

VIH ET MATERNITE : VECU PSYCHOSOCIAL DES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES SUIVIES A LA PMI D'ATTECOUBE, ABIDJAN

AKA Rita Ahou^{1,2}

SORO Siényélédjama Françoise ¹

GAHY Gnonsian Estelle Kevine ¹

YEO-TENENA Yessonguilana Jean-Marie^{1,2}

1 Service d'addictologie et d'hygiène mentale, Institut national de santé publique (INSP), Abidjan, Côte d'Ivoire

2 UFR Sciences Médicales d'Abidjan, Service d'addictologie et d'Hygiène Mentale, Institut National de Santé Publique (INSP)

sorofrancoise@yahoo.fr

Résumé

Il s'agit d'une étude mixte qui avait pour objectif de décrire le vécu psychosocial de 40 femmes enceintes séropositives sélectionnées accidentellement et suivies à la PMI Attécoubé. Les résultats ont montré que nos enquêtées avaient un âge moyen de 29,3 ans avec des extrêmes de 16 et 40 ans. Au niveau scolaire, 47,50% était non scolarisée et 50% de femmes exerçant des métiers dans le secteur informel. Ces femmes étaient en grande partie (70%) musulmanes et avaient (77,5%) le statut matrimonial de concubinage. Pour la totalité des enquêtées, le VIH était perçu comme une maladie, la majeure partie (85%) avait une bonne connaissance du VIH/SIDA découvert à l'occasion d'une grossesse chez 82,50%. Le découragement (58,18%) était la principale réaction psychologique à l'annonce de leur statut positif au VIH. Cette réaction a laissé place à l'anxiété (41,86%) et la déprime (32,56%) après l'annonce. La majorité (62,5%) des enquêtées n'a pas partagé son statut sérologique à son conjoint et la peur de perdre ce conjoint était la principale raison (52%) évoquée justifiant ce non partage. En termes d'impact l'intrusion du VIH a entraîné chez certains couples la réduction des rapports sexuels (25%), un désintérêt de la sexualité (20%) et l'arrêt des rapports sexuels (5%). Le VIH a aussi entraîné un remaniement des valeurs de vie. En effet la procréation (57,1%) étant la principale valeur recherchée avant, après la survenue du VIH, la spiritualité (40%) était la valeur prioritaire.

Malgré les efforts entrepris au niveau des femmes enceintes atteintes du VIH, il reste encore des zones d'ombre. Cette étude plaide en faveur de la continuation des actions déjà entreprises et la mise en place de nouvelles stratégies d'accompagnement de ce type de patientes.

Mots clés : *Femmes, Maternité, Séropositives, VIH, Vécu psychosocial.*

Abstract

The aim of this mixed study was to describe the psychosocial experience of 40 HIV-positive pregnant women selected by accident and followed up at the Attécoubé PMI. The results showed that our respondents had an average age of 29.3 years, with extremes of 16 and 40 years. In terms of education,

47.50% had not attended school and 50% of the women worked in the informal sector. Most of these women (70%) were Muslim and 77.5% were in a cohabiting marriage. For all the women surveyed, HIV was perceived as an illness, and most (85%) had a good knowledge of HIV/AIDS, which 82.50% had discovered during pregnancy. Discouragement (58.18%) was the main psychological reaction to the news of their HIV-positive status. This was followed by anxiety (41.86%) and depression (32.56%). The majority (62.5%) of respondents did not share their HIV status with their partner, and fear of losing their partner was the main reason (52%) given for not sharing. In terms of impact, the intrusion of HIV led some couples to reduce sexual relations (25%), lose interest in sex (20%) and stop having sex (5%). HIV has also led to a reshaping of life values. With procreation (57.1%) being the main value sought before, after the onset of HIV, spirituality (40%) was the priority value.

Despite the efforts made to help pregnant women with HIV, there are still some grey areas. This study argues in favour of continuing the actions already undertaken and introducing new strategies for supporting this type of patient.

Key words: Women, Maternity, Seropositive, HIV, Psychosocial experience.

Introduction

L'humanité a souvent été traversée par des épidémies les unes aussi graves et meurtrières que les autres. A chaque fois, l'homme est venu à bout de ces pandémies en parvenant à les éradiquer.

