les résultats témoignent que 72,3% des organisations ne disposent pas le répertoire actualisé des intervenants, et 27,7% en ont.

Tableau VII. Répartition des informateurs clés selon la disponibilité du plan de plaidoyer pour la mobilisation des ressources

Disponibilité du plan de plaidoyer	E_{obs}	%
Oui	289	68,5%
Non	133	31,5%
Total	422	100,0%

Le tableau mentionné ci-dessus révèle que 68,5% affirment posséder ce plan tandis que 31,5% n'en ont pas.

Tableau VIII. Distribution des informateurs clés en fonction de leurs sources de financement pour la réponse.

Sources de financement pour la riposte	E_{obs}	%
Contribution des membres	372	88,2%
Les activités génératrices de revenus	5	1,2%
Les subventions des PTF installés dans la ZS	45	10,6%
Total	422	100,0%

Quant à ce tableau, 88,2% des informateurs clés ont déclaré avoir comme source de financement les contributions de membres, 10,6% reçoivent les subventions des partenaires techniques et financiers et 1,2% par les activités génératrices de revenu comme source de financement.

Tableau IX. Répartition des informateurs clés selon l'existence des services à base communautaire de la riposte au sida dans leurs milieux

Existence des services à base communautaire	E_{obs}	%
Les services existent	68	16,1%
Les services n'existent pas	354	83,9%
Total	422	100,0%

Les résultats ci-dessus indiquent que 83,9% des informateurs clés ont déclaré qu'il n'existe aucun service à base communautaire dans la ZS de Lodja et 16,1% ont affirmé que ces services existent.

3.2 Régression linéaire

La régression linéaire est une méthode essentielle en statistiques car elle permet de comprendre et de prédire des relations entre des variables. Des variables dépendantes et indépendantes de cette étude, nous avons calculé quatre paramètres en faisant la régression linéaire. Les résultats de ces paramètres sont présentés au tableau X.

Tableau X. Résultats de la régression linéaire entre les variables dépendantes et indépendantes

Variables	Coefficient	Std Error	F-test	*p*-Value
Développement de compétences dans la lutte contre le sida	0,223	0,084	7,0582	0,008400
L'accès au financement de la riposte	0,456	0,062	54,6747	0,000000
La compréhension de la politique nationale de riposte par les leaders communautaires	0,558	0,072	60,7879	0,000000
La participation dans les actions de riposte	0,191	0,039	24,1439	0,000001
CONSTAT	0,855	0,157	29,6246	0,000000

Il ressort du tableau X qu' après l' application de la régression linéaire nous avons retenu une liaison statistique très significative entre la participation communautaires lors de la planification, la mise en œuvre et évaluation des activités de riposte (*p*-value = 0,000) , la disponibilité et la maitrise de la politique nationale de la riposte par les leaders communautaires (*p*-value = 0,000), accès aux financements Internes et externes de la riposte (*p–value* = 0,000), la formation des leaders communautaires sur la riposte sida (*p*-value = 0,008) et le renforcement de l' impact du leadership communautaire dans la riposte au sida dans la ZS de Lodja.

Ainsi la *p*-value pour chaque test l'hypothèse nulle que le coefficient est égal à zéro (aucun effet).Une faible valeur *p* (<0,05) indique que nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle. En d'autres termes, un prédicteur qui a une faible valeur *p*-value est susceptible d'être un ajout significatif à notre modèle parce que les changements dans la valeur du prédicteur sont liés à des changements dans la variable de réponse.

Inversement, une *p*-value plus importante (non significative) suggère que les changements dans le prédicteur ne sont pas associés à des changements dans la réponse.

Dans le tableau ci-dessus, nous avons vu que les variables prédictives la participation aux activités de riposte (*p*-value = 0,000) , La compréhension de la politique nationale de riposte par les leaders communautaires (*p*-value = 0,000), l'accès aux financements de la riposte au sida (*p*-value = 0,000), le développement de compétences dans la riposte au sida (*p*-value = 0,008) et le renforcement de l' impact du leadership communautaire dans la riposte au sida sont très significatives parce que leurs valeurs *p* sont de 0,000.

4. Discussion

Le monde a promis de mettre fin au sida d'ici à 2030, mais nous ne sommes pas sur la bonne voie, a déclaré le Secrétaire général de l'ONU, António Guterres, à l'occasion de la journée mondiale de lutte contre le sida célébrée le 1er décembre 2022. Il a renchéri pour dire qu' « Aujourd'hui, nous risquons d'avoir des millions de nouvelles infections et des millions de décès supplémentaires », a-t-il ajouté, soulignant qu'il existait des « solutions pratiques éprouvées » qui peuvent aider à mettre fin au sida, comme d'avantage de financement pour accroître la disponibilité, la qualité et l'adéquation des services de traitement, de dépistage et de prévention du VIH (Girard, 2021).

