



Connaissances et pratiques du counseling par les prestataires de soins auprès des femmes enceintes vivant avec le VIH (Mbandaka, République Démocratique du Congo)
[Knowledge and practice of counseling by healthcare providers with pregnant women living with HIV (Democratic Republic of Congo)]

Chito Boika Nkanga*

Institut Supérieur des Techniques Médicales/Mbandaka

Résumé

Les initiatives engagées dans la lutte contre le VIH n'ont pas à ce jour permis d'assurer une efficacité optimale des stratégies de prévention, de dépistage et de prise en charge dans plusieurs contextes. Dans cette perspective, la présente étude analyse les connaissances et les pratiques des prestataires de soins relatives aux directives de counseling dans la prise en charge du VIH chez les femmes enceintes. Une étude transversale a été réalisée auprès de 73 prestataires de soins sélectionnés par échantillonnage de convenance parmi 185, répartis dans 11 aires de santé de la zone de santé de Wangata, à Mbandaka. Les résultats montrent que 52 % des prestataires ne maîtrisent pas les étapes du counseling et que 88 % n'appliquent pas le counseling avant le test de dépistage du VIH. Les principales raisons évoquées sont la perception des prestataires (48 %), la peur (19 %), le manque de formation (11 %), le refus des femmes enceintes (8 %), la non-maîtrise des étapes (6 %), le manque de temps (5 %) et la négligence (3 %). Ces insuffisances compromettent la communication des résultats aux patientes dépistées séropositives et traduisent des dysfonctionnements dans l'organisation des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). L'étude met ainsi en évidence une inadéquation du counseling, pourtant central dans la stratégie de Dépistage Conseil Initié par le Prestataire (DCIP), soulignant la nécessité de renforcer les compétences et l'organisation des services de santé.

Mots-clés : Connaissance, Pratique, Normes, Directives et Counseling.

Abstract

Efforts undertaken in the fight against HIV have not yet ensured optimal effectiveness of prevention, screening, and care strategies across several contexts. In this perspective, the present study analyzes healthcare providers' knowledge and practices regarding counseling guidelines in the management of HIV among pregnant women. A cross-sectional study was conducted among 73 healthcare providers selected through convenience sampling from a total of 185, working across 11 health areas in the Wangata Health Zone in Mbandaka. The results show that 52% of providers do not master the steps of counseling, and 88% do not perform pre-test counseling prior to HIV testing. The main reasons reported include providers' perceptions (48%), fear (19%), lack of training (11%), refusal by pregnant women (8%), poor mastery of counseling steps (6%), lack of time (5%), and negligence (3%). These shortcomings compromise the communication of results to patients diagnosed as HIV-positive and reflect organizational dysfunctions within prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services. The study therefore highlights the inadequacy of counseling—despite its central role in the Provider-Initiated Testing and Counseling (PITC) strategy—and underscores the need to strengthen both provider competencies and health service organization.

Keywords: Knowledge, Practice, Standards, Guidelines, and Counseling.

*Auteur correspondant: Amisi Imani Aide-Stéphane, (nkangaboikal@gmail.com). Tél. : (+243) 811900706

<https://orcid.org/0009-0000-1319-7672>; Reçu le 10/02/2026 ; Révisé le 05/03/2026 ; Accepté le 27/03/2026

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.026.v5.i1.252>

Copyright: ©2026 Nkanga. 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

Selon Onusida (2024), environ 35 millions de personnes sont infectées par le VIH à travers le monde et ce, malgré les efforts fournis par les agences des Nations Unies. On observe encore aujourd'hui un faible niveau de connaissance des prestataires de soins sur le déroulement du counseling.

L'Onusida (2000) et Woolf K et al. (2018), sont arrivés à montrer la persistance de certains facteurs qui effritent les efforts déployés dans la mise en place des programmes ciblant les groupes vulnérables. Leurs interventions sont orientées vers la sensibilisation des jeunes et des adultes dans le but de prévenir la transmission et de susciter l'adoption de comportements sexuels sécuritaires (abstinence, fidélité réciproque, utilisation des préservatifs).

