

Porter la vie et le virus : répercussions psychosociales de la séropositivité au VIH chez les femmes enceintes à Yopougon Nord (Côte d'Ivoire)

Mahamoud DIABY

*Enseignant-Chercheur à l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)/Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan
degaul25@hotmail.fr*

Pazé N'guessan KOUAME

*Enseignant-Chercheur à l'Institut des Sciences Anthropologiques de Développement (ISAD)/Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan
pazek@outlook.fr*

Résumé

Cette étude descriptive et analytique menée au Centre de Santé de l'Association des Gestionnaires et de Formation Sanitaire (AGFS) de Yopougon Nord, à Abidjan, examine les répercussions psychosociales de la séropositivité au VIH chez 40 femmes enceintes suivies dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME). À travers une approche quantitative et qualitative enrichie d'observations cliniques, l'étude explore les caractéristiques sociodémographiques, les réactions émotionnelles et les dynamiques sociales liées à la découverte du statut sérologique pendant la grossesse. Les résultats révèlent une vulnérabilité multidimensionnelle : faible niveau d'instruction (43 % non scolarisées), précarité économique (45 % dans l'informel) et exposition à la stigmatisation. Les troubles psychiques dominants sont l'anxiété, la tristesse et le repli sur soi, souvent exacerbés par le rejet social. Malgré une adhésion thérapeutique élevée (86 %), la participation aux groupes de soutien demeure marginale (23 %). Ces données soulignent l'urgence d'une prise en charge intégrée, alliant accompagnement psychologique, médiation familiale et soutien communautaire pour améliorer la qualité de vie des gestantes séropositives.

Mots-clés : VIH/sida ; femmes enceintes ; santé mentale ; stigmatisation ; vécu psychosocial

Abstract

This descriptive and analytical study, conducted at the Yopougon North Health Center (AGFS) in Abidjan, explores the psychosocial repercussions of HIV seropositivity among 40 pregnant women enrolled in the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) program. Using a quantitative and qualitative approach supported by clinical observation, the study examines sociodemographic

characteristics, emotional responses, and social dynamics surrounding the discovery of HIV status during pregnancy. Results highlight multidimensional vulnerability: low education levels (43% unschooled), economic precariousness (45% in informal work), and persistent stigma. The main psychological disorders reported include anxiety, sadness, and social withdrawal, often aggravated by social rejection. Despite high therapeutic adherence (86%), participation in support groups remains low (23%). These findings underline the need for integrated psychosocial care combining counseling, family mediation, and community-based interventions to improve the well-being of HIV-positive pregnant women.

Keywords : HIV/AIDS, pregnant women, mental health, stigmatization, psychosocial experience

Introduction

La grossesse constitue une période charnière dans la vie d'une femme, marquée par d'importants bouleversements physiologiques, émotionnels et identitaires. Elle représente à la fois l'accomplissement d'un projet de vie et une étape de vulnérabilité psychique, où se réactivent des enjeux affectifs, narcissiques et relationnels liés à la maternité (Bydlowski, 1991 ; Winnicott, 1956). Lorsqu'elle s'accompagne d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cette expérience prend une dimension particulièrement dramatique : la femme se trouve simultanément confrontée à la perspective de donner la vie et à celle de vivre avec une maladie socialement stigmatisée.

Découvrir sa séropositivité au cours d'une grossesse constitue un événement à la fois traumatique et déstabilisant, qui perturbe l'équilibre psychique et social de la future mère. Plusieurs études ont montré que cette situation engendre une série de réactions émotionnelles allant du choc au déni, de la peur à la culpabilité (Belz-Celia, 2013 ; Grochcinski, 2010). Le diagnostic du VIH, loin d'être un simple fait biomédical, devient un événement biographique total, qui engage la perception de soi, la relation à autrui et le rapport au corps.

Sur le plan épidémiologique, l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2023) estime à près de 37 millions le nombre de personnes vivant avec le VIH dans le monde, dont environ 53 % de femmes.

L'Afrique subsaharienne concentre à elle seule plus de 70 % des nouvelles infections, touchant en priorité les femmes jeunes et enceintes. En Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH s'élève à 2,9 % dans la population adulte (Ciphia, 2018), mais atteint 4,1 % chez les femmes, contre 1,7 % chez les hommes ; ce qui confirme la féminisation progressive de l'épidémie. Cette situation s'explique par la combinaison de déterminants biologiques, socioéconomiques et culturels : plus grande susceptibilité physiologique à la contamination, dépendance financière, faible autonomie décisionnelle en matière de sexualité et poids des représentations genrées (Desgrées-du-Loû et al., 2009 ; ONU Femmes, 2023).

Le VIH/sida demeure, en contexte africain, une pathologie à forte charge symbolique. Il continue d'être associé à la honte, à l'immoralité, voire à la culpabilité féminine (Delor, 1997 ; Martin, 2018). Pour les femmes enceintes, ce stigmate est redoublé ; elles portent non seulement le fardeau de la maladie, mais aussi celui d'une maternité « menacée ». La grossesse, censée incarner la vie et la continuité, se trouve traversée par la peur de la contamination de l'enfant et la crainte du rejet conjugal ou social. Plusieurs travaux montrent que cette tension entre la vie et la mort, l'amour et la honte, engendre des troubles psychiques variés (anxiété, dépression, repli sur soi) qui altèrent la qualité de vie des gestantes séropositives (Soro, 2005 ; Traoré, 2022).

Dans ce contexte, la stigmatisation sociale joue un rôle déterminant. Le dévoilement du statut sérologique demeure une épreuve majeure : certaines femmes préfèrent taire leur condition pour préserver leur couple, leur emploi ou leur appartenance communautaire (Rabi et al., 2021 ; Kouakou, 2020). Ce silence protecteur, s'il permet de maintenir une façade sociale, renforce paradoxalement l'isolement émotionnel et la détresse psychique.

Parallèlement, la littérature sur le soutien social souligne que la présence d'un réseau de soutien affectif, matériel ou informationnel constitue un facteur essentiel de résilience (Cobb, 1976 ; Cohen & Wills, 1985). Chez les femmes vivant avec le VIH, la qualité du

soutien conjugal et familial conditionne largement l'adhésion thérapeutique, l'équilibre émotionnel et la projection positive vers la maternité (Rochat et al., 2013 ; WHO, 2021). À l'inverse, l'absence de soutien, la stigmatisation ou la rupture conjugale amplifient la souffrance psychique et compromettent la prise en charge.

La théorie des représentations sociales de Moscovici (1961) offre d'une part, un cadre privilégié pour comprendre la manière dont les femmes enceintes séropositives construisent du sens autour du VIH et de la maternité. Le VIH est appréhendé non seulement comme un agent pathogène, mais aussi comme un objet socialement investi, chargé de significations morales, religieuses et symboliques. Ces représentations, intériorisées ou subies, façonnent les attitudes face au diagnostic, au traitement et au rapport à l'enfant à venir. D'autre part, la théorie du soutien social (Cobb, 1976 ; Cohen & Wills, 1985) permet d'analyser les interactions et ressources relationnelles qui favorisent la résilience psychique. Elle postule que le soutien perçu (émotionnel, matériel ou informationnel) agit comme un « tampon » face aux situations de stress. Dans le cas des femmes enceintes séropositives, la qualité de ce soutien, notamment conjugal et communautaire, influence fortement la stabilité psychique et la continuité du suivi médical. Quant à la psychodynamique de la maternité, telle que développée par Bydlowski (1991), Winnicott (1956) et Stern (1995), elle envisage la grossesse comme un moment de remaniement identitaire et de réactivation de conflits inconscients. Le processus de « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 1956) et la « transparence psychique » (Bydlowski, 1991) décrivent l'état psychique particulier de la femme enceinte, oscillant entre ouverture à l'autre et vulnérabilité narcissique. Chez les femmes séropositives, ce processus est complexifié par la crainte de transmettre le virus, par la honte intériorisée et par la menace de disqualification sociale. Ces différentes perspectives permettent de penser le vécu de la gestante séropositive comme un espace de tension entre contraintes sociales, exigences médicales et quête de sens individuel.