Aujourd'hui, fort de ses 78 millions (environ) de personnes contaminées, dont 35 millions décédées depuis sa découverte (ONUSIDA, 2015), le VIH s'affirme comme l'une des épidémies les plus dévastatrices de l'humanité. Malgré ses effets dévastateurs, il n'y a jusqu'à ce jour, aucun remède pour l'éradiquer, aucun vaccin pour le prévenir. Par conséquent, les contaminations se multiplient, les deuils frappent toujours les familles, et le nombre de PVVIH va crescendo. De plus, le VIH affecte la reproduction et/ou le renouvellement des populations, car, il se transmet de la mère à l'enfant. En effet, depuis sa découverte, plusieurs millions d'enfants sont nés séropositifs, et nombreux parmi eux, ont péri suite à cette contamination. Le continent africain qui est le plus touché par cette infection (ONUSIDA, 2015), est aussi connu pour être une région où l'enfant est l'une des richesses les plus importantes (Akare Biyoghe, 2010). En 2010, l'UNAIDS estimait que plus de 50% des femmes infectées par le VIH étaient potentiellement concernées par le risque de transmettre le virus à leur enfant lors de la grossesse ; 390 000 enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH (UNAIDS, 2011) dont la majorité par transmission mère-enfant (Bulterys M et Lepage, 1998). La parentalité et/ou le devenir mère dans ce contexte, est un sujet pertinent qui incite à la

réflexion. Si la fin de l'épidémie du VIH est annoncée (Spire et Cattaneo, 2014 ; ONUSIDA, 2015), la menace de la transmission du VIH de la mère à l'enfant reste présente et réelle dans les pays du sud. Toutefois, on note une évolution des thérapies. En effet, les traitements ont démontré leur efficacité, car les femmes séropositives, lorsqu'elles sont bien suivies, empruntent le chemin de la maternité et accouchent des enfants séronégatifs (Leleu, 2010 ; Moulanga, 2007 ; Rapport VIH Gabon, 2013). Cependant, si l'on peut se réjouir des progrès enregistrés en matière de PTME, les maternités qui s'inscrivent dans ce protocole laissent en suspens des questions. Il s'agit notamment des aspects psychiques y afférents.

Dans l'état actuel de nos connaissances sur la littérature, le vécu psychologique lié au sida en Afrique n'a pas fait l'objet précis d'études de type qualitatives. Or, le VIH/SIDA n'est pas seulement une maladie de diffusion microbienne, mais elle est également une « maladie sociale », où le vécu porte les germes de souffrances psychologiques et de représentations que chaque culture associe à la maladie et à ses victimes (Desclaux, 2008). En effet, les personnes vivantes avec le VIH sont confrontées à de nombreux problèmes psychologiques qui sont essentiellement en rapport avec l'efficacité du traitement, l'évolution de la maladie, l'incertitude quant à l'avenir, la vie sociale et professionnelle, la sexualité et la vie du couple (Thibault, 2006). Chez les femmes enceintes atteintes de VIH rencontrées lors de cette enquête dans la formation sanitaire urbaine d'Attécoubé et plus précisément à la PMI, la souffrance psychologique est encore plus atroce surtout lorsqu'il s'agit de la première grossesse. En effet, ces dames ont présenté le désir d'avoir un enfant comme une démarche consciente, raisonnable, voire programmée, s'intégrant dans un plan de vie lié aux idéaux sociaux, culturels et familiaux. Mais, la femme enceinte à l'annonce du statut séropositif au VIH/SIDA ; maladie incurable et susceptible d'être transmis à l'enfant, subit un choc psychologique qui peut nuire à sa santé ainsi qu'à celle de l'enfant.

Face à cette réalité, il nous revenait cette problématique de façon récurrente de savoir : quel est le vécu psychosocial des femmes enceintes séropositives au VIH/SIDA ?

Cette question découle sur la nécessité de repenser l'évaluation de l'infection à VIH/SIDA et sa prise en charge chez les femmes enceintes atteintes, qui ne doit pas reposer essentiellement sur le volet médical mais y associer les aspects psychologiques.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude mixte (qualitative et quantitative) à visée descriptive dans le but de comprendre le vécu psychologique des femmes enceintes séropositives au VIH consultant à la formation sanitaire urbaine d'Attécoubé et plus précisément à la PMI. Cette catégorie qui constituait notre cible, a été sélectionné sur la base des critères suivants :

- Etre enceinte,
- Etre séropositive,
- Etre suivie à la PMI d'Attécoubé,
- Accepter librement et de façon éclairée de participer à l'enquête.

• Méthodes et techniques d'échantillonnage

Nous avons utilisé l'échantillonnage non probabiliste. Nous avons opté pour un échantillonnage accidentel (par saturation). Selon Pires (1997), la saturation empirique désigne alors le phénomène par lequel le chercheur juge que les dernières entrevues ou observations n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles pour justifier une augmentation du matériel empirique. Mucchielli (2004) affirme que dans le domaine des recherches sur les attitudes, l'expérience montre qu'après une trentaine ou une quarantaine d'entrevues, on a assez d'éléments pour arrêter la collecte des données car l'information supplémentaire n'ajoutant plus grande chose en termes de diversité.