L'épidémie du VIH en République Démocratique du Congo (RDC) représente encore un défi majeur pour les prestataires de soins concernant le counseling (Ministère de la santé publique de la RDC, PNDS, 2020). Pour Tshikwey et al. (2015), l'insuffisance des connaissances des prestataires sur le counseling qui conduit aux tests de dépistage avec comme conséquence la non communication des résultats aux concernés. L'inobservance de cette pratique compromet, par voie de conséquence, la prise en charge des PVVIH en général et celle des femmes enceintes en particulier.

En 2023, le Ministère de la santé de la RDC conscient que la stratégie de dépistage peut constituer un élément fondamental dans la prévention de l'infection au VIH et dans la prise en charge des personnes infectées, a lancé une stratégie d'extension des services appelé « DCIP » Dépistage, Conseil Initié par le Prestataire du VIH « Opt-out » à travers le pays, en partenariat avec les intervenants du secteur privé.

Alors qu'en 2014, en matière de dépistage et de prise en charge, des orientations ont été données pour combler les écarts en vue d'atteindre les objectifs : « zéro nouvelle infection, zéro décès, zéro stigmatisation » à travers la stratégie 95 – 95 – 95. Malheureusement le constat de relâchement des animateurs principaux dans cet exercice se fait observé (Nkanga, 2017). L'option B+ n'est restée qu'une lettre maquillée sans impact.

En effet, pour que le DCIP réussisse, tout prestataire de soins devrait être informé sur son rôle à jouer en dépit des efforts réalisés par le PNLS et autres partenaires quant à ce. Ces lacunes sont susceptibles

d'influencer les comportements des PVVIH et constituées une barrière au traitement (Paediatr Child Health, 2008).

Selon le PNMLS Equateur (2017), le faible niveau de connaissance des prestataires de soins dans la conduite du counseling est un facteur à la base de la sero-ignorance avec comme corolaire la non observance de la prise en charge chez la femme enceinte vivant avec le VIH. Aussi, d'après notre propre expérience comme médecin consultant aux CPN de l'HGR WANGATA, les prestataires de soins n'observent pas du counseling avant test et par conséquent, une fois dépistées séropositives, les prestataires de soins ont du mal à les communiquer les résultats.

Dans notre article publié en 2017 axé sur la stigmatisation des PVV, barrière à l'observance du traitement ARV au Centre DREAM de Mbandaka, nous avons pu montrer que, bon nombre des prestataires de soins dans la Ville de Mbandaka n'ont pas une connaissance approfondie des étapes du counseling.

Face à cette problématique, nous avons émus les vœux de mener cette étude intitulée « Connaissance et pratique du counseling par les prestataires de soins chez la femme enceinte vivant avec le VIH » dans l'optique de répondre aux questions suivantes :

- Les prestataires de soins ouvrant dans la Zone de Santé de Wangata ont – ils des connaissances sur les étapes du counseling ?
- Quelles sont leurs pratiques quant à ce ?
- Quels sont les facteurs à la base de cette inobservance ?

Aux questions posées, les hypothèses suivantes ont été libellées :

- Ces prestataires de soins n'auraient pas des connaissances requises sur les étapes du counseling.
- Ils réalisent les tests au VIH sans tenir compte du counseling aboutissant au consentement des femmes enceintes ;
- Le manque de formation continue, la négligence et l'ignorance seraient les principaux facteurs associés à la faible connaissance des directives du counseling par les prestataires de soins.

Cette étude a pour objectif général de contribuer à l'amélioration de la prise en charge des femmes enceintes vivant avec le VIH tout en cherchant à déterminer le niveau de connaissance des prestataires de soins sur les étapes du counseling.