Malgré les progrès enregistrés dans la lutte contre le VIH/sida, la majorité des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) en Côte d'Ivoire demeurent centrés sur les aspects biomédicaux (dépistage, observance thérapeutique, suivi obstétrical) au détriment de la dimension psychosociale. Or, plusieurs recherches récentes soulignent que la réussite de ces programmes dépend étroitement de la prise en compte du vécu psychique, du contexte socioculturel et des dynamiques relationnelles dans lesquelles évoluent les femmes concernées (Sakana et al., 2024 ; Traoré, 2022).

C'est dans cette perspective qu'il est apparu nécessaire d'explorer le vécu psychologique et social des femmes enceintes vivant avec le VIH à Abidjan, afin d'éclairer les mécanismes d'adaptation et les besoins spécifiques de cette population vulnérable. Cette recherche s'inscrit dans une approche anthropologique et psychosociale de la santé, considérant la maladie comme un fait à la fois biologique et socialement construit. Ainsi, la question centrale qui guide ce travail est la suivante : quelles sont les répercussions psychosociales de la séropositivité au VIH chez les femmes enceintes suivies au Centre de Santé de Yopougon Nord ?

L'objectif général est d'analyser les impacts psychologiques et sociaux du statut sérologique sur les gestantes, afin d'identifier les facteurs de vulnérabilité et les leviers d'adaptation susceptibles d'améliorer leur prise en charge globale.

Dispositif méthodologique

Conception de l'étude

Cette recherche s'inscrit dans une approche quantitative et qualitative à visée analytique, relevant du paradigme interprétatif en sciences sociales. L'objectif est de décrire et de comprendre les répercussions psychosociales du statut sérologique au VIH chez les femmes enceintes, en considérant la complexité des interactions entre les dimensions psychologique, sociale et culturelle de l'expérience de la maladie. Le choix d'une étude descriptive et analytique de type

transversal repose sur la volonté d'obtenir une photographie empirique du vécu des gestantes séropositives à un moment précis de leur parcours de soins. Cette approche permet d'examiner à la fois les caractéristiques sociodémographiques, les attitudes, les réactions émotionnelles, les conditions sociales et les représentations associées à la séropositivité pendant la grossesse.

L'étude mobilise une démarche mixte de terrain, combinant un recueil de données quantitatives par questionnaire structuré et une observation clinique participante. Cette combinaison a permis de compléter les statistiques descriptives par une compréhension qualitative des attitudes et comportements observés. Elle s'inscrit ainsi dans une logique d'objectivation compréhensive : dégager les tendances générales tout en interprétant le sens subjectif des réponses et comportements.

Cadre et stratégie d'enquête

- **Cadre de l'étude**

L'enquête a été conduite au Centre de Santé de l'Association des Gestionnaires et de Formation Sanitaire (AGFS), situé à Yopougon Nord, dans le district d'Abidjan. Ce centre a été retenu pour trois raisons principales. Premièrement, Il constitue un site de référence en matière de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH. Ensuite, il assure une prise en charge intégrée des femmes enceintes séropositives (médicale, psychologique et sociale). Enfin, le centre dessert une population hétérogène représentant les milieux urbains populaires d'Abidjan, caractérisés par une forte densité démographique et une diversité socioculturelle. Ce contexte socio-sanitaire a offert un terrain particulièrement pertinent pour appréhender le vécu des gestantes dans un environnement marqué par la stigmatisation, la précarité et la complexité des rapports familiaux. Pour mener à bien cette étude, un pré-test a été conduit dans une formation sanitaire urbain communautaire (FSUCOM) de toit rouge, un centre disposant d'un service de CPN avec dépistage du VIH. Ce

pré-test a permis de vérifier la clarté et la compréhension des questions, sans anomalies rapportées.

- **Stratégie d'enquête**

L'enquête a été menée sur une période de trois mois, de mars à mai 2024, auprès des femmes enceintes suivies dans le cadre du programme PTME du centre. Le recrutement des participantes s'est effectué selon la méthode du volontariat raisonné. Il a consisté à la recherche systématique des femmes enceintes séropositives parmi celles venues en CPN, avec l'appui du personnel soignant, garantissant le respect de la confidentialité et du consentement libre et éclairé. L'étude a été conduite avec l'autorisation formelle du directeur du Centre de la Formation Sanitaire (AGFS), en coordination avec la responsable (major) de la maternité et les sage-femmes du service de consultations prénatales (CPN). Le consentement éclairé des participantes a été obtenu après une présentation détaillée des objectifs de l'étude et l'assurance de la confidentialité des informations recueillies. Les entretiens, réalisés sous couvert d'anonymat, ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone afin de garantir la protection de l'identité des participantes.

Les critères d'inclusion retenus étaient les suivants : Premièrement, être enceinte au moment de l'enquête ; ensuite, avoir un diagnostic confirmé de séropositivité au VIH ; être inscrite au programme PTME du centre de santé et avoir été informée de son statut au moins deux semaines avant la période de l'enquête. Et enfin, donner un accord volontaire pour participer à l'étude. Ont été exclues de l'échantillon les femmes ayant un antécédent psychiatrique connu ou présentant des troubles cognitifs susceptibles d'altérer la qualité des réponses, les femmes enceintes qui avaient refusé le dépistage et les femmes enceintes qui n'avaient pas fait de CPN à la période de l'étude.

Techniques de collecte des données

La collecte des données s'est appuyée sur deux techniques complémentaires :

- **Le questionnaire structuré**

Un questionnaire fermé et semi-ouvert a été élaboré pour recueillir des informations relatives au profil sociodémographique des femmes enceintes séropositives, aux connaissances, attitudes et représentations sur le VIH, aux réactions émotionnelles et psychologiques à l'annonce du diagnostic, aux relations sociales, soutien perçu et à la participation aux groupes de parole et à l'adhésion au traitement antirétroviral. Ce questionnaire a été administré directement, dans un espace confidentiel, par l'enquêteur en veillant au respect de l'anonymat.

- **L'entretien semi-directif individuel**

En complément du questionnaire, une observation non participante et un entretien semi-directif individuel ont été réalisés. L'observation a permis de recueillir des informations qualitatives sur les attitudes, les comportements non verbaux, les expressions émotionnelles et interactions entre les gestantes et le personnel soignant. Les entretiens ont quant à eux permis d'approfondir les éléments et enrichi l'interprétation des données quantitatives par une lecture contextuelle et comportementale du vécu des femmes.

Taille et traitement du corpus

L'échantillon final est composé de 40 femmes enceintes séropositives suivies dans le service PTME du centre. Ce nombre correspond à la totalité des gestantes répondant aux critères d'inclusion pendant la

période d'enquête. Les données issues des questionnaires ont été codées manuellement puis saisies dans un tableur pour un traitement statistique descriptif. Les fréquences et pourcentages ont été calculés pour chaque variable, de manière à dégager les tendances générales du profil sociodémographique et du vécu psychosocial des participantes.

Les entretiens ont quant à elles, constitué un corpus textuel complémentaire, organisé selon des thématiques récurrentes : émotions dominantes, modes d'expression du stress ou de la culpabilité, interactions avec le personnel de santé et attitudes face au traitement et à la maternité. Ce double corpus (quantitatif et qualitatif) a permis de croiser les données chiffrées et les éléments de sens.

