

Attente, Soutiens Psychologique Des Soignants Et De La Famille Chez Les Gestantes Séropositives Admises Au Centre Hospitalier De Vijana

Elisabeth AWENZE MPELA¹ ; Marie-Claire OMANYONDO OHAMBE² ; MUKANDU BASUA
BABINTU LEYKA³ ; Léon SHONGO ONASAKA⁴

¹Assistante à l'ISTM-KINSHASA/RDC ;

elisabethawenze2013@gmail.com

^{2&3}Professeur à l'ISTM-KINSHASA/RDC ;

⁴Assistant_2 à l'ISTM-KARAWA/RDC ;

shongoleon225@gmail.com



Résumé – partager l'information sur son statut sérologique est particulièrement difficile pour les personnes vivant avec le VIH. La population cible de cette étude est constituée des gestantes séropositives du centre de dépistage de VIJANA. Ces gestantes sont soumises à de rudes épreuves d'ostracisme, de discrimination en plus du fardeau quotidien de leur vécu physique. La lecture intégrale des transcriptions des entretiens enregistrés était faite auprès de 12 gestantes séropositives. L'analyse thématique pour cette étude a montré que, les gestantes séropositives, souffrent encore de la présence de la stigmatisation et des préjugés, même au sein des services de santé. Cette étude contribue au renforcement et à l'humanisation des soins de santé fournis aux gestantes séropositives qui souffrent encore de la présence de la stigmatisation.

Mots clés – Attente ; Soutiens Psychologique ; Soignant ; Famille ; Gestante ; Séropositives ; Centre Hospitalier De Vijana

Abstract – Abstract: Sharing information about one's HIV status is particularly difficult for people living with HIV. The target population of this study is HIV-positive pregnant women at the VIJANA testing centre. These pregnant women are subjected to harsh tests of ostracism, discrimination in addition to the daily burden of their physical experience. The transcripts of the recorded interviews were read in full with 12 HIV-positive pregnant women.

The thematic analysis for this study showed that HIV-positive pregnant women still suffer from the presence of stigma and prejudice, even within health services. This study contributes to the strengthening and humanization of health care provided to HIV-positive pregnant women who still suffer from the presence of stigma.

Keywords – Waiting; Psychological Support; Caregiver; Family; Pregnant; Positive; Vijana Hospital.

I. INTRODUCTION

La procréation demeure de plus en plus l'expression de plusieurs femmes qu'elles soient infectées ou non par le VIH dans de nombreux pays. Avec la réduction des taux de transmission dans les cohortes de femmes suivies spécifiquement (moins de 1%) et l'amélioration du pronostic pour les femmes traitées par les antirétroviraux, ce sujet de la parentalité auparavant souvent occulté fait actuellement partie des questions régulièrement posées aux équipes de soins [1].

Une fois enceinte, la plupart des femmes sont submergées à des sentiments divers et ambigus. Quelle qu'ait été l'intensité des moments d'angoisse et d'émerveillement, la grossesse est souvent vécue comme une invasion dans l'intimité de la femme [2].

De nombreuses femmes séropositives choisissent d'éviter ou d'interrompre leur grossesse à cause du risque d'infecter le fœtus ou de mourir avant d'avoir terminé l'éducation de leur enfant. On devrait informer ces femmes, comme celles qui sont sidéennes, que la grossesse n'accélère l'évolution de la maladie, la trithérapie diminue significativement le risque de transmission périnatale [3]. Parlant de gestantes séropositives, deux objectifs poursuivis sont de traiter la mère si son état clinique ou biologique le nécessite, et de prévenir la transmission mater no-fœtale dont le risque peut être ramené à moins de 2 à 3 % grâce aux modalités actuelles de prise en charge. Il n'y a donc actuellement plus de raison de proposer une interruption de grossesse. La prise en charge doit être pluridisciplinaire incluant la sage-femme ; l'obstétricien, le psychologue, l'infectiologue et le pédiatre qui sera amené à traiter l'enfant. [4]. Chez la femme séropositive, l'évolution de la grossesse n'est pas modifiée mais néanmoins le syndrome d'immunodéficience acquise déclaré est aggravé par la grossesse et la fréquence des infections opportunistes serait plus élevée. La contamination mater no-fœtale existe, mais seulement 20 à 30% des cas diminuées par un traitement à l'AZT. Le risque est d'autant plus grand que l'infection maternelle est plus évoluée. La contamination peut se faire par voie transplacentaire entre 15 et 28 semaines de grossesse ou lors de l'accouchement. [5].