• Taille de l'échantillon

En appliquant nos critères d'inclusion ci-dessus énumérés à notre population, nous avons obtenu un échantillon de 40 femmes enceintes atteintes de VIH/SIDA.

Collecte de données

Dans le but de recueillir les différentes informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques, aux connaissances et perceptions vis-à-vis du VIH/SIDA ainsi qu'aux remaniements de valeurs, et suggestions des enquêtées, nous avons élaboré un guide d'entretien qui nous a permis d'effectuer des entretiens semi-directifs avec nos enquêtés et également un questionnaire en nous basant sur la théorie du comportement planifié d'Azjen (1985). En effet, cette théorie stipule que les intentions d'une personne à adopter ou non un comportement

sont les déterminants immédiats de cette action. L'intention elle-même est fonction de trois déterminants de base : le premier est personnel, et donc lié aux attitudes et aux croyances envers le fait d'avoir ou non un enfant ; le deuxième reflète l'influence de la société et est appelé la norme subjective ; enfin, le troisième dépend de la perception de contrôle qu'éprouvent les femmes sur leur vie reproductive selon Azjen. Ainsi, l'intention d'avoir un enfant est un acte de volonté que la femme se fixe mais qui se heurte à un imprévu qui est le VIH/SIDA avec lequel elle doit apprendre à vivre.

Résultats

I-Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

Tableau I : Répartition des enquêtées selon les Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

Caractéristiques sociodémographiques		Enquêtées	
		N	%
Classe d'Age	16-20 ans	05	12,50
	21-25 ans	09	22,50
	26-30 ans	05	12,50
	31-35 ans	13	32,50
	36-40 ans	07	17,50
	41 ans et plus	01	2,50
Situation matrimoniale	Marié (e)	01	2,50
	Célibataire	07	17,50
	Veuve	01	2,50
	Union libre	31	77,50
Niveau d'étude	Non scolarisé	19	47,50
	Primaire	13	32,50
	Secondaire	08	20
Profession des enquêtées	Commerçante/Vendeuse	20	50
	Sans profession	13	32,50
	Coiffeuse / Couturière	03	7,50
	Teinturière/ Lavandière	02	5
	Gérante de cabine	01	2,50
	Ménagère	01	2,50

Appartenance religieuse des enquêtées	Chrétienne	12	30
	Musulmane	28	70
	Partenaire	30	75
la personne avec laquelle l'enquêtée vit au quotidien	Famille	09	22,50
	Seule	01	2,50

Les résultats ont montré que l'âge moyen des enquêtées était de 29,3 ans avec des extrêmes de 16 et 40 ans.

II-Connaisances et perceptions du VIH/SIDA des enquêtées

Tableau II : répartition des enquêtées selon leurs connaissances et perceptions du VIH/Sida

Connaisances et perceptions des enquêtées sur le VIH/SIDA			Enquêtés	
			N	%
Informations relatives au VIH/SIDA	Oui	34	85	
	Non	06	15	
Canal d'information sur le VIH/SIDA	Ami(e)	05	10,68	
	Média	30	63,83	
	Professionnel de santé	09	19,15	
	Parent	03	6,38	
Perception du VIH par les enquêtées	Maladie mystique	00	00	
	Maladie naturelle	40	100	
	Autre	00	0	
Connaissance du risque pour l'enfant d'être infecté par le VIH	Oui	40	100	
	Non	00	00	
Moments de dépistage	Avant la grossesse	05	12,50	
	Pendant la grossesse	33	82,50	
	Après l'accouchement	02	5	
Préparation avant l'annonce du diagnostic	Oui			
	Non			

Comportements à l'annonce et au cours du suivi

Les résultats de l'étude ont montré que les principales réactions des enquêtées à l'annonce de leur statut positif au VIH étaient : le découragement (58 ;18%) et l'angoisse (18,18%). Il a été cependant noté qu'au décours du suivi, l'anxiété (41,86%) et la résignation (32,56%) étaient les deux principaux vécus psychologiques de cette situation.

Partage d'information relatif au statut sérologique à son conjoint

Ici nos résultats ont montré que la majorité (62,5%) des enquêtées n'a pas partagé l'information avec le conjoint. Les principales raisons du non partage de cette information étaient : peur de perdre son conjoint (52%) et peur de sa réaction (20%).