Analyse des données

L'analyse a combiné une démarche statistique descriptive et une analyse de contenu thématique, selon la méthode d'Akrouf (1987). Les variables quantitatives (âge, niveau d'instruction, situation matrimoniale, profession, etc.) ont été traitées sous forme de distributions de fréquences et de pourcentages, facilitant la mise en évidence des profils dominants. Les données issues des entretiens ont été soumises à une analyse thématique inductive, articulée autour des axes principaux. Chaque thème a été interprété à la lumière du cadre théorique défini dans l'introduction : représentations sociales (Moscovici, 1961), soutien social (Cobb, 1976) et processus psychique de la maternité (Bydlowski, 1991). Cette approche a permis de relier les tendances empiriques observées aux logiques psychologiques et sociales sous-jacentes.

Interprétation des données

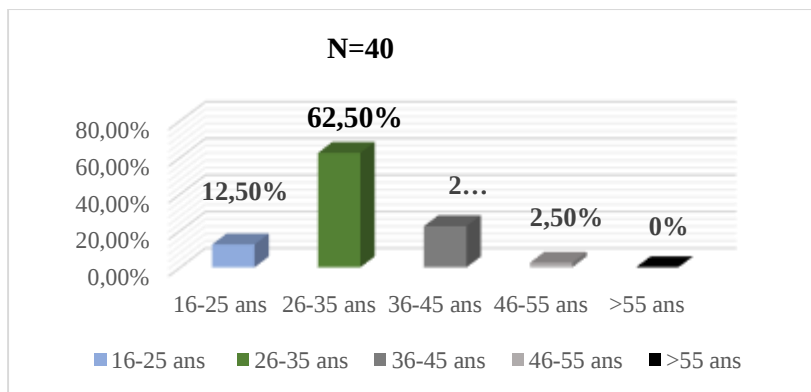
L'interprétation a consisté d'une part, à organiser les résultats obtenus et à effectuer les inférences en vue d'évaluer le degré de validité générale de notre postulat et d'autre part, à comparer ces résultats à ceux d'autres recherches, pour évaluer la validité théorique. La

méthode déterministe et la méthode constructiviste ont été utiles pour la phase d'analyse et de discussion des résultats obtenus. La première, recherche les facteurs nécessaires et suffisants à la production régulière d'un phénomène dans le contexte de sa manifestation (Hempel *et al.*, cité par Hermann, 1994, p23). Cette méthode permet ici d'expliquer le déclenchement des réactions psychosociales de la séropositivité au VIH chez les femmes enceintes. L'analyse constructiviste quant à elle, permettra non seulement de cerner toutes les activités cognitives qui accompagnent les femmes enceintes séropositives au VIH au cours de leur grossesse mais aussi leur participation dans la mise en place de stratégies de soutien adaptées

Résultats de l'étude

1. Caractéristiques sociodémographiques des gestantes séropositives

1.1. Age des gestantes séropositives

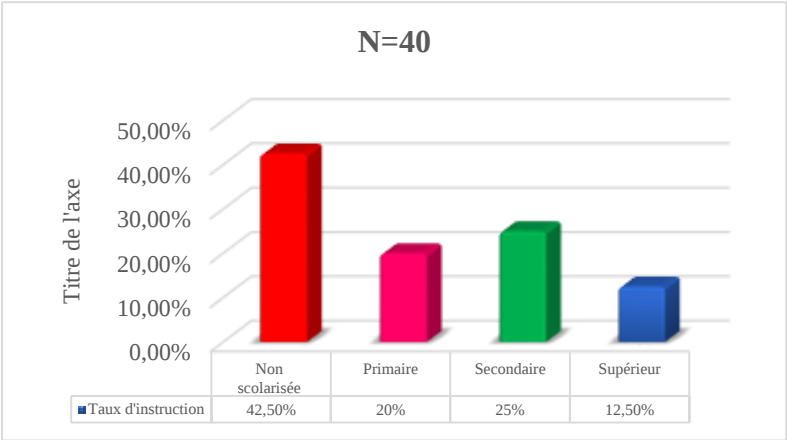


Graphique 1 : Répartition des enquêtées selon l'âge

L'analyse du profil sociodémographique révèle que la majorité des femmes interrogées sont jeunes adultes, appartenant à une tranche

d'âge comprise entre 26 et 35 ans (63 %). Cette répartition traduit la forte exposition des femmes en âge de procréer au risque de contamination et à la découverte du VIH au moment de la grossesse.

1.2. Niveau d'instruction des gestantes séropositives



Graphique 2 : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction

Le tableau fournit un aperçu du profil socioéducatif des gestantes. 43 % des femmes n'ont aucun niveau scolaire formel, 32 % ont un niveau primaire, tandis que seules 25 % ont atteint le secondaire. Ce faible niveau d'instruction influence directement la compréhension des messages de prévention, la gestion de la maladie et la capacité à dialoguer avec les soignants.

1.3. Profession des gestantes séropositives



Graphique 3 : Répartition des enquêtées selon la profession

La répartition des gestantes selon leurs activités professionnelles montre que 45 % des femmes exercent une activité dans le secteur informel, 30 % sont sans emploi fixe, et 25 % sont ménagère. La précarité économique apparaît ainsi comme un facteur de vulnérabilité majeur, limitant l'autonomie financière et la capacité à subvenir aux besoins liés au suivi médical et à la grossesse.

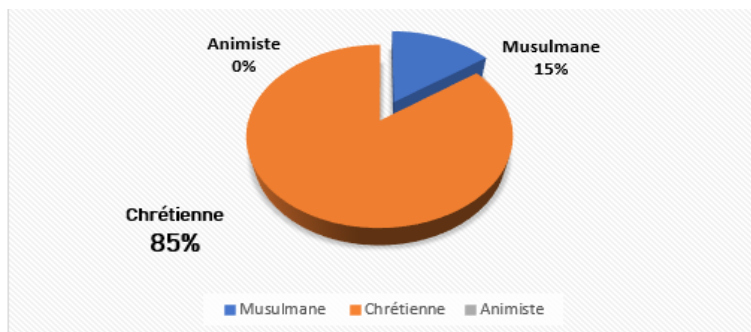
1.4. Statut matrimonial des gestantes séropositives

Tableau I : Répartition des enquêtées selon le statut matrimonial

Situation matrimoniale	Effectif	Pourcentage (%)
Mariée	22	55
Concubine	13	32,50
Célibataire	05	12,50
Divorcée	00	00
Veuve	00	00
TOTAL	40	100

Les données relatives à la situation matrimoniale des gestantes séropositives révèlent une prédominance des femmes mariées (55 %), suivies de celles vivant en union libre ou en concubinage (32,5 %), tandis que 12,5 % sont célibataires.

1.5. Appartenance religieuse des gestantes séropositives



Graphique 4 : Répartition des enquêtées selon la religion

Le graphique présente la distribution des gestantes selon leur appartenance religieuse. Il en ressort que la majorité d'entre elles se déclarent de confession chrétiennes (85%), suivies des musulmanes (15%). Ces appartenances religieuses influencent la perception morale du VIH, la culpabilité ressentie et les stratégies de recours spirituel observées.

2. Données cliniques et thérapeutiques des gestantes séropositives

2.1. Primigeste des gestantes séropositives

Tableau II : Répartition des enquêtées selon leur parité (nombre de grossesses antérieures)

Gestité	Fréquence	Pourcentage (%)
G1	16	40
G2	10	25
G3	8	20
G4	04	10
G5	02	5

La répartition des gestantes selon leur parité montre une prédominance des primigestes (40%), suggérant une forte représentation des femmes enceintes pour la première fois. Elles sont suivies par les secundigestes (25%), les autres réparties entre paucigestes/multigestes, traduisant une présence significative des femmes ayant déjà vécu une ou deux grossesses.