Après l'application de la régression linéaire nous avons retenu une liaison statistique très significative entre la participation des leaders communautaire aux activités de riposte (*p*-value = 0,000) , la disponibilité et la maitrise de la politique nationale de riposte au sida (*p*-value = 0,000), accès aux financements Internes et externes de la riposte au sida (*p*-value = 0,000), le renforcement de capacités des leaders communautaires (formation) (*p*-value = 0,008) et le renforcement de l' impact du leadership communautaire en matière de riposte au sida dans la ZS de Lodja. Ainsi la *p*–value pour chaque terme teste l'hypothèse nulle que le coefficient est égal à zéro (aucun effet). Une faible valeur *p* (<0,05) indique que nous pouvons rejeter l'hypothèse nulle. En d'autres termes, un prédicteur qui a une faible *p*-value est susceptible d'être un ajout significatif à notre modèle parce que les changements dans la valeur du

prédicteur sont liés à des changements dans la variable de réponse.

Inversement, une *p*-value plus importante (non significative) suggère que les changements dans le prédicteur ne sont pas associés à des changements dans la réponse.

Nos résultats révèlent que les variables prédictives la participation aux activités de riposte (*p*-value = 0,000) , la disponibilité et la maitrise de la politique nationale de riposte au sida (*p*-value = 0,000), le renforcement des capacités des leaders communautaires (*p*-value = 0,008), la disponibilité et la maitrise de la politique nationale de riposte au sida (*p*-value = 0,000) et le renforcement de l' impact du leadership communautaire en matière de riposte au sida dans la ZS de Lodja sont statistiquement très significatives parce que leurs valeurs *p* sont de 0,000.

Les résultats de notre étude rejoignent la déclaration de Ngoy et al. (2021) selon laquelle l'innovation avec, pour et par les communautés est plus que jamais essentielle pour mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 et atteindre la couverture sanitaire universelle.

C'est en donnant aux communautés les moyens d'exercer leur leadership que nous pourrons tenir la promesse de mettre fin au sida comme menace de santé publique, et comme le disent les leadeurs communautaires : « Nous ne devons pas être considérés comme la cible des interventions, mais comme l'intervention principale. Nous ne devons pas être considérés comme le problème, mais comme sa solution» (Puttkammer et al., 2020).

Pour ce qui est de l'accès au financement Interne pour mener les activités de la riposte au sida (*p*-value = 0,000) les résultats de notre recherche corrobore avec le rapport de l'ONU SIDA, 2023 selon lequel le sous-financement des initiatives dirigées par la communauté signifie que beaucoup d'entre elles ont du mal à assurer leur fonctionnement ou n'arrivent pas à étendre leur action. On observe un recul sans précédent des engagements financiers envers les organisations communautaires qui se calculent en vies perdues.

Par ailleurs, des lois et politiques visant les membres de populations exposées au VIH mettent en danger la vie des activistes communautaires qui tentent de leur apporter des services anti-VIH. Trop souvent, les décisionnaires traitent les communautés comme des problèmes à gérer, au lieu de les considérer comme des leaders qui méritent leur soutien (Ditondo et al., 2023).

Tumbaco-Quirumbay & Durán-Pincayn (2021) renchérissent en d'autre terme que les ripostes dirigées par les communautés sont un élément essentiel de la riposte à la pandémie de sida et les ressources doivent leur être accordées en priorité. Confier le leadership aux communautés permet de bâtir des sociétés plus saines et plus fortes. Cette citation rappelle l'histoire trop souvent oubliée des héros et des héroïnes du quotidien de la riposte au VIH. Il ne s'agit toutefois pas de rendre seulement hommage aux progrès réalisés par les communautés, mais aussi et surtout rappelle aux gouvernements et aux partenaires internationaux, la nécessité d'encourager et de soutenir les communautés dans leur rôle de leadeur.

Le leadership communautaire se heurte trop souvent à des obstacles, car, les ripostes qu'elles dirigent ne sont pas reconnues et financées à leur juste mesure. La raréfaction des financements, les obstacles politiques et règlementaires et les mesures répressives à l'encontre de la société civile et des droits humains des femmes et communautés marginalisées, entravent l'action des services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH. Il est dans l'intérêt de tous et toutes de financer pleinement les organisations dirigées par les communautés et d'éliminer les nombreux obstacles auxquels elles sont confrontées (Akakpo et al., 2022).

Des gouvernements, des ONG et les Nations Unies déclarent qu'il faut soutenir le leadership des communautés pour vaincre les pandémies CHIANG MAI, Thaïlande, le 15 décembre 2022.