III-Impacts du VIH / remaniement de valeur

Tableau III : répartition des enquêtées en fonction des impacts du VIH

Impacts du VIH sur les enquêtées		Enquêtés	
		F	%
Impacts du VIH sur la vie quotidienne des enquêtées	Fatigue	30	56,60
	Irritabilité	08	15,09
	Manque de concentration	07	13,21
	Perte de motivation	04	7,55
	Aucun	04	7,55
Impacts du VIH sur la grossesse	Prise de médicaments	36	73,47
	Découragement	08	16,33
	Aucun	05	10,20
Impact du VIH sur la vie sexuelle	Réduction de sexualité	10	25
	Moins attentionnée	08	20
	Vie sexuelle normale	20	50%
	Ne plus avoir de rapport	02	5
valeurs primordiales avant le statut sérologique	Sexualité	07	14
	Procréation	31	62
	Harmonie conjugale	05	10
	Soins corporel	07	14
Valeurs prioritaires depuis la	Harmonie conjugale	13	23,63

Renforcement spirituel	29	52,73
Réussite financière	12	21,81
Je ne veux rien faire	01	1,83

Discussion

I-Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées (tableau I)

L'âge moyen des enquêtées était de 29,3 ans avec des extrêmes de 16 et 40 ans. La tranche d'âge de 31 à 35 ans était le plus représentée avec un pourcentage de 32,5%. Les résultats de notre étude sont compatibles avec celles d'autres auteurs tels que Azoumah et al., (2011), et Kimbala et al., (2016) qui ont rapporté respectivement 28,3 ans et 30,1 ans.

Concernant le niveau d'instruction, les résultats de notre étude ont montré que près de la moitié (47,50%) était non scolarisée. Ce résultat va dans le même sens que l'étude de Garanet et al., (2011) où une proportion de 33,3% des femmes n'avaient aucun niveau d'instruction. Cet aspect de notre étude pourrait impacter négativement sur la prise en charge des femmes infectées. A ce sujet, Chrystelle Tsafack Temah (2009), indique dans une étude que : « les personnes les plus éduquées sont les mieux informées sur les moyens de prévention. Tout comme l'accès aux soins de santé, l'accès à l'éducation est un moyen d'information de méthodes de prévention, spécialement si les programmes éducatifs incluent l'éducation sexuelle ». Parlant des personnes non éduquées, un rapport de l'ONUFEMMES (ONUSIDA, 2015) indiquait que : « le manque d'informations sur la prévention du VIH et l'impossibilité d'utiliser de telles informations dans le cadre de relations sexuelles, y compris dans le contexte de mariage, compromettent la capacité des femmes à négocier le port du préservatif et à s'engager dans des pratiques sexuelles plus sûres ». Le niveau d'éducation est donc un facteur déterminant dans le comportement des individus dans le sens qu'il facilite l'accès aux informations et influence la prise de décisions.

Les résultats de notre étude ont montré au niveau du statut professionnel, une proportion de 50% de femmes exerçant des métiers dans le secteur informel. Ce taux est sensiblement plus important que celui mentionné dans l'étude d'Azoumah et al., (2011), estimé à 42,2%.

Cette spécificité relative au statut professionnel pourrait être un facteur négatif pouvant exposer ces femmes au VIH du fait de leur faible pouvoir économique. Cette vulnérabilité économique soulignée dans notre étude avait déjà été constatée en 2002, par une étude menée auprès de 250 patients suivis dans 19 hôpitaux franciliens (Valin N, Lot F, Larsen C et al., 2002).

Au niveau de l'appartenance religieuse des enquêtées, nos résultats ont montré que 70% était de religion musulmane. Au sujet de la religion musulmane, Chrystelle Tsafack Temah (2009) affirmait que « L'influence de la religion musulmane et des traditions sur l'épidémie du VIH /SIDA peut cependant avoir l'effet contraire si elle passe par l'âge au premier rapport sexuel dans la population, les filles sont généralement envoyées en mariage en pleine adolescence et l'écart d'âge entre les conjoints est assez significatif, autre facteur favorable à la transmission du virus lors des rapports sexuels. ».

Concernant le statut matrimonial, 77,50% de nos enquêtées vivait en concubinage et 75 % d'entre elles vivait au quotidien avec leur partenaire. Ces résultats corroborent avec ceux, trouvés dans l'étude de Kouamé A et al., (2010) où il a été enregistré un taux de 72,9% de gestantes ayant le statut de marié.