2.2. Age gestationnel moyen et nombre de CPN effectué des gestantes séropositives

Tableau III : Répartition des enquêtées selon l'âge de la grossesse et le nombre de CPN effectué

Age de la grossesse	Fréquence	Pourcentage (%)
3 mois	03	7,50
4 mois	04	10
5 mois	03	7,50
6 mois	09	22,50
7 mois	06	15
8 mois	07	17,50
9 mois	08	20

Nombre de CPN effectué		
1	11	27,50
2	15	37,50
3	07	17,50
4	04	10
5	03	7,50

La répartition des gestantes selon leur âge gestationnel et le nombre de CPN effectué met en évidence une concentration significative des consultations prénatales entre le 6e et le 9e mois de grossesse. Quant aux CPN effectuées, la majorité des enquêtées a été vue à la deuxième CPN (37,50%). Ces chiffres indiquent un retard fréquent de la première CPN chez une partie des patientes. Le fait d'être vues tardivement (6-9 mois) réduit la fenêtre d'intervention pour les mesures préventives de la PTME (dépistage précoce, initiation / optimisation du traitement antirétroviral, counselling).

3. Connaissances des gestantes sur le VIH/sida

3.1. Niveau général de connaissance sur le VIH/sida

Tableau IV : Répartition des enquêtées selon leur connaissance du VIH/sida

Réponses	Fréquence	Pourcentage (%)
Lors d'une campagne de sensibilisation	40	100
Lors d'une consultation médicale	40	100
C'est une maladie	01	2,50
C'est une maladie grave	40	100
C'est une maladie incurable	40	100
C'est une maladie mortelle	40	100
C'est une maladie contagieuse	32	80
C'est une maladie virale	40	100

Les données révèlent que la quasi-totalité des gestantes interrogées ont entendu parler du VIH/sida avant leur dépistage. Toutes affirment connaître l'existence de la maladie, la qualifiant de maladie grave, incurable, mortelle et virale, tandis que 80 % (32 sur 40) reconnaissent son caractère contagieux.

3.2. Connaissances sur les modes de transmission

Tableau V : Répartition des enquêtées selon leur connaissance du VIH/sida

Mode de transmission	Fréquence	Pourcentage (%)
Rapport sexuel non protégé	36	90
Par voie sanguine	38	95
Transmission mère-enfant	36	90

Les données recueillies indiquent une bonne connaissance des principaux modes de transmission du VIH/sida parmi les gestantes interrogées. En effet, 95 % des répondantes identifient la voie sanguine comme un vecteur de transmission du virus, 90 % des reconnaissent le rapport sexuel non protégé comme un mode majeur de contamination. La transmission mère-enfant est également connue par 90 % des gestantes.

3.3. Connaissances sur la prévention et les mesures protectrices

Tableau VI : Répartition des enquêtées selon leur connaissance du VIH/sida

Moyens de prévention	Fréquence	Pourcentage (%)
Utilisation des préservatifs pendant les rapports sexuels	29	75
Usage unique ou individuel d'objets tranchant, pointu ou de matériel d'accouchement	28	70
Fidélité sexuelle	21	54
Abstinence sexuelle	19	48

Les données révèlent une représentation des moyens de prévention du VIH parmi les gestantes interrogées. L'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels est citée par 75 % des répondantes. L'usage unique ou personnel d'objets tranchants, pointus ou de matériel d'accouchement est également bien identifié (70 %). La fidélité sexuelle est mentionnée par 54 % des enquêtées, tandis que l'abstinence sexuelle a été identifiée par 48 % des répondantes.

3.4. Connaissances des symptômes du VIH/sida

Tableau VII : Répartition des enquêtées relative aux connaissances des symptômes du VIH

Symptômes	Fréquence	Pourcentage (%)
Perte de poids importante	39	97,50
Vomissements	09	22,50
Diarrhée	39	97,50
Sueurs nocturnes	12	30
Aucune réponse	01	2,50

Les données montrent une prédominance de certains symptômes cliniques fréquemment associés à l'infection à VIH. La perte de poids importante et la diarrhée sont chacune rapportées par 97,5 % des gestantes interrogées, ce qui en fait les manifestations les plus récurrentes dans cette population.

4. Attitudes et pratiques des gestantes séropositives

4.1. Manifestations psychopathologiques

Tableau VII : Répartition des enquêtées relative aux manifestations psychopathologiques

Réponses	Fréquence	Pourcentage (%)
Troubles anxieux	36	90
Pleurs	36	90
Tristesse	38	95
Palpitation	23	57,50
Troubles dépressifs	23	57,50
Insomnie	33	82,50
Baisse de l'appétit	32	80

Irritabilité	32	80
Baisse de libido	38	95

Les données mettent en évidence une prévalence notable de troubles anxieux et dépressifs parmi les gestantes séropositives. Les émotions telles que la tristesse (95 %), la peur et les pleurs (90 % chacune) traduisent une détresse psychologique aiguë consécutive à l'annonce du statut sérologique. Par ailleurs, des symptômes plus spécifiques tels que l'insomnie (82,5 %), la baisse de l'appétit et l'irritabilité (80 % chacune), ainsi que la baisse de libido (95 %), témoignent d'un état dépressif latent ou manifeste.

4.2. Réaction suite à l'annonce de la séropositivité

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon leurs réactions à l'annonce du statut VIH

Réponses	Effectif	Pourcentage (%)
Pleurs	12	30
Regret	02	5
Peur	15	37,50
Découragée	03	7,50
Triste	07	17,50
Je me suis préparée ça	01	2,50
TOTAL	40	100

Les données révèlent une diversité de réactions émotionnelles parmi les gestantes à l'annonce de leur séropositivité. La peur (37,5 %) constitue la réaction la plus fréquente, traduisant un sentiment d'insécurité face à l'avenir. Les pleurs (30 %) et la tristesse (17,5 %) sont également des manifestations courantes, témoignant d'une souffrance psychologique immédiate et d'un choc émotionnel face à la confirmation de la maladie.

4.3. Information du conjoint de leur statut et le sérologique du conjoint

Tableau IX : Répartition des enquêtées selon l'information du conjoint sur leur statut et le statut sérologique du conjoint

Information du statut au conjoint	Effectifs	Pourcentage (%)
OUI	16	40
NON	24	60
N=40		
Dépistage du conjoint		
OUI	16	40
NON	24	60

Les résultats révèlent qu'une majorité des gestantes séropositives (60 %) n'ont pas informé leur conjoint de leur statut sérologique, tandis que seulement 40 % ont communiqué cette information. Dans la même logique, 60 % des conjoints ne se sont pas soumis au test de dépistage du VIH, ce qui suggère une faible implication des partenaires masculins.

4.4. Raisons du refus des gestantes d'informer le conjoint de leur statut sérologique

Tableau X : Répartition des enquêtées selon les raisons du refus d'informer leur conjoint

Réponses	Fréquence	Pourcentage (%)
L'assistant social va s'en charger	8	32
La peur de la réaction du mari	40	100
C'est un secret personnel	40	100
La peur d'être divorcée	40	100

Les données révèlent que l'ensemble des gestantes interrogées (100%) évoquent trois principales raisons pour ne pas informer leur conjoint

de leur statut sérologique : la peur de la réaction du mari, la peur d'un divorce, et le fait que cela soit considéré comme un secret personnel. Ces résultats traduisent une crainte généralisée de stigmatisation, de rejet affectif, voire de violences conjugales, qui pousse les femmes à interioriser leur séropositivité.