Comme objectifs spécifiques, elle s'est accordée à : - Evaluer le niveau de connaissance des prestataires de soins sur les étapes du counseling ;
- Vérifier les motifs qui sont associés à l'inobservance du counseling par les prestataires de soins.

2. Matériel et méthodes

2.1. Milieu

Cette étude intéresse la zone de santé de Wangata qui comprend 11 aires de santé et un Hôpital Général de Référence. Nous l'avons choisie suite à son influence dans la DPS Equateur. Selon le PNLS, les activités de lutte contre le VIH dans une zone se concentrent sur la prévention (dépistage, sensibilisation, distribution des préservatifs), la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (traitement antirétroviral, soins de soutien) et le renforcement des systèmes de santé. Ces actions sont mises en œuvre dans la zone citée à travers des projets communautaires comme le projet ProVIC, des campagnes de sensibilisation ciblées et le programme national de lutte contre le SIDA (PNLS, 2017).

2.2. Matériels et technique

L'instrument de cette étude est constitué d'une fiche de collecte de données qui reprend les paramètres sociodémographiques dont : âge, sexe, catégorie professionnelle et ancienneté. On y trouve aussi, les paramètres en rapport avec le niveau des connaissances et pratiques du counseling à savoir : la communication des résultats, observance du counseling avant test et connaissance des étapes.

Pour la validité de cette fiche, elle a été soumise à l'approbation des experts en santé publique et validé par la suite par le comité d'éthique de l'Université de Kisangani. Pour la récolte des données, nous avons recouru à la technique d'interview.

2.3. Méthodes

2.3.1. Type et échantillon d'étude

Il s'agit d'une étude transversale menée dans la Zone de santé de Wangata. La population d'étude est constituée des 185 prestataires de soins œuvrant dans ladite Zone (les médecins, les infirmiers, sage femmes et biologiste médical). Etaient inclus dans cette étude, les prestataires de soins ayant une preuve d'affectation dans l'une des structures sanitaires du cadre de l'étude, disponible au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement éclairé. Pour obtenir l'échantillon, nous nous sommes servis d'un échantillon de convenance de

73 prestataires de soins issus de toutes les 11 structures sanitaires intégrant le paquet VIH.

2.3.2. Processus de récolte des données

Avant d'entreprendre la récolte des données, nous avons reçue des mains du Secrétaire Général Chargé de la Recherche de l'ISTM/Mbandaka, une attestation de recherche qui nous a permis de mener l'enquête. Avant l'administration de notre instrument de mesure, nous étions en contact avec les responsables des structures sanitaires pour leur approbation.

Une fois dans les structures sanitaires, nous étions obligés de se présenter auprès des prestataires moyennant une petite explication sur l'utilité de notre recherche et les modalités d'administration du questionnaire. Le répondant était libre d'approuver sur le formulaire de consentement. Pour éviter les différentes erreurs, nous étions obligés de remplir nous-même l'instrument de collecte des données. L'enquête s'est déroulée de janvier à juin 2025 et le jeu de question et réponse aux enquêtés devrait prendre 10 à 15 minutes.

2.3.3. Saisie et analyse des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Excel puis analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23. Les variables catégorielles ont été décrites sous forme des fréquences relatives et absolues. Les variables quantitatives quant à elles, ont été présentées sous forme des moyennes \pm la déviation standard ou médiane selon le type de distribution. Les facteurs associés à la non réalisation du counseling étaient identifiés à l'aide du test Khi – deux de Pearson ou le test exact de Fisher pour la comparaison des proportions et le test Wilcoxon pour la comparaison des moyennes. Un $p < 0,05$ était considéré significatif.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques socio démographiques des prestataires de soins

Tableau 1 : Age et sexe des participants

Age (ans)	Sexe		Total	fr	%	\bar{x}	DS
	M	F					
25 – 39	16	25	41	0,56	56	40,0 ans	9,95 ans
40 – 54	6	19	25	0,34	34		
55 – 69	2	5	7	0,07	7		
Total	24 (32,8%)	49 (67,2%)	73 (100%)	1	100		

Au total, nous avons inclus 73 participants dont 24 soit 32,8% de sexe masculin contre 49 sujets soit 67,2% de sexe féminin. L'âge moyen était de 40 ans et la tranche de 25 à 39 ans était majoritaire soit à 56% avec une déviation standard de 9,95ans.