II-Connaisances et perceptions du VIH/SIDA des enquêtées (tableau II)

La majeure partie des enquêtées (85%) a une connaissance du VIH/SIDA. Ce résultat va dans le même sens que le résultat de l'étude de Kouamé, A (2010), où il était noté une proportion de 89,3% des gestantes qui avait déjà entendu parler du VIH/SIDA. Cet aspect de l'étude montre que la notion de l'infection à VIH était connue grâce aux nombreuses campagnes de sensibilisation.

Concernant le canal d'information 63,83% des enquêtées a été informée par l'intermédiaire des médias. A ce sujet, certains auteurs, soulignaient que les messages de prévention au SIDA/VIH, diffusés en Afrique par les médias se focalisent sur la fidélité, le port du préservatif (Agha 2003) et sur l'abstinence sexuelle (Taverne 1999). Parlant toujours de la nécessité d'informer la population, d'autres auteurs soulignent également l'importance de prendre en considération le contexte culturel dans l'élaboration de messages de prévention (Kreuter et McClure, 2004).

Le VIH/SIDA est considéré par toutes les enquêtées comme une maladie naturelle (100%) ; et des solutions telles que les ARV prescrits (20% de la population enquêtée) sont des alternatives de vie. Parlant de l'importance des ARV, Hahn J. A. soutenait que Les PVVIH vivent plus longtemps et leur qualité de vie s'est améliorée (Hahn J. A., 2010). Abordant le moment de découverte, nos résultats ont montré que chez la majorité des femmes (82,5%), la découverte s'est faite à l'occasion d'une grossesse. Ce résultat va dans le même sens que celui trouvé dans l'étude Alzai M. et al., (2017) où 76 % des patientes avaient découvert leur séropositivité lors d'une grossesse. Allant dans le même ordre d'idée, certains auteurs soutenaient que la circonstance de découverte de la séropositivité la plus fréquemment retrouvée restait la grossesse (N.-R. Diagne Gueye et al, 2007).

Pour les enquêtées ayant connaissance de leurs statuts (12,5%) « la grossesse vient en quelque sorte remettre à jour la vérité du diagnostic qu'elles tentent souvent d'oublier ou de dénier » (Martin-Chabot. B, 2008).

La majorité (92,5%) soutiennent avoir été préparées avant l'annonce du VIH. Ce résultat est superposable à celui signifié dans l'étude A.N.Diarra (2011) où les patientes ayant été préparées psychologiquement à accepter le résultat étaient majoritaires avec 93,0%.

Comportements réactionnels et partage d'information relatif au statut sérologique

• Comportements à l'annonce et au cours du suivi

Le découragement (58,18%) était la principale réaction psychologique ressentie par les enquêtées à l'annonce de leur statut positif au VIH. Cette réaction a laissé place à l'anxiété (41,86%) et à la résignation (32,56%) après l'annonce. Parlant de l'anxiété qui alimente le vécu psychologique de nos enquêtées après l'annonce, Grochocinski (2010) soutenait que les états anxieux occupent une place importante dans la psychopathologie du VIH : « les personnes vivant avec le VIH font face à l'anxiété depuis l'attente des résultats du test en passant par ceux des différents bilans de contrôle (CD₄, charge virale, NFS...) ». Abordant cet aspect du vécu lié au VIH, certains auteurs ont montré dans leur étude l'importance de la préparation de l'annonce et l'importance du suivi post-annonce. (Rabi Adamou et al., 2021).

- **Partage d'information relatif au statut sérologique au conjoint**

Parlant du partage d'informations relatif au statut, de façon spécifique, nos résultats ont montré que la majorité (62,5%) des enquêtées n'a pas partagé l'information avec le conjoint. Ce résultat est contraire à celui enregistré dans l'étude de Brou Hermann et al où il a été mentionné un taux de 94% qui a partagé le résultat du test avec leur partenaire. (Brou Hermann et al 2005). La peur de perdre son conjoint était la principale raison (52%) évoquée justifiant la non information du conjoint du statut. La peur de perdre son conjoint, comme raison de la non information du conjoint est aussi signifié dans l'étude de certains auteurs qui soutenaient que les femmes qui n'ont pas voulu informer leurs conjoints citaient comme raisons principales la peur des violences conjugales et de la séparation. (N.-R. Diagne Gueye et al. 2007).

Nous constatons que les enquêtées qui ont annoncé leur statut, l'ont fait avec des membres de l'entourage proche (famille) et non avec les membres de leur communauté. Cela montre que le VIH/SIDA, constitue toujours un sujet tabou.