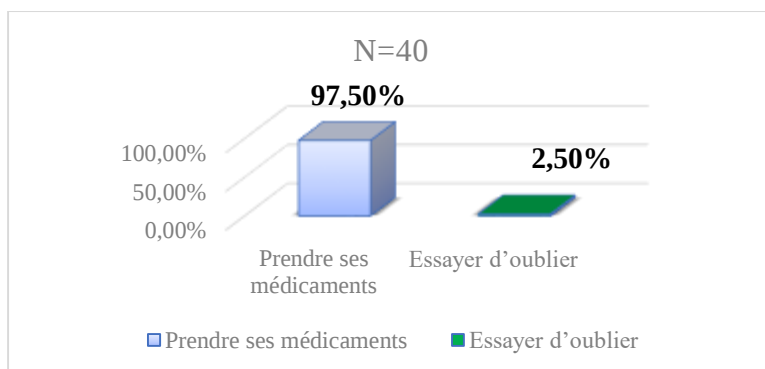
4.5. Confidentialité du statut sérologique au VIH autre que le conjoint

Tableau XI : Répartition des enquêtées selon le fait d'avoir un confident autre que le conjoint

Réponses	Effectif	Pourcentage (%)
Oui	05	12,50
Non	35	87,50
TOTAL	40	100

Les résultats de cette étude montrent que seule une minorité des gestantes séropositives interrogées (12,5 %) ont choisi de partager leur statut sérologique avec des personnes autres que leur conjoint, contre une majorité significative (87,5 %) qui ont préféré garder cette information confidentielle.

4.6. Remaniements adoptés au décours de la prise en charge



Graphique 5 : Répartition des enquêtées selon les remaniements adoptés au décours de la prise en charge

Le graphique illustre les réactions adoptées par les gestantes séropositives face à leur statut sérologique. Sur un total de 40 répondantes, (97,5 %) affirme adopter une posture proactive en prenant régulièrement leur traitement antirétroviral, tandis que (2,5 %) déclare tenter d'oublier leur statut sérologique, traduisant une forme de déni ou d'évitement psychologique.

4.7. Rapport aux groupes de soutien

Tableau XII : Répartition des enquêtées selon leur connaissance et appartenance à un groupe de soutien

Gestante sachant l'existence d'un groupe de soutien	Effectifs	Pourcentage
Oui		
Non	07	17,5
	33	82,5
Gestante appartenant à un groupe de soutien		
Oui		2,5
Non	01	

Les données recueillies révèlent une faible sensibilisation et une très faible participation des gestantes séropositives aux groupes de soutien. En effet, seulement 17,5 % des enquêtées déclarent avoir connaissance de l'existence d'un groupe de soutien, tandis que 82,5 % ignorent son existence. Plus préoccupant encore, seulement 2,5 % des gestantes participent effectivement à un tel groupe, contre 97,5 % qui n'y sont pas affiliées.

4.8. Situation de l'état actuel des gestantes séropositives

Tableau XIII : Répartition des enquêtées selon leur état actuel

Réponses	Fréquence	Pourcentage (%)
Triste	15	37,50
Envie de mourir	02	5
Ralentie	07	17,50
Envie de pleurer	09	22,50
Inquiète, craintive	23	57,50
Irritable, tendue	07	17,50

Les données mettent en évidence la diversité et l'intensité des réactions émotionnelles manifestées par les gestantes séropositives quant à la gestion actuelle de leur statut sérologique. Les émotions prédominantes sont marquées par l'inquiétude et la crainte (57,5 %), la tristesse (37,5 %), ainsi que des manifestations de vulnérabilité émotionnelle telles que l'envie de pleurer (22,5 %) et un ralentissement psychomoteur (17,5 %).

Analyse et discussion des résultats de l'étude

1. Caractéristiques sociodémographiques et situation de vie des gestantes séropositives

L'analyse des résultats confirment une vulnérabilité élevée des gestantes séropositives reçues en CPN au Centre de Santé de l'Association des Gestionnaires et de Formation Sanitaire (AGFS), caractérisée par un jeune âge (26-35 ans) (graphique 1). Ces résultats suggèrent que les femmes en âge reproductif optimal (généralement considéré entre 20 et 35 ans) représentent la population la plus touchée par l'infection à VIH parmi les gestantes. Ces résultats corroborent les observations de Kakou (2020), qui note un âge similaire (27 ans) et une prédominance de femmes en concubinage. Cette tendance est cohérente avec les données épidémiologiques globales sur la prévalence du VIH, où les femmes en âge de procréer sont souvent les plus vulnérables en raison de facteurs biologiques (susceptibilité accrue lors des rapports sexuels), sociaux (exposition à des partenaires multiples, violences basées sur le genre) et économiques (dépendance financière ou accès limité à la prévention) (UNAIDS, 2023). The World Health Organisation (2021) souligne la vulnérabilité des femmes enceintes dans la tranche de 20 à 35 ans aux infections à VIH, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, en raison de facteurs économiques (accès limité à la prévention) et sociaux (dépendance financière) en incluant des données sur la transmission hétérosexuelle comme principal mode d'infection. Desgrées-du-Loû et al. (2009) ont quant à eux montré qu'en contexte ivoirien, spécifiquement en zones urbaines comme Abidjan, les femmes de 26-35 ans sont surreprésentées parmi les gestantes séropositives, en raison de facteurs biologiques (période de forte activité reproductive) et sociaux (exposition à des risques dans des unions informelles).

L'étude montre également que la majorité des gestantes séropositives n'ont pas bénéficié d'une scolarisation formelle (42,5%), ce qui reflète un faible niveau d'alphabétisation au sein des gestantes enquêtées. Ce constat est significatif dans le contexte de l'infection à VIH, car le

manque d'éducation est souvent associé à une compréhension limitée des informations médicales, une adhésion réduite aux traitements antirétroviraux (ARV) et une vulnérabilité accrue à la stigmatisation. Les gestantes non scolarisées peuvent également avoir un accès restreint aux ressources de santé et un pouvoir décisionnel limité, exacerbant les impacts psychosociaux tels que l'anxiété, la peur de la divulgation du statut sérologique ou l'isolement social (World Health Organisation, 2021). Cette observation a été soulignée par Onusida (2016), qui insiste sur le fait que le manque d'information sur la prévention du VIH et l'impossibilité d'utiliser de telles informations dans le cadre des 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.

Concernant les activités exercées par les gestantes, l'étude démontre que la majorité des gestantes (45 %) exercent des activités informelles, un secteur souvent caractérisé par l'absence de sécurité sociale, des revenus irréguliers et des conditions de travail précaires. Dans le contexte de l'infection à VIH, cette situation peut accroître les vulnérabilités psychosociales, telles que le stress financier, la stigmatisation au sein de leur milieu professionnel et des difficultés d'accès aux soins en raison de contraintes économiques. Cette tendance a été observée par Traoré (2022) pour qui le taux élevé de gestantes présentes dans les activités informelles refléterait une vulnérabilité plus élevée des femmes sans ressources financière ou vivant dans la précarité face à la contamination au VIH.

Quant à la situation matrimoniale des gestantes séropositives, la majorité d'entre elles vivent en couple (mariage ou concubinage), ce qui suppose une exposition potentielle au VIH dans un cadre de relations régulières, possiblement non protégées. Cela questionne la dynamique intrafamiliale de la transmission, souvent marquée par un déficit de communication sur le statut sérologique entre partenaires et un faible usage du préservatif dans le couple. Knettel et al. (2019) ont montré que les femmes « mariées » étaient plus susceptibles de

divulguer leur statut VIH à leur partenaire que celles non mariées. Cela suggère que le mariage pourrait offrir un cadre relationnel perçu comme plus stable ou sécurisé, facilitant la communication sur la séropositivité. Cependant, les gestantes en concubinage pourraient faire face à des défis spécifiques, tels que l'instabilité relationnelle ou une stigmatisation accrue, en particulier si le partenaire n'est pas informé ou impliqué dans la prise en charge de la maladie. Cette situation peut exacerber les répercussions psychosociales, comme l'anxiété, la dépression ou l'isolement social.

En ce qui concerne l'appartenance religieuse des enquêtés, les résultats ont montré que 85% étaient de religion chrétienne. Au sujet de la religion, Agha et Zulu (2020) ont montré que la religion joue souvent un rôle crucial dans l'acceptation de la maladie, l'adhésion au traitement antirétroviral, ainsi que dans la perception de la stigmatisation. Certaines croyances religieuses peuvent renforcer l'espoir, la résilience, mais aussi susciter des freins en matière de divulgation du statut ou d'adhésion aux soins si la maladie est perçue comme une punition divine.