Tableau II : Catégorie professionnelle et Ancienneté des prestataires de soins

Catégorie professionnelle	Ancienneté		fr	%	Ancienneté \bar{x}	SD
	< à 5 ans	≥ à 5 ans				
Inf A1	19	16	0,35	35	5,32 ans	2,49ans
Inf A2	3	9	0,12	12		
Inf A0	10	16	0,26	26		
Total	32 (43,8%)	41(56,2%)	1	73		

Ce **tableau II** révèle que 56,2% des prestataires de soins enquêtés ont une ancienneté supérieure ou égale à 5 ans avec une moyenne de 5,32 ans et une déviation standard de 2,49 ans. En plus 35 sujets sur 73 sont constitués des infirmiers A1, 26 sont de A0 par contre 12 sont A2.

3.2. Connaissance et pratiques des prestataires de soins sur les normes et directives du counseling chez une femme enceinte vivant avec le VIH

Tableau III : Connaissance des prestataires de soins sur les étapes du counseling

Réponses	f	%
Oui	35	48
Non	38	52
Total	73	100

Renseigne que 52% des prestataires de soins enquêtés ne connaissent pas les étapes du counseling.

Tableau IV: Pratique du counseling avant test au VIH chez une femme enceinte

Réponses	f	%
Oui	9	12
Non	64	88
Total	73	100

Ce **tableau IV** indique que 88% des prestataires de soins n'observent pas du counseling chez les femmes enceintes avant le test.

Tableau V: Motifs à la base du non réalisation du counseling

Réponses	f	%
Peur	12	19
Non maîtrise de la directive	4	6
Perception (taches réservées à la DN, IT, MDH)	31	48
Refus de la femme enceinte	5	8
Manque du temps	3	5
Négligence	2	3
Pas de formation	7	11
Total	64	100

Ce **tableau V** montre que 48% des prestataires de soins ne réalisent pas le counseling avant test suite à leur perception selon laquelle, il s'agit d'une tâche réservée aux DN, IT et MDH, 19% ne l'observent pas suite à la peur, 11% parlent du manque de formation, 8% ne le réalisent pas par refus de femmes enceintes, 6% suite à la non maîtrise des directives, 5% parlent du manque de temps contre 3% qui ne l'observent pas suite à la négligence.

Tableau VI : Avoir communiqué le résultat aux femmes enceintes testées positivement sans avoir bénéficié du counseling

Réponses	f	%
Oui	0	0
non	64	100
Total	64	100

Ce **tableau VI** Révèle que 100% des prestataires de soins ayant demandé les examens sans counseling n'arrivent pas à communiquer les résultats aux femmes enceintes testées positives au VIH.

Tableau VII : Circonstance ayant permis aux prestataires de soins a dépisté la femme enceinte

Réponses	f	%
Etat général de la femme	8	13
Différentes pathologies associées à la grossesse	18	28
Recommandation du service	38	59
Total	64	100

Ce **tableau VII** montre que 59% des prestataires de soins demande le test du VIH aux femmes enceintes sans counseling suivant les recommandations du service, 28% les ont dépistés suite aux pathologies

associées à la grossesse contre 13% qui insinuent l'état général de la femme enceinte.