III-Impacts du VIH / remaniement de valeur (tableau III)

- **Impacts du VIH sur la vie quotidienne des enquêtées**

La fatigue (56,60%) était le principal paramètre qui impactait la vie quotidienne des enquêtées. En analysant le stress mis en rapport avec la fatigue, R. H. E. DATO (2019) trouvait que 83,3% des patientes ressentaient un stress important lié à la fatigue.

- **Impact du VIH sur la vie sexuelle et la vie du couple**

Bien que la moitié (50%) des enquêtées affirmait avoir une vie sexuelle normale, l'autre moitié disait être impacté par le VIH à plusieurs niveaux : 25% réduction de la sexualité, 20% moins attentionné et 5% ne plus avoir de rapports sexuels. Comme de nombreuses études l'ont montré, le diagnostic du VIH est très souvent suivi d'une période d'absence de désir sexuel et de suspension momentanée des projets de vie (familiaux, professionnels. ...) (Pierret J. 2006 ; Delor F. 1997). Ces résultats traduisent aussi la proportion de 45% des enquêtées qui soutenait que l'intrusion du VIH a affecté leur vie de couple.

- **Impacts du VIH sur la grossesse**

Chez 73,47% des enquêtées le VIH a entraîné une prise de médicaments aux heures adéquates car elles ne veulent pas contaminer leurs bébés. A ce sujet, certains auteurs soutenaient que, le risque global de transmission verticale alors que la femme reçoit une trithérapie antirétrovirale (associant inhibiteurs de la rétrotranscriptase et de la protéase) peut être estimé à moins de 2%. (Helfgott A et al., 2000 ; Lorenzi P et Spicher VM, 1998).

- **Impact du VIH sur les valeurs de vie.**

La procréation (62%) était la principale valeur recherchée avant le statut sérologique de nos enquêtées. Le renforcement spirituel (52,73%) était la valeur prioritaire depuis la survenue du VIH. Il y a donc eu un remaniement de valeurs du fait de l'intrusion du VIH dans le cours de la vie de nos enquêtées. A ce sujet certains auteurs soutenaient que lorsqu'une maladie chronique invalidante ou mortelle survient dans le cours de la vie, les valeurs établies comme norme de vie prennent une nouvelle orientation. Les valeurs consistent en un ensemble de jugement et de croyance qui servent de référence dans les conduites et constituent l'une des expressions de raison de vivre autour desquelles des individus construisent leur vie (Domoua KMS et al ; 2008).

En somme, l'analyse et l'interprétation des résultats de cette étude se positionnent selon le modèle théorique de Azjen (1985). Cette théorie stipule que les intentions d'une personne à adopter ou non un comportement sont les déterminants immédiats de cette action. Ainsi, de cette étude nous pouvons retenir que malgré une perception positive et une bonne connaissance du VIH/SIDA, le vécu psychosocial des femmes enquêtées était toujours ponctué par l'anxiété, la résignation et aussi le manque de partage d'information. Cette réalité nous interpelle et demande à ce que des actions soient menées pour mieux accompagner ce type de patientes afin que leurs grossesses se déroulent dans de bonnes conditions psychologiques.

Conclusion

La réalisation de cette étude avec 40 femmes enceintes consultant à la PMI d'Attécoubé à l'aide du guide d'entretien et du questionnaire a mis en exergue l'âge moyen des enquêtées qui était de

29,3 ans avec des extrêmes de 16 et 40 ans. La tranche d'âge de 31 à 35 ans était la plus représentée avec un pourcentage de 32,5 %. Près de la moitié des enquêtées était non scolarisée et exerçait dans le secteur informel. Ces femmes étaient en grande partie musulmanes et avaient majoritairement en couple.

S'agissant des connaissances et de la perception du VIH/SIDA, compte tenu que la majeure partie d'entre elles avait une bonne du VIH/SIDA, les résultats de l'étude ont montré que la totalité des enquêtées percevait le VIH comme une maladie naturelle. Abordant les comportements à l'annonce et au cours du suivi, le découragement était la principale réaction psychologique ressentie par les enquêtées à l'annonce de leur statut positif au VIH. Cette réaction a laissé place à l'anxiété et la résignation après l'annonce ce qui a entraîné le refus de partage de son statut avec son entourage et plus précisément avec le conjoint malgré le comportement de soutien manifesté par ceux-ci. En termes d'impact, l'intrusion du VIH a entraîné chez certains couples la réduction des rapports sexuels, un désintérêt de la sexualité et l'arrêt des rapports sexuels d'où un remaniement des valeurs et habitudes de vie. En effet la procréation était la principale valeur recherchée avant, après la survenue du VIH, la spiritualité était la valeur prioritaire.