2. Données cliniques et thérapeutiques des gestantes séropositives

Il ressort des résultats une prédominance des primigestes (40%) suggérant une forte représentation des femmes enceintes pour la première fois. Cette catégorie peut être particulièrement vulnérable aux répercussions psychosociales du VIH en raison de l'inexpérience liée à la maternité, de l'absence de références antérieures pour gérer une grossesse compliquée par une infection chronique, et d'une possible stigmatisation accrue dans un contexte où la séropositivité est nouvellement diagnostiquée. Le stress psychologique, l'anxiété ou la peur de la transmission mère-enfant pourraient être plus prononcés chez ces primigestes. C'est ce que montre Rochat et al. (2013) lorsqu'ils examinent les répercussions psychosociales chez les mères séropositives, y compris les primigestes. Ils soulignent que l'inexpérience maternelle et la stigmatisation initiale amplifient le

stress psychologique et l'anxiété, notamment la peur de la transmission mère-enfant.

Le retard dans la première CPN montre que la majorité des gestantes ont été prises en charge tardivement, entre le sixième et le neuvième mois de grossesse. Cette entrée tardive dans le dispositif PTME traduit un retard de recours aux soins, souvent lié à la peur du dépistage, au manque d'informations précises et à des contraintes financières. Les travaux de (Tchounga et al. 2021 ; Yapi et al. 2020) confirment ce phénomène de diagnostic tardif, qui compromet l'efficacité de la prophylaxie antirétrovirale et augmente le risque de transmission verticale. À ce stade, les complications liées au VIH, telles que la suppression virale ou la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), deviennent critiques. Psycho socialement, cette période peut accentuer l'anxiété liée à l'approche de l'accouchement, particulièrement si le diagnostic de VIH est récent, entraînant des défis comme la stigmatisation ou la peur pour la santé fœtale. Pour Soro (2005), cette situation pourrait s'expliquer par le contexte culturel qui voudrait qu'une grossesse ne se déclare pas mais se constate ; d'où le retard de la première CPN.

3. Connaissances des gestantes sur le VIH/sida

Les résultats révèlent que toutes les gestantes séropositives ont connaissance de l'existence de la maladie, la qualifiant de maladie grave, incurable, mortelle, virale et reconnaissent son caractère contagieux. Cette connaissance universelle du VIH parmi les gestantes (tableau IV) témoigne de l'efficacité des campagnes de sensibilisation en Côte d'Ivoire, notamment via les médias et les consultations médicales.

Quant aux modes de transmission du virus, les résultats indiquent une bonne connaissance des principaux modes de transmission du VIH/sida parmi les gestantes interrogées. Ces réponses, conformes aux données biomédicales, montre une compréhension relativement

correcte du principal vecteur de propagation du virus. Ces résultats convergent avec ceux de Touré et al. (2005), qui rapportent une connaissance élevée des modes de transmission (90,9 % pour la transmission materno-fœtale) dans une population scolaire à Abidjan. Ils s'expliquent aussi par les campagnes de sensibilisation ciblées menées dans les structures de santé, notamment dans le cadre des consultations prénatales intégrant les séances de conseil, de dépistage et de prise en charge (PNLS, 2021).

S'agissant des moyens de prévention contre le VIH, les résultats montrent que l'utilisation du préservatif lors des rapports sexuels est citée par 75 % des gestantes séropositives. Celle de l'usage unique ou personnel d'objets tranchants, pointus ou de matériel d'accouchement est également bien identifié (70 %) des gestantes. Ces résultats sont scientifiquement pertinents, car le préservatif constitue l'un des moyens les plus fiables pour réduire la transmission sexuelle du VIH. Ces réponses majoritaires témoignent d'une bonne appropriation des messages de prévention.

Les signes cliniques en cas d'infection à VIH montrent une prédominance de la perte de poids et la diarrhée rapportées chacune par 97,5 % des gestantes interrogées. Ces deux manifestations cliniques sont bien connues comme étant parmi les plus courantes chez les personnes vivant avec le VIH, particulièrement en l'absence de traitement antirétroviral efficace ou dans les phases avancées de l'immunodépression (UNAIDS, 2022). Sur le plan psychosocial, l'apparition de symptômes visibles comme la perte de poids ou la diarrhée chronique peut favoriser la stigmatisation, l'isolement social ou l'auto-exclusion. Ces signes cliniques deviennent des marqueurs corporels du VIH dans l'imaginaire collectif, ce qui accentue le fardeau psychologique chez les gestantes. Nguyen et al. (2021) ont démontré que les symptômes physiques visibles augmentent la perception de discrimination, en particulier chez les femmes enceintes, qui craignent d'être rejetées par leur partenaire, leur famille ou la communauté.

4. Attitudes et pratiques des gestantes séropositives

Les résultats mettent en évidence la prévalence élevée de troubles anxieux et dépressifs chez les gestantes vivant avec le VIH (tableau VII). Les émotions telles que la tristesse (95 %), la peur et les pleurs (90 % chacune) traduisent un profond retentissement psychologique consécutif à la connaissance du statut sérologique. Ces manifestations sont typiques d'un état de stress post-diagnostic, souvent alimenté par la peur du rejet, la culpabilité, ou l'incertitude face à l'avenir de la grossesse et de l'enfant (UNAIDS, 2023). Par ailleurs, des symptômes plus spécifiques tels que l'insomnie (82,5 %), la baisse de l'appétit et l'irritabilité (80 % chacune), ainsi que la baisse de libido (95 %), témoignent d'un état dépressif latent ou manifeste. La fréquence relativement élevée des troubles dépressifs (57,5%) parmi les participantes corrobore l'hypothèse d'une souffrance psychique persistante, probablement exacerbée par la crainte du rejet social, la culpabilité perçue et les incertitudes liées à la maternité dans un contexte de séropositivité. Ces chiffres, légèrement supérieurs à ceux de Kouakou (2020) qui trouvait 53 % pour les troubles anxieux et 30 % pour les troubles dépressifs, confirment l'impact traumatique de l'annonce de la séropositivité, perçue comme une menace à la survie et à l'identité (Grochcinski, 2010).

Quant à leur réaction suite à l'annonce de la séropositivité, les données mettent en évidence une forte charge émotionnelle chez les gestantes au moment de la découverte de leur statut sérologique. La peur (37,5 %) et les pleurs (30 %), traduisent un choc psychologique important, caractéristique d'une réaction d'angoisse aiguë face à un diagnostic perçu comme potentiellement déstabilisant sur les plans personnel, conjugal et social. Ces réactions observées rejoignent les conclusions de plusieurs auteurs sur les implications psychiques de la séropositivité chez la femme enceinte. Selon Mlambo et al. (2021), l'annonce du statut VIH constitue un événement potentiellement traumatique chez la gestante, induisant des réactions émotionnelles intenses dominées par l'angoisse liée à la stigmatisation et à la crainte

de l'avenir. De même, Knettel et al. (2022) soulignent que les femmes enceintes vivant avec le VIH présentent une vulnérabilité accrue aux troubles anxiodépressifs, principalement en raison du poids social de la maladie et de la peur de la transmission, ce qui corrobore les proportions importantes de peur et de détresse rapportées dans l'étude.