Toute femme enceinte infectée par le VIH devrait recevoir un counseling prénatal sur les effets éventuels du virus sur le fœtus pour pouvoir faire un choix éclairé quant à la poursuite de sa grossesse. Quel qu'il soit, ce choix devrait être respecté. Durant la grossesse, les prestataires de soins devrait rester à l'affût de tout signe non spécifique, comme la perte du poids ou la fatigue, pouvant indiquer une progression de l'infection au VIH [6].

En l'absence de prophylaxie, la probabilité qu'un enfant né de mère séropositive soit infecté est de 20 % à 45 % chez les femmes allaitant leurs enfants. L'administration d'une dose unique d'antirétroviral réduit ce chiffre d'environ de deux tiers, tandis que l'administration d'un régime thérapeutique antirétroviral complexe (triple thérapie) et/ou d'une césarienne et l'absence d'allaitement réduisent la probabilité à moins de 2 % [7].

Si une femme connue comme étant séropositive se présente pour des soins avant, pendant ou après l'accouchement, il est demandé de la suivre activement pour éviter la transmission du VIH à son nouveau-né [8].

L'éthique et la solidarité imposent que les populations rurales aient un accès réel aux soins, mais aussi et surtout que les patients vivant en zone rurale bénéficient d'un accompagnement de qualité. La meilleure garantie pour une personne atteinte du Sida que de se savoir conseillé et soutenu par un agent de santé spécialement formé au traitement de sa maladie.

L'accompagnement psycho-social ne s'impose pas obligatoirement, mais il faut rendre accessible ces services en cas de nécessité, d'où le rôle des assistants sociaux, des psychologues et de la famille.

Tout au long de l'expérience personnelle dans le milieu clinique ou dans l'exercice de la profession sage-femme, de fois un accouchement chez une parturiente VIH+ est réalisé sans se rendre compte et sans qu'elle nous laisse informer de son état sérologique et cela, se vit à répétition dans la pratique et, dans cette circonstance le soutien psychologique de la part du personnel soignant n'est pas évident ; parfois l'état sérologique de la femme est connu des prestataires, et nous constatons que ceux-ci sont moins motivés dans la prise en charge holistique de la femme, de fois discriminée, faisant l'objet de moquerie, de médisance et mépris. Ce qui constitue le manque de respect à la gestante séropositive au VIH.

Avec tous ce qui précède, nous nous sommes motivées de mener cette étude qui va chercher à comprendre et analyser ce que la gestante VIH+ attendent durant ce phénomène qui est la grossesse et la question ci-dessous orientent notre raisonnement :

❖ **Questions de recherche**

Partant de ce qui précède, nous chercherons à répondre à la question de recherche suivante: comment les gestantes séropositives suivies en ambulatoires au Centre de traitement et les séronégatives suivies à la consultation prénatale du centre hospitalier de VIJANA attendent-elles la procréation durant la grossesse ?

❖ **Issue De La Grossesse Chez Une Séropositive**

Les principaux risques chez une gestante séropositive sont : l'aggravation de son état de santé, les complications au cours ou au décours de la grossesse, et la transmission du virus à l'enfant. Les risques sont variables selon les situations personnelles.

- **TYPES DE DEPISTAGE**

- Dépistage individuel : entrevue seul à seul ou face à face
- Dépistage de masse (En cas de sero -surveillance) : entrevue avec beaucoup des personnes

Tout prestataire impliqué dans le dépistage est appelé CONSEILLER DE DEPISTAGE(CD)

- **STRATEGIES DE DEPISTAGE**

- CDV : conseils et dépistage volontaire
- DCIP : conseils et dépistage à l'initiative du prestataire, quel que soit l'occasion de la visite

- **Phases LE DCIP :**

- 1) prétest
- 2) test
- 3) post test ou remise de résultat
- 4) prise en charge
- 5) référence

- **Technique de dépistage**

- Se laver les mains avant et après
- Rassembler le matériel (le test disponible)
- Enfiler les gants (1paire /pers/geste)
- Piquer et diriger la goutte du sang sur le point blanc du test
- Jeter le matériel souillé dans les poubelles respectives

Lorsque le malade testé est positif c'est à dire 2 tests +, savoir conduire votre counseling en respectant la démarche "BERCER"

« **DEMARCHE BERCER** »

B: bienvenue

E: entretien

R: renseignement

C: choix du malade

E: explication

R: retour à la maison

Mécanismes de transmission :