Références

- Adamou Rabi, De Freitas Girardi Júlia, Aka Dago-Akribi Hortense et al.** (2021). *Étude qualitative sur le vécu de l'annonce du statut VIH aux adolescents en Côte d'Ivoire*. Santé publique, 33 (5), 753-762.
- Agha Sohail** (2003). *The impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-efficacy and on other behavioural predictors* In AIDS Care, 15(6), pp.749-76.
- Ajzen Icek** (1985) *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. In : *Action control: From cognition to behavior*. Berlin, Heidelberg : Springer Berlin Heidelberg p. 11-39.
- Akare Biyoghe Béatrice** (2010). *Conceptions et Comportements des fang face aux questions de fécondité et de stérilité, Regard anthropologique sur une société patrilineaire du Gabon Thèse de doctorat*. Université Paul Verlaine, Metz. <http://docnum.univlorraine.fr/public/UPVM/Theses/2010/Akare.Biyoghe.Beatrice.LMZ1002.pdf>

- Alzai M., Michaud C., Lambrecht L et al** (2017). *Suivi des femmes enceintes séropositives au VIH de janvier 2013 à décembre 2014 et de leurs nourrissons dans un département d'outre-mer*. Médecine et Maladies Infectieuses, 47(4), S146
- Azoumah KD, Lawson-Houkporti AA, Djadou KE et al** (2011). *Bilan de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH-sida à l'hôpital de Bè à Lomé*. Journal de pédiatrie et de puériculture, 24 (1), 1-7.(Ditrane Plus 3 project, ANRS1253.Santé).
- Bulterys Marc. et Lepage P.** (1998). *Mother-to-child transmission of HIV*. Curr Opin Pediatr. r ;10(2):143-50
- Bydlowski M. et Duval Raoul A.** (1978). *Un avatar psychique méconnu de la puerperalité : la névrose traumatique post obstétricale*. Perspectives Psychiatriques, 4, 321 – 328
- BROU Hermann, AGBO Héléne et DU Loû Annabel Desgrees.** (2005). *Impact du conseil et du dépistage du VIH en consultation prénatale pour les femmes séropositives à Abidjan (Côte d'Ivoire) : une étude quantitative et qualitative* (projet Ditrane Plus 3, ANRS 1253). Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé , 2005, vol. 15, n° 2, p. 81-91.
- Delor François.** (1997). *Séropositifs: trajectoires identitaires et rencontres du risque*. L'Harmattan,
- Desclaux Alice et Cadart Marie-Laure** (2008). *Avoir un enfant dans le contexte de l'infection par le VIH/Sida. Discours médicaux et liens sociaux*. Médecine/Sciences. Numéro spécial : *Les femmes et le sida en France. Enjeux sociaux et de santé publique*, mars, 24 (2), 53-61.
- Diagne Gueye- N. R, Dollfus C., Tabone-M. D et al.** (2007). *Vécu des mères séropositives pour le VIH dans la période périnatale*, Archives de Pédiatrie, Volume 14, numéro 5, pages 461-466
- DIARRA Awa Nazoum** (2011). *Croyances et comportements des femmes enceintes vis-à-vis de leur séropositivité pour l'infection à VIH au service de gynécologie-obstétrique du centre de santé de référence de la commune II*. Thèse de doctorat, Faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie de l'Université de Bamako.
- Domoua K.M.S. et al,** (2008). *Remaniement des valeurs chez les personnes atteintes de pathologies pulmonaires associées au VIH*. Rev pneumol trop :10 :10-18.
- Faso Burkina, Garanet Franck, Bazié Hermann et al.** (2013) *Le dialogue autour de la grossesse entre la femme VIH positif, son époux et le médecin, une étude burkinabè*. Vocation Sage-femme, no 100, p. 36.