Sur le plan social, la réticence à informer le conjoint (60 %) et le taux moyen (40%) concernant le dépistage du partenaire témoignent d'une dynamique conjugale caractérisée par une faible communication autour de la séropositivité au sein du couple, malgré l'importance de l'implication masculine dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME). Cette faible divulgation du statut observée dans notre étude s'inscrit dans une tendance largement documentée dans la littérature. Plusieurs travaux montrent que les femmes vivant avec le VIH, notamment en contexte subsaharien, hésitent fréquemment à informer leur partenaire en raison de la stigmatisation sociale associée à la maladie, de la peur du rejet, des violences conjugales potentielles ou encore du risque de rupture du lien matrimonial. Selon Bhatia et al. (2022), la divulgation demeure un processus complexe, fortement influencé par la structure des rapports de genre et par les dynamiques de dépendance économique. De même, Luseno et al. (2021) soulignent que, pour un grand nombre de femmes, le silence apparaît comme une stratégie de protection visant à préserver la stabilité familiale ou à éviter des représailles. Pour Kimani et al. (2020), l'implication masculine dans les programmes de PTME reste globalement limitée en Afrique subsaharienne, en raison de multiples facteurs : perception erronée du risque, stigmatisation du recours aux services de dépistage, contraintes professionnelles ou encore représentation des consultations prénatales comme un espace exclusivement féminin. Or, la participation du conjoint constitue un levier majeur pour l'amélioration de l'adhésion thérapeutique chez la femme, la réduction du stress psychologique lié à la séropositivité et l'efficacité globale des interventions de PTME.

La prédominance du non-recours à un confident dans notre étude (87,5 %) souligne que la stigmatisation structurelle placée autour de l'infection demeure un frein majeur au dévoilement du statut sérologique et à la mobilisation du soutien social. Pour Psaros et al. (2020), la majorité des femmes enceintes séropositives adoptent une stratégie de silence, non par choix, mais par protection contre le rejet, les violences conjugales, la discrimination ou la perte de soutien économique. Ce constat est confirmé par Knettel et al. (op.cit), qui indiquent que la divulgation sélective est particulièrement rare lorsque l'environnement social est perçu comme hostile ou potentiellement stigmatisant. Dans le contexte ouest-africain, (Onyango et al. 2023 ; Aka-Dago et al. 2021) rapportent que les femmes séropositives enceintes perçoivent le soutien social informel comme potentiellement risqué, notamment en raison des normes morales strictes gouvernant la sexualité, la maternité et le mariage. Cette perception renforce les stratégies de secret et de gestion individuelle du diagnostic, comme observé dans notre étude.

Les résultats mettent également en évidence une faible connaissance et une quasi-absence d'adhésion des gestantes vivant avec le VIH aux groupes de soutien communautaires. En effet, seules 17,5 % des enquêtées déclarent connaître l'existence de tels dispositifs, tandis que 82,5 % en ignorent totalement l'existence. Plus préoccupant encore, l'appartenance effective à un groupe de soutien demeure marginale, avec seulement 2,5 % des participantes y étant affiliées. Ces données traduisent une intégration insuffisante du soutien psychosocial dans le parcours de prise en charge des gestantes séropositives. Alors que les stratégies internationales de lutte contre le VIH insistent sur la prise en charge globale incluant les dimensions biomédicales, psychologiques et sociales. Cette situation contribue à maintenir les femmes enceintes dans une dynamique d'isolement social, susceptible d'exacerber la détresse émotionnelle liée à l'annonce du statut sérologique. Ces résultats corroborent ceux rapportés par l'ONUSIDA (2022), selon lesquels la fréquentation des groupes de soutien par les femmes enceintes vivant avec le VIH reste faible dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, malgré leur efficacité démontrée sur

l'adhésion thérapeutique, la prévention de la transmission mère-enfant et l'amélioration de la santé mentale. Selon cet organisme, la peur de la stigmatisation demeure l'un des principaux obstacles à la participation communautaire. De même, les travaux de Knettel et al. (2021) soulignent que la divulgation implicite du statut sérologique associée à l'adhésion à un groupe de soutien constitue un facteur dissuasif majeur pour les femmes enceintes. Celles-ci craignent notamment le rejet conjugal, la rupture familiale et la dévalorisation sociale, risques perçus comme plus graves que les bénéfices potentiels du soutien psychosocial. Dans le contexte ivoirien, Kouamé et al. (2022) montrent que la maternité demeure fortement normée socialement, la femme enceinte étant perçue comme garante de la stabilité familiale. La séropositivité au VIH constitue alors une menace symbolique pouvant exposer la gestante à des accusations morales, renforçant le silence autour de la maladie et réduisant les possibilités de recours aux dispositifs collectifs de soutien. Ainsi, la très faible participation des gestantes observée dans cette étude ne saurait être interprétée comme un désintérêt pour les groupes de soutien, mais plutôt comme l'expression d'un environnement social encore fortement stigmatisant, conjugué à une information insuffisante et à un accompagnement psychosocial limité.

L'analyse des réactions émotionnelles révèle une prédominance des troubles anxieux et dépressifs chez les gestantes vivant avec le VIH. Plus de la moitié des participantes se déclarent inquiètes et craintives (57,5 %), tandis que la tristesse (37,5 %), l'envie de pleurer (22,5 %) et le ralentissement psychomoteur (17,5 %) sont fréquemment rapportés. Ces manifestations témoignent d'un retentissement psychologique profond du diagnostic sérologique, exacerbé par la grossesse, période déjà caractérisée par une forte vulnérabilité émotionnelle. L'existence d'idées suicidaires, bien que minoritaire (5 %), constitue un signal d'alerte majeur révélant une souffrance psychique sévère nécessitant une prise en charge spécialisée. Ces résultats confirment les travaux de (Sherr et al. 2018 ; Mellins et al. 2021), qui identifient la grossesse comme un moment critique d'intensification de la détresse psychologique chez les femmes vivant

avec le VIH. Selon ces auteurs, la peur de la transmission mère-enfant, la culpabilité maternelle et l'anticipation du rejet social contribuent à la prévalence élevée des troubles anxiodépressifs. De même, Nachega et al. (2020) soulignent que l'anxiété et la peur représentent les réactions psychologiques les plus courantes chez les femmes enceintes vivant avec le VIH, en particulier dans les contextes à forte stigmatisation sociale. La proportion élevée d'inquiétude et de crainte observée dans la présente étude (57,5 %) confirme cette tendance. En Afrique de l'Ouest, plusieurs études, notamment celles de (Traoré et al. 2022 ; Kouamé et al. 2021), confirment que la stigmatisation persistante du VIH, associée aux normes sociales autour de la maternité, renforce la souffrance psychologique des gestantes séropositives. La peur d'être rejetée par le conjoint, la famille ou la communauté accentue l'anxiété et limite le recours au soutien psychosocial formel.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'analyser les répercussions psychosociales de la séroposivité au VIH chez les femmes enceintes suivies au centre de santé de l'Association des Gestionnaires de Formation Sanitaire (AGFS) de Yopougon Nord. A travers une approche descriptive et analytique, elle a permis de mettre en évidence les multiples dimensions psychologiques, sociales et relationnelles qui façonnent l'expérience de la grossesse chez les femmes vivant avec le VIH.

Les résultats révèlent que, malgré une connaissance globalement satisfaisante des modes de transmission et des moyens de prévention du VIH, les représentations sociales de la maladie demeurent fortement négatives. Le VIH continue d'être perçu comme une maladie grave, incurable et mortelle, ce qui alimente la peur, l'angoisse et la stigmatisation. Cette persistance des imaginaires sociaux constitue un frein majeur à l'acceptation du diagnostic et à l'intégration psychosociale des femmes enceintes séropositives. La

majorité des gestantes étudiées évoluent dans des contextes de vulnérabilité structurelle, marqués par la précarité économique, le faible niveau d'instruction et la dépendance conjugale.

Sur le plan psychologique, l'étude met en évidence une prévalence élevée de troubles anxieux et dépressifs. Les sentiments d'inquiétude, de tristesse, de pleurs fréquents, de ralentissement psychomoteur et, dans certains cas, d'idées suicidaires témoignent d'une souffrance psychique profonde. La grossesse, loin d'atténuer cette détresse, semble au contraire amplifier la vulnérabilité émotionnelle, notamment en raison de la peur de la transmission mère-enfant et de l'incertitude quant à l'avenir maternel et infantile.