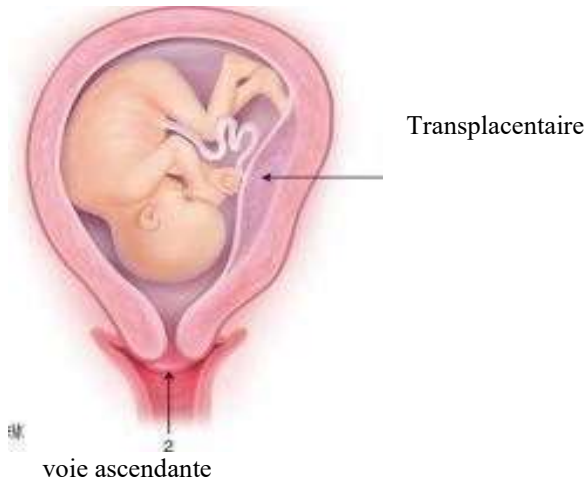


Figure.1 : mécanismes de transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience

Les mécanismes sont plus difficiles à étudier que les moments de la transmission virale. Ces mécanismes pourraient être favorisés par la survenue de complications, telles que des hémorragies ou des infections bactériennes infracliniques, qui sont associées à la rupture prématurée de la poche des eaux et l'accouchement prématuré [9].

II. METHODOLOGIES

Cette étude a utilisé une approche qualitative du type phénoménologique.

Une méthode qualitative de recherche est une stratégie de recherche utilisant diverses techniques de recueil et d'analyse qualitative dans le but d'explicitier en compréhension un phénomène humain. Ce devis est évolutif, il se construit au fur et mesure que le chercheur prend des décisions inspirées par les découvertes. Il est souple et s'adapte aux leçons tirées de l'expérience acquise au cours de la collecte des données.

Cette recherche est transversale, de type exploratoire et phénoménologique car elle nous permet en effet d'interviewer sur l'attente des gestantes séropositives tout en récoltant les points de vue des séronégatives qui ont vécues directement cette situation, phénomène faisant l'objet de cette recherche.

Nous avons utilisé des entretiens approfondis (le face à face) pour la collecte des données, une des méthodes utilisées dans les sciences sociales.

L'objectif visé par la phénoménologie est d'explorer et de décrire le sens attribué à une expérience.

Nous avons privilégié l'approche transversale, étant donné que nous avons recueilli les données une fois à un moment donné dans une population.

L'interview approfondie, individuelle, face à face utilisant un guide d'interview non structuré a servi de collecte des données de notre étude. Nous avons préféré interviewer les gestantes individuellement, dans le but d'augmenter la validité de réponses, car leurs époux pourraient les influencer.

12 gestantes séropositives ont participé à cette étude, cette taille de l'échantillon était obtenue après saturation des données. L'analyse des transcrits a été réalisée avec le logiciel ATLAS.ti 9. La signification représente la manière dont les personnes conçoivent leur réalité telle qu'elles la vivent, à partir de leurs croyances et de leurs valeurs, et l'expriment par leur langage et leurs actions.

III. RÉSULTATS :

3.1 Profils sociodémographiques des interviewées

Encadré 1 : Caractéristiques sociodémographiques des interviewées

Répondantes (12)	Age	Etat-civil	Niveau d'études	Profession	Gestité	Parité	Statut sérologique
Rp1&5-6	25-34 ans	Célibataires	Secondaires	Ménagères	1-3 gestes	1-3	VIH+
Rp2-4,7&10	35-44 ans	Célibataires	Graduées	Etudiantes	3-5 gestes	3-5	VIH+
Rp8&9	45-54 ans	Mariée	Graduées	Enseignantes	1-3 gestes	1-3	VIH+
Rp11&12	55-64 ans	Mariée & Célibataire	Licenciées	Avocates	4-6 gestes	4-6	VIH+

Commentaires : comme illustre cet encadré, nous observons que la majorité de nos enquêtées est de la tranche d'âge de 35 à 44 ans, soit (5 répondantes) et célibataires. S'agissant du niveau d'études et de la profession des enquêtées, la majorité est graduée et étudiantes. La gestité et la parité va de 1-3.

3.2 Présentation de l'analyse du thème de l'étude

Du thème principal de notre étude sont ressortis plusieurs verbatim, qui ont fait émerger des catégories et les sous-thèmes suivants :

Du sous thème I : perception de l'infection à VIH

❖ Les catégories émergées des gestantes séropositives

- Une infection
- Une punition divine
- Une maladie mortelle
- Aucune idée

❖ Les catégories émergées des gestantes séronégatives

- Un virus
 - Une infection sexuellement transmissible
 - Aucune idée
- Des verbatim des gestantes :

I.1 Une infection

Certaines gestantes perçoivent l'infection à VIH comme une infection, et l'ont exprimé dans ce terme :

Une séropositive raconte : « *Moi je vois que VIH, telle que cela se présente ... c'est une infection qui se transmet qui se transmet quand les personnes ne se protègent pas lors d'un rapport sexuel* ». Rep. 12 : (...)