Il a également plaidé pour « de meilleures lois, politiques et pratiques pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH, en particulier les populations marginalisées. « Tout le monde a besoin de respect », a observé le Secrétaire général. Il a déclaré que les inégalités qui perpétuent la pandémie peuvent et doivent être surmontées : « Nous pouvons mettre fin au sida, si nous traitons tout le monde de manière égale » (Millogo et al., 2022).

Confier le leadership aux communautés permet de bâtir des sociétés plus saines et plus fortes. Cette citation rappelle l'histoire trop souvent oubliée des héros et des héroïnes du quotidien de la riposte au VIH. Il ne s'agit toutefois pas de rendre seulement

hommage aux progrès réalisés par les communautés, mais aussi et surtout rappelle aux gouvernements et aux partenaires internationaux, la nécessité d'encourager et de soutenir les communautés dans leur rôle de leadeur.

Le leadership communautaire se heurte trop souvent à des obstacles, car, les ripostes qu'elles dirigent ne sont pas reconnues et financées à leur juste mesure. La raréfaction des financements, les obstacles politiques et règlementaires et les mesures répressives à l'encontre de la société civile et des droits humains des femmes et communautés marginalisées, entravent l'action des services de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH. Il est dans l'intérêt de tous et toutes de financer pleinement les organisations dirigées par les communautés et d'éliminer les nombreux obstacles auxquels elles sont confrontées (Odimba et al., 2017).

Pour en finir avec l'épidémie de sida, les ripostes communautaires au VIH doivent être intégrées dans les plans nationaux de lutte contre le sida, dès la phase de planification jusqu'à la détermination des budgets, en passant par la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des interventions.

En outre, les Etats membres ont reconnu que pour atteindre les objectifs de la stratégie d'accélération, les ripostes communautaires au VIH doivent être élargies, et ils se sont engagés à faire en sorte qu'au moins 30 % des services soient pilotés par les communautés d'ici à 2030. Les actions communautaires se traduisent par des résultats. Elles permettent d'améliorer l'état de santé des personnes, de mobiliser la demande de services, d'ouvrir l'accès aux services à des personnes difficiles à atteindre dans le cadre des systèmes de santé officiels, de soutenir le renforcement des systèmes de santé, de mobiliser le leadership politique, de changer les attitudes et les normes sociales, et de créer un environnement propice qui défend l'accès pour tous (Bitty-Anderson et al., 2021).

Le faible accès aux ressources mobilisées dans le pays pour la riposte au VIH et la tuberculose, les défis de renforcement des capacités, de coordination, de redevabilité et d'intégration effective au sein des secteurs prioritaires retenus dans la riposte nationale au VIH et la faible capitalisation des données produites par les acteurs communautaires, constituent les facteurs qui limitent les performances du système communautaire de ces associations organisées et par conséquent sa contribution à tous les niveaux (Soto-Camejo, 2022).

Quant à Soto-Camejo (2022) pour la Journée mondiale de lutte contre le sida sont sans appel, les communautés jouent un rôle essentiel pour établir un lien entre les personnes et les services anti-VIH, ainsi que pour apporter des services anti-VIH et de santé, et une assistance aux populations clés les plus touchées par le virus. L'esprit d'innovation et la détermination dont elles font preuve améliorent l'accès aux services et leur qualité.

5. Conclusion

Le leadership communautaire génère déjà des résultats remarquables. S'il est d'avantage soutenu, il peut mener le monde à mettre fin au sida comme menace de santé publique. Il est vital que le rôle de leadership des communautés reçoive le budget et les ressources nécessaires.

Trop souvent, les ressources accordées à leur travail ne reconnaissent pas la contribution des communautés ou n'apportent pas la sécurité économique au vu du travail fourni. On attend des communautés et uniquement d'elles de travailler gratuitement ou presque. À cause de cela, des personnes clés de la lutte contre le VIH peuvent avoir des problèmes pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Ce n'est pas la bonne façon d'aider les gens à atteindre leur plein potentiel. Un proverbe répandu dans les communautés en Afrique dit : « Il faut donner à manger à la vache si on veut qu'elle continue de donner du lait. » Soutenir pleinement le leadership communautaire signifie également reconnaitre que les communautés ne sont pas là pour mettre en œuvre des projets préparés à l'avance.

La capacité transformative inhérente au leadership communautaire n'a pas de sens si l'on se contente d'impliquer les personnes uniquement dans la prestation de services ou de ne les consulter que sur quelques détails après avoir élaboré le plan.