Les résultats soulignent également une problématique majeure de divulgation du statut sérologique. La majorité des gestantes n'informent pas leur conjoint de leur séropositivité, principalement par crainte du rejet, de la violence conjugale, du divorce ou de la stigmatisation familiale. Cette non-divulgation contribue à l'isolement social, limite l'implication des partenaires masculins dans la prise en charge et fragilise l'observance thérapeutique.

Par ailleurs, l'étude met en évidence une faiblesse significative du soutien psychosocial. La méconnaissance des groupes de soutien et la très faible adhésion à ces dispositifs traduisent une intégration insuffisante de l'accompagnement communautaire dans les services de santé maternelle. Cette carence prive les gestantes d'espaces d'écoute, de partage d'expériences et de renforcement du pouvoir d'agir pourtant reconnus comme essentiels dans la prise en charge du VIH.

Dans l'ensemble, ces résultats confirment que la prise en charge du VIH chez les femmes enceintes ne peut se limiter à l'administration des antirétroviraux. Elle doit impérativement s'inscrire dans une approche globale, intégrant la santé mentale, le soutien social, la réduction de la stigmatisation et l'implication du conjoint. Ainsi, le

renforcement des services de conseil psychologique, l'intégration systématique du soutien psychosocial dans les consultations prénatales, la formation du personnel de santé à l'écoute empathique et la promotion des groupes de soutien apparaissent comme des leviers prioritaires pour améliorer la qualité de vie des gestantes vivant avec le VIH et optimiser les stratégies de prévention de la transmission mère-enfant.

Bibliographie

AGHA Sohail et ZULU Eliya, 2020. Religion, gender norms and HIV-related stigma in sub-Saharan Africa, *Social Science & Medicine*, n°258, pp. 113087.

AKROUF Mohamed, 1987. Méthodes d'analyse des données qualitatives, OPU, Alger.

AKA-DAGO Adeline, KOUADIO Kouamé Louis et YAO Kouassi, 2021. Stigmatisation du VIH et stratégies de silence chez les femmes enceintes en Côte d'Ivoire, *Revue Africaine de Santé Publique*, n°13(2), pp. 45-60.

BELZ-CELIA Florence, 2013. Annonce du VIH et vécu psychique des femmes enceintes, L'Harmattan, Paris.

BHATIA Rachna, VENKATESH K. K. et SRIKRISHNAN Anita, 2022. HIV disclosure among women in Afrique subsaharienne, *AIDS Care*, vol. 34, n°6, pp. 721-730.

BYDLOWSKI Monique, 1991. La transparence psychique de la grossesse, PUF, Paris.

CIPHIA, 2018. Côte d'Ivoire population-based HIV impact assessment, Ministère de la Santé, Abidjan.

COBB Sidney, 1976. Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, vol. 38, n°5, pp. 300-314.

COHEN Sheldon et WILLS Thomas, 1985. Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, vol. 98, n°2, pp. 310-357.

DELOR François, 1997. Le sida : une maladie de la honte, L'Harmattan, Paris.

- DESGRÉES-DU-LOÛ Annabel, MSELLATI Philippe et VIHO Innocent, 2009. Genre, vulnérabilité et VIH en Afrique de l'Ouest, *Santé Publique*, vol. 21, n°4, pp. 355-367.
- GROCHCINSKI Jean, 2010. Le traumatisme de l'annonce du VIH, Dunod, Paris.
- HERMANN Charles, 1994. Méthodes explicatives en sciences sociales, Economica, Paris
- KAKOU Adjoua, 2020. Vulnérabilités sociales et séropositivité féminine à Abidjan, *Revue Ivoirienne d'Anthropologie*, n°6(1), pp. 87-105.
- KIMANI David et al., 2020. Implication masculine dans les programmes PTME en Afrique subsaharienne, *BMC Public Health*, vol. 20, pp. 180.
- KNETTEL Brian A. et al., 2019. Disclosure, stigma and partner support among pregnant women living with HIV, *AIDS Care*, vol. 31, n°5, pp. 617-624.
- KNETTEL Brian A. et al., 2021. Barriers to participation in HIV support groups, *Journal of the International AIDS Society*, vol. 24, n°3.
- KNETTEL Brian A. et al., 2022. Antenatal depression among women living with HIV, *AIDS and Behavior*, vol. 26, n°4, pp. 1101-1112.
- KOUAKOU Kouassi Jean, 2020. Représentations sociales du VIH chez les femmes enceintes ivoiriennes, *Revue Africaine de Sociologie*, vol. 24, n°2, pp. 99-118.
- KOUAMÉ Yao Alain et al., 2021. Normes sociales et maternité en contexte VIH en Côte d'Ivoire, *Anthropologie & Santé*, n°23.
- KOUAMÉ Yao Alain et al., 2022. VIH et maternité : enjeux psychosociaux contemporains, NEI, Abidjan.
- LUSENO Winnie K. et al., 2021. HIV disclosure decision-making among women in sub-Saharan Africa, *Social Science & Medicine*, Vol. 279
- MARTIN Dominique, 2018. VIH, genre et stigmatisation, Karthala, Paris
- MELLINS Claude A. et al., 2021. Mental health of women living with HIV during pregnancy, *The Lancet HIV*, vol. 8, n°2, pp. 104-113.

MLAMBO M. G. et al., 2021. Psychological impact of HIV diagnosis during pregnancy, *BMC Pregnancy and Childbirth*, vol. 21, p. 615.

MOSCOVICI Serge, 1961. *La psychanalyse, son image et son public*, PUF, Paris.

NACHEGA Jean B. et al., 2020. Mental health and HIV outcomes among pregnant women, *AIDS*, vol. 34, n°2, pp. 221-230.

NGUYEN Anh et al., 2021. Physical symptoms and HIV-related stigma, *AIDS Care*, vol. 33, n°9, pp. 1165-1173.

OMS, 2021. *Lignes directrices consolidées sur le VIH*, Genève.

OMS, 2023. *Rapport mondial sur le VIH*, Genève.

ONU Femmes, 2023. *Femmes, genre et VIH en Afrique subsaharienne*, Nations Unies, New York.

ONUSIDA, 2016. *Prévention combinée du VIH*, Genève.

ONUSIDA, 2022. *Global AIDS update*, Genève.

ONUSIDA, 2023. *Ending inequalities, ending AIDS*, Genève.

ONYANGO David et al., 2023. Social norms and HIV stigma in West Africa, *Culture, Health & Sexuality*, Vol. 25(4), pp. 473-489

PNLS, 2021. *Rapport national VIH/sida Côte d'Ivoire*, Abidjan.

PSAROS Christina et al., 2020. Disclosure and mental health among pregnant women with HIV, *AIDS Care*, vol. 32, n°10, pp. 1251-1259.

ROCHAT Tamsen J. et al., 2013. Depression and HIV in pregnancy, *AIDS*, vol. 27, n°2, pp. 277-285.

SAKANA Joseph et al., 2024. Psychosocial determinants of PMTCT outcomes, *BMC Public Health*, vol. 24.

SHERR Lorraine et al., 2018. Mental health challenges in women living with HIV, *The Lancet Psychiatry*, vol. 5, n°3, pp. 230-242.

SORO Guillaume, 2005. *Grossesse et représentations culturelles en Côte d'Ivoire*, CERAP, Abidjan.

STERN Daniel N., 1995. *La constellation maternelle*, Calmann-Lévy, Paris.

TOURÉ Bintou et al., 2005. Connaissances sur le VIH chez les jeunes à Abidjan, *Santé Publique*, vol. 17, n°3, pp. 389-402.

TRAORÉ Aminata, 2022. VIH et vulnérabilités féminines en milieu urbain ivoirien, *Revue Africaine de Santé*, vol. 14, n°1, pp. 55-74.

WINNICOTT Donald W., 1956. Primary maternal preoccupation, *International Journal of Psychoanalysis*, vol. 37, pp. 89-97.