3.3. Identification des facteurs associés au non réalisation du counseling

Tableau VIII : Association entre les facteurs retenus et le fait de n'avoir pas communiqué le résultat

Motif du non réalisation du counseling	avoir communiqué les résultats			Chi carré	p
	oui	non	total		
Peur	0	12	12	64,01	<0,06
Non maîtrise de la directive	0	4	4		
Perception (taches réservées à la DN, IT, MDH)	0	31	31		
Refus de la femme enceinte	0	5	5		
Manque du temps	0	3	3		
Négligence	0	2	2		
Pas de formation	0	7	7		
Total général	0	64	64		

Nous sommes arrivés à montrer que les motifs évoqués par les prestataires de soins sur la non réalisation du counseling chez une femme enceinte n'ont pas de lien significatif avec la communication des résultats du test car le test chi deux à 64,01 $p < 0,06$, la différence n'est donc pas significative.

4. Discussion

4.1. Caractéristiques socio-démographiques des prestataires de soins Gouvernance hospitalière et leadership administratif

Nous avons enquêté 73 prestataires de soins dont 24 soit 32,8% de sexe masculin contre 49 sujets soit 67,2% de sexe féminin. L'âge moyen était de 40 ans et la tranche d'âge de 25 à 39 ans était majoritaire soit 56% avec une déviation standard de 9,95 ans.

Ces résultats corroborent les observations du plan national de développement sanitaire, PNDS (2016-2020) sur la couverture sanitaire universelle et les études menées par Woolf Kapiteni (2018) ainsi que Tshimungu et al (2023). Ces auteurs ont montré que la plupart des prestataires de soins travaillant dans les Zones de Santé urbaines ont une moyenne d'âge de 40 ans dont la majorité de sexe féminin.

En plus, nous avons révélé que 56,2% des prestataires de soins enquêtés ont une ancienneté supérieure ou égale à 5 ans avec une moyenne de 5,32

ans et une déviation standard de 2,49 ans. En plus 35 sujets sur 73 sont constitués des infirmiers A1, 26 sont de A0 par contre 12 sont A2.

Nos résultats sont similaires à ceux du Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida Equateur (PNMLS/EQ). Dans son rapport de suivi de la riposte au VIH/Sida (2020) indique que 63% des prestataires de soins des structures sanitaires de la Ville de Mbandaka sont constitués des infirmiers A1 avec une expérience professionnelle allant au-delà de 10 ans.

4.2. Evaluation des connaissances des prestataires de soins sur les étapes du counseling

Nos résultats ont montré que 52% des prestataires de soins ne connaissent pas les étapes du counseling. Cependant, 88% d'eux n'observent pas du counseling avant le test à VIH chez la femme enceinte. Ces résultats rejoignent ceux de Fouedjio et al. (2016) qui avaient montré que les prestataires de soins des Hôpitaux de District et des Centres Médicaux d'Arrondissement de la Ville de Yaoundé avaient un niveau relativement moyen sur les connaissances des étapes du counseling chez les mères amenant des enfants infectés au VIH/SIDA.

Aussi, nos résultats se sont raliés à ceux de Albert (2012), qui a montré que parmi les accouchées, 52,5% ignoraient leur statut sérologique faute d'un counseling au préalable. La proportion des femmes avec un statut sérologique VIH inconnu était significativement plus élevée chez celles qui n'avaient pas suivi la CPN (Odds Ratio ajusté (ORa) = 5,8; Intervalle de Confiance (IC) 95%: 1,7-19,8); chez celles qui avaient un bas niveau d'instruction (ORa = 1,5; IC 95%: 1,1-2,1) et chez celles qui ne savaient pas que la transmission verticale du VIH pouvaient se faire au moment de l'accouchement (ORa = 1,5; IC 95%: 1,0-2,4). Ainsi, les auteurs sont arrivés à conclure que cela était lié à la non observance du counseling avant test au VIH par les prestataires de soins.

Les prestataires de soins enquêtés ne réalisent pas le counseling à 48% suite à leur perception selon laquelle, c'est une tâche réservée aux DN, IT et MDH ; 19% d'eux ne l'observent pas suite à la peur, 11% parlent du manque de formation, 8% ne le réalisent pas par refus de femmes enceintes, 6% suite à la non maîtrise des directives, 5% parlent du manque de temps contre 3% qui ne l'observent pas suite à la négligence.