- Grochocinski, J.** (2010). *Anxiété, Dépression, et VIH*. Toronto : La Fondation des personnes de Toronto atteintes du sida.
- Labadla Karima, Guerrouf Kenza** (2021). *Stress, pathologies et immunité*.
- Hahn Judith A. et Samet Jeffrey H.** (2010). *In alcohol and HIV disease progression: weighing the evidence*. *Curr HIV/AIDS Rep*.7; 226-233
- Helfgott A, Eriksen N, Lewis S. et al.**(2000). *highly active antiretroviral therapy for the prevention of perinatal hiv society for maternal fetal medicine annual meeting, miami beach,fl.* in désir d'enfant chez le couple séro – discordant pour le vih : possibilité de prise en charge P.Lorenzi et J.-F.Balavoine),59 :2311-4.
- Kimbala J., Mukuku O., Kalala C. et al.** (2016). *La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) à Lubumbashi en République Démocratique du Congo*. *Médecine d'Afrique Noire*, 63(2), 106.
- Kouamé Atta.** (2010). *Vivre avec le VIH sous le regard des autres en milieu africain : l'expérience de séropositifs rencontrés à Abidjan*. *Revue Africaine d'Anthropologie*, Nyansa-Pô, p. 23-40.
- Kouamé Atta** (2012). *Approche psychoqualitative du VIH/sida en contexte africain : cas du vécu de l'infection chez des patients du Service des maladies infectieuses et tropicales (SMIT) d'Abidjan*. *Recherches qualitatives*, 2012, vol. 31, no 1, p. 130-151
- Kreuter Matthew W. et McClure Stephanie M.**(2004). *The role of culture in health communication*, In *Annual Review of Public Health*, 25, pp439-455.
- Leleu C.** (2010). *Evaluation du programme de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant expérience de l'hôpital Scheitser au Gabon*. (Thèse de doctorat) : Université de Lille 2, Lille.
- Lorenzi Patrizio, Spicher Virginie Masserey, Laubereau Birgit, et al.** (1998) *Thérapies antirétrovirales pendant la grossesse : effets maternels, fœtaux et néonataux*. *Sida* , vol. 12, n° 18, p. F241-F247.
- Lot Florence, Larsen Christine, Valin Nadia et al.** (2004) *Parcours sociomédical des personnes originaires d'Afrique subsaharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Ile-de-France, 2002*. *Bull Epidemiol Hebdo*, 2004, vol. 5, p. 17-20.
- Martin-Chabot Béatrice** (2008). *Des femmes enceintes séropositives au virus du SIDA, entre secret et parole au sein du couple*. *Dialogue* n°179, pages 111 à 118.
- Moulanga F.A.** (2007). *Prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH. Expérience du Centre Hospitalier de Libreville (Gabon)*. *Thèse de Doctorat*

d'état en Médecine. Université de Santé, Libreville.
http://www.afrikibouge.com/publications/these_FINALE.pdf

Coulibaly Adama (1998). *VIH: Cas du Département De Pédiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Sourô Sanou de Bobo-Dioulasso (Burkina Faso).*

Mucchielli Alex (2009), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, 2 è Ed.* Paris, Armand colin.

ONUSIDA Rapport d'activité 2015 sur la riposte au SIDA dans le monde
http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2702_GAR_PR2015guidelines_fr.pdf Consulté le 02/02/2016

Pins Dinora. (1972). *Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality.* Brit.J.Med.Psychol. 45:333-343.

Pires Alvaro 1997), *Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique.* Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L. H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer et A. Pires (dir.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques.* Gaétan Morin éditeur, p. 113-169.

Pierret J. (2006). *Vivre avec le VIH, Enquête de longue durée auprès des personnes infectées.* Paris : Presses Universitaires de France, collection Le lien social, 232 p.

Programme commun des Nations Unies sur le sida : Rapport 2011 de l'ONUSIDA sur la Journée mondiale de lutte contre le sida. 2011, Genève : ONUSIDA, disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC221_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf . Consulté le 11 janvier 2022

Rapport National sur la réponse au VIH ISDA 2013 (Gabon) : http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//GAB_narrative_report_2014.pdf Consulté le 17/11/2022.

Dato Rochel HE, Azonbakin Simon et Lokossou Gatién (2019). *Impact du stress sur l'immunité des femmes enceintes au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant de la Lagune de Cotonou.* EPAC/UAC, 2019.

Spire B. et Cattaneo G. (2014). *Sida : 30 ans d'idées reçues.* Paris : Le Cavalier Bleu.

Taverne Bernard (1999). *Valeurs morales et messages de prévention : la fidélité contre le SIDA au Burkina Faso,* In Becker, Charles, et al, eds, *Vivre et penser le SIDA en Afrique,* Paris, l'Harmattan, pp.509-525.

Temah Chrystelle Tsafack (2009). *Les déterminants de l'épidémie du VIH/SIDA en Afrique subsaharienne*. Revue d'économie du développement, (1), 73-106.

Thibault G. (2006). *Vivre en équilibre. Le point de VIH*. Bulletin du comité des personnes atteintes du VIH du Québec, 15(3), 3.

Williams, D. (2006). *La santé psychologique et le VIH. Le point de VIH*. Bulletin du comité des personnes atteintes du VIH du Québec, 15(3), 6-7.