Références bibliographiques

Akakpo, A. S., Larabou, A., Saka, B., Téclessou, J.N., Singo, A., Dagnra, A., Kombaté, K. & Pitché, P. (2022). Tendances des prévalences du VIH et de la syphilis chez les femmes enceintes en consultation prénatale au Togo : Analyse des résultats de la sérosurveillance sentinelle entre 2008 et 2016. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 2(3), 15-28. https://doi.org/10.48327/mtsi.v2i3.2022.152

Baldé, A., Lièvre, L., Maiga, A. I., Diallo, F., Maiga, I. A., Costagliola, D., Abgrall, S. (2020). Re-engagement in care of people living with HIV

lost to follow-up after initiation of antiretroviral therapy in Mali : Who returns to care ? *PLoS ONE*, 15(9), e0238687. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238687

Béhanzin, L., Diabaté, S., Guédou, F. A., Matsétsé, E. G., Olodo, M., Dossouvo, A., Aza-Gnandji, M., Akpaka, A., Chagas, E., Gangbo, F., Zannou, D. M. & Alary, M. (2023). Prévalence des hépatites virales B et C chez les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes mobilisés pour une étude de démonstration de la prophylaxie préexposition au VIH à Cotonou, au Bénin. *The Pan African Medical Journal*, 46(1), 79-91. https://doi.org/10.11604/pamj.2023.46.79.41013

Billong, S.C., Fokam, J., Penda, C.I., Mvilongo, E.A., Fodjo, R., Messeh, A., Anoubissie, J., Kegne, C., Nguekam, G., Batamack, Y.A., Billong, E.J., Moutapam, P.R., Ndjolo, A., Bonono, L., Elat, J.B. & Bissek, A. C. Z.-K. (2020). Profil national des indicateurs d'alerte précoce de la pharmaco-résistance du VIH au Cameroun. *The Pan African Medical Journal*, 37(1), 374-386. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.374.17649

Bitty-Anderson, A.M., Gbeasor-Komlanvi, F.A., Tchankoni, M.K., Sadio, A., Salou, M., Coffie, P. A., Dagnra, C. A., & Ekouevi, D. K. (2022). HIV prevalence and risk behaviors among female sex workers in Togo in 2017 : A cross-sectional national study. *Archives of Public Health*, 80(1), 92-106. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00851-0

Ditondo, P., Luemba, A., Chuy, R. I., Mucinya, G. & Ade, S. (2023). Contribution des diagnostics au points de service dans l'identification de la maladie à VIH avancée. *Public Health Action*, 13(2), 7-12. https://doi.org/10.5588/pha.23.0005

Girard, G. (2021). *VIH/SIDA. In Encyclopédie critique du genre. La Découverte*. https://shs.cairn.info/article/DEC_RENNE_2021_01_0818

González-Guzmán, I.J. (2021). Hacia una repolitización del VIH-sida. Perseitas, 9(2), 538-559. mois à 15 ans, infectés par le VIH et suivis dans la ville d'Ebolowa au Cameroun de 2008 à 2018. *The Pan African Medical Journal*, 37(2), 308-321. https://doi.org/10.11604/pamj.2020.37.308.25829

Millogo, A., Toe, P., Sanon, A., Konaté, B., Tassembedo, S., & Traoré, I.T. (2022). Représentations du VIH/Sida et partage de l'information sur la sérologie dans les couples sérodifférents au Burkina Faso. *Santé publique*, 34(5), 727-736.

Ngoy, D.K., Kange, D.M., Kakwaba, S. K., Mutombo, C.T., Takulilwe, A.-M. K., Nsambi, V. M., Ilunga, J.-M. W., Ilunga, Y. I., Masangu, M. S., & Mbuyu, G. K. (2021). Mortalité liée à la Cryptococcose chez les Personnes Vivant avec l'infection à VIH/SIDA à Lubumbashi. *Revue de l'Infirmier Congolais*, 5(1), 56-62.

Odimba, S.O., Squires, F., Ferenchick, E., Mbassi, S.M., Chick, P., Plesons, M., & Chandra-Mouli, V. (2017). A collaborative learning approach to improving health worker performance in adolescent sexual and reproductive health service provision : A descriptive feasibility study in six health zones in the Democratic Republic of the Congo. *Global Health Action*, 14(1), 1985228. https://doi.org/10.1080/16549716.2021.1985228

Puttkammer, N., Parrish, C., Desir, Y., Hyppolite, N., Wagenaar, B., Joseph, N., Hall, L., Honoré, J. G., Robin, E., Perrin, G. & François, K. (2020). Toward Universal HIV Treatment in Haiti : Time Trends in ART Retention Following Expanded ART Eligibility in a National Cohort from 2011-17. *Journal of acquired immune deficiency syndromes*, 84(2), 153-161. https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002329

Soto-Camejo, C. (2022). Infección por el VIH/sida en personas de 50 años y más en la provincia de Guantánamo. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 59(2), 65-74. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032022000100001&script=sci_arttext&tlng=pt

Tumbaco-Quirumbay, J.A., & Durán-Pincay, Y.E. (2021). VIH/Sida en Ecuador : Epidemiología, comorbilidades, mutaciones y resistencia a antirretrovirales. *Dominio de las Ciencias*, 7(3), 341-354.