Ce qui nous laisse découvrir que 100% des prestataires de soins ayant demandé les examens sans counseling n'arrivent pas à communiquer les résultats aux femmes enceintes testées positives au VIH.

Toujours dans la lignée, 59% des prestataires de soins demande le test du VIH aux femmes enceintes sans counseling suite aux recommandations du service, 28% les dépistent suites à plusieurs pathologies associées à la grossesse contre 13% qui tiennent compte de l'état général de la femme enceinte.

Ces résultats se marient aux observations de Nkanga (2017), pour qui, les prestataires de soins réalisent le test du VIH sans consentement des femmes enceintes. Par conséquent, ces résultats ne sont jamais communiqués et celles séropositives ne bénéficient pas du traitement. Cependant, Woolf Kapiteni et al. (2018) pensent que cela est associé à l'ignorance qu'accusent les prestataires de soins sur les étapes du déroulement du counseling.

4.3. Confirmation des hypothèses Gestion financière hospitalière

Nous sommes arrivés à conclure qu'il n'existe pas une dépendance significative entre les facteurs tels que la peur, la non maîtrise de la directive, la perception (tâches réservées à la DN, IT, MDH), le refus de la femme enceinte, le manque du temps, la négligence et le manque de formation avec la non communication des résultats aux femmes enceintes testées positives au VIH.

5. Conclusion

Cette étude se rapporte à la connaissance et pratique du counseling par les prestataires de soins chez la femme enceinte vivant avec le VIH. Elle avait pour objectifs d'évaluer le niveau de connaissance des prestataires de soins sur les directives du counseling et les motifs associés à la faible connaissance.

La récolte des données a été faite essentiellement auprès d'un échantillon de 73 prestataires de soins sur la population totale de 185 sujets. Les résultats issus de cette analyse révèlent que :

- 32,8% des prestataires de soins enquêtés sont de sexe masculin contre 67,2% de sexe féminin. L'âge moyen étant de 40 ans et la tranche de 25 à 39 ans étant majoritaire soit à 56% avec une déviation standard de 9,95ans.

- 56,2% d'eux ont une ancienneté supérieure ou égale à 5 ans avec une moyenne de 5,32 ans et une déviation standard de 2,49 ans. En plus 35 sujets sur 73 sont constitués des infirmiers A1, 26 sont de A0 par contre 12 sont A2.

- 52% d'eux ne connaissent pas les étapes du counseling.

- 88% des prestataires de soins n'observent pas du counseling chez les femmes enceintes avant le test. Les raisons évoquées sont : la perception (48%), la peur (19%), le manque de formation (11%), le refus de femmes enceintes (8%), la non maîtrise des directives (6%), le manque de temps (5%) et la négligence (3%).

- 59% d'eux demande le test du VIH aux femmes enceintes sans counseling suite aux recommandations du service, 28% les dépistent suite aux diverses pathologies manifestées pendant la grossesse alors que 13% tiennent de l'état général.

- Après vérification des tests des hypothèses, nous sommes arrivés à montrer que les motifs évoqués par les prestataires de soins sur la non réalisation du counseling chez une femme enceinte n'ont pas de lien significatif avec la communication des résultats.

Ces résultats prouvent à suffisance le manque de connaissance des prestataires des soins sur les étapes de counseling avant le test chez la femme enceinte. Les motifs évoqués étalent leur ignorance sur cette activité qui les concerne exclusivement qui consiste à faire le counseling avant-après le test et communication des résultats y compris la prise éventuelle en cas de séropositivité.

Remerciements

Nous tenons à exprimer nos sincères gratitudeux aux relecteurs de la Revue Congolaise des Sciences et Technologies pour leurs remarques et suggestions qui ont permis d'améliorer considérablement la qualité de cet article.

Un remerciement spécial est adressé aux Professeurs ordinaires IYELI KATAMU Dieu Donné et EKOKO BAKAMBO Gatién pour leur expertise technique et leurs conseils. Nous remercions également le couple du Professeur EALE pour avoir mis à notre disposition les ressources nécessaires à la réalisation de cette étude.

Nous tenons à remercier tous les responsables des structures sanitaires de la zone de santé de Wangata et les prestataires de soins pour avoir accepté d'être interviewé dans le cadre de cette recherche, leurs apports ont été précieux pour alimenter notre problématique de départ.

Enfin, nous souhaitons remercier nos familles BOIKA et LOMPOKO ainsi que nos amis pour leur soutien indéfectible tout au long de ce projet.

Financement

La recherche a été financée par PARTENRIAT, PARTNERSHIP entre l'ISTM Mbandaka et la ligue Islamique Mondiale dénommée : LAUNCHING Dr. AL – ISSA SCHOLARSHIP PROGRAM FOR MIDWIVES TRAINING

Conflits d'intérêt

La collaboration avec des partenaires qui ont financé ne s'oppose pas à la publication. Ce partenariat n'interfère pas avec la validité des résultats présentés ni avec l'objectivité de l'article.

Considérations d'éthique

Dans le but de bien atteindre l'objectif poursuivi, la première de chose était de solliciter d'abord un consentement libre et éclairé des enquêtés et, deuxièmement les expliqué l'importance ou le bien-fondé de la recherche effectuée. Les informations reçues sont respectées dans l'anonymat des sujets.

Contributions des auteurs

N.B.C.S. : a conçu et supervisé l'étude, rédigé le manuscrit principal et validé la version finale

ORCID de l'auteur

Nkanga B.C : <https://orcid.org/0009-0000-1319-7672>

Références bibliographiques

- Félicien, T. K., Rigobert, I. I., Patrick, M. B., Guillain, B. B., Catherine, B. E., Thérèse, B. E., Claude, L. E. J, adhésion des femmes enceintes au dépistage volontaire du VIH. *International Journal of Social Sciences and Scientific Studies*, 3(3), 2570–2586.
<https://www.ijssass.com/index.php/ijssass/article/view/176>
- Fouedjio J.H., Nkigoum N.A., Fouogue T.J., Fouelifack Y.F., Mbu R. (2016). Connaissances, Attitudes et Pratiques de la Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant du VIH par les Prestataires des Salles D'accouchement des Hôpitaux de District et des Centres Médicaux d'Arrondissement de la Ville de Yaoundé.
- Nkanga B.C. (2017). Stigmatisation des PVV, barrière à l'observance du traitement ARV au Centre DREAM de Mbandaka (vol 007).
- ONUSIDA (2000). *Conseil et dépistage volontaire du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence du VIH*, Genève, Suisse.
- ONUSIDA (2024). Rapport mondial actualisé sur le sida.

- Paediatr Child Health (2008). L'analyse des facteurs essentiels à un programme de dépistage, appliqués au dépistage du VIH pendant la grossesse, 13(3):227–230. [Article en Français]
- PNMLS (2017). Riposte au VIH/SIDA dans la province de l'Equateur en 2017.
- Programme National Multisectoriel de Lutte contre le Sida. (2020). Rapport national de suivi de la riposte au VIH/Sida.
- République démocratique du Congo ministère de la sante publique (2016 – 2020). Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle.
- Tshikwey Ngwej,D, Mukuku,O, Mudekereza,R .., Karaj, E, Bwana Fwamba Odimba. E, Numbi Luboya. O. Etude de facteurs de risque de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans la stratégie « option A » à Lubumbashi, République Démocratique du Congo, Département de Pédiatrie, Faculté de Médecine, septembre 2015.
- Woolf Kapiteni, J.-B, Kahindo, J, - B, Mitangala,P., et Karemere, H. (2018). Knowledge assessment of women on mother-child transmission prevention of hiv in the afia-sake health area in the democratic republic of congo.