Une autre séropositive renchérit : « *Le VIH est une maladie infectieuse, une maladie transmissible qu'on traite avec l'antibiotique, ...raison pour laquelle je prends mes bactrim journalièrement* » Rep. 7 :(...)

Une séronégative ayant passé la vie ensemble avec une séropositive ajoute : « *Moi je vois que cette maladie est une infection sexuellement transmissible qui tourmente le monde Humm je ne sais trop comment mais je sais que c'est une infection qui peut se transmettre au rapport sexuel* ». Rép. 1 : (...)

I.2 Punition divine

Quelques gestantes perçoivent l'infection à VIH comme une punition divine et l'ont exprimé dans ce terme :

Une séropositive déclare : « *Cette maladie du VIH moi je le considère comme une punition de Dieu... elle ne guérit pas malgré le traitement ...c'est drôle* ». Rép.9 (...)

Une autre séropositive renchérit en disant : « *le VIH pour moi ...je peux bien dire que c'est une punition...tu vois ? C'est Dieu qui nous punit, une maladie qui malgré le traitement, elle ne guérit toujours pas* » Rép. 4 :(...)

Une séronégative vivant avec une séropositive ajoute : « *Cette maladie-là ne guérit pas, ma sœur en a souffert toute la vie, certainement c'était virus car le virus ne meurt pas ...malgré les ARV qu'elle prenait ... peut être que cela peut être guéri seulement par la délivrance* ». Rép. 7 : (...)

I.3 Une maladie mortelle

Une partie des gestantes perçoivent l'infection à VIH comme une maladie mortelle et l'ont exprimé dans ce terme :

Une séropositive déclare ce qui suit : « *Ça c'est quelle histoire ? Ou la personne va prendre les médicaments jusqu'à la mort ? C'est terrible...pour moi hummm.... C'est une maladie mortelle* » Rép.7 : (...)

Une autre séropositive renchérit en disant : « *le VIH là..... Les produits je prends... mais la maladie est toujours, et cela pour toujours et... qui amènera à la mort, c'est une maladie terrible* » Rép. 11 :(...)

Par contre, une séronégative ayant vécu avec une séropositive déclare : « *le VIH est une maladie sexuellement transmissible, le mari de ma cousine séropositive a pu être contaminé par sa femme* » Rép.9 (...)

I.4 Aucune idée

D'autres gestantes, elles ne savent pas c'est qu'une infection à VIH et l'ont exprimé dans ce terme :

Une séropositive dit ceci : « *L'infection à VIH ? Je ne sais pas ce que c'est* » Rép. 5 : (...)

Une autre séropositive ajoute : « *le VIH là ...je n'ai aucune idée de sa définition...je ne sais quoi dire* » Rép. 5 :(...)

Une gestante séronégative, selon qu'elle a vécu près d'une séropositive a émet sa perception quant à l'infection à VIH :

« *J'attends parler de l'infection à VIH, mais je n'ai pas d'idée sur sa définition...vraiment pas d'idée, j'ai vu mon ami souffrir, maigrir...* ». Rép. 3 :(...)

Du sous thème II : Attentes vis-à-vis des soignants

Dans ce sous thème, les gestantes donnent leurs attentes vis à vis des soignants, ce qu'elles attendent d'eux.

II.1 Réconfort

Certaines gestantes veulent que les soignants les réconfortent pendant le traitement, et les témoignent de cette façon :

Une séropositive témoigne ce qui suit : « *Ce que je veux des soignants...ce sont des mots d'encouragement...de réconfort...et cela nous aide à avancer et d'aller vers l'avant* ». Rép.11 :(...)

Une autre séropositive renchérit et dit : « *en parlant, en écoutant, en partageant avec les soignants, je sens que je suis réconfortée et cela me donne du courage* » Rép.1 : (...)

Par contre, une gestante séronégative souhaite que les soignants soient leurs conseillers, et racontent de la manière suivante :

Une séronégative déclare : « *Ma cousine appelait sans cesse le médecin au téléphone...elle avait besoin des orientations quand nous sommes à l'hôpital... et le soignant est la personne qui est là pour nous conseiller durant nos séjours à l'hôpital et voir même à domicile* »Rép.(...)

II.2 Suivi

Certaines gestantes proposent que les soignants fassent des suivis de leurs prises en charge, et les témoignent de la manière suivante :

Une séropositive partage ce qui suit : « *j'aimerais bien que les soignants même en ligne, par le téléphone puissent faire le suivi de nos traitements, notre régime alimentaire afin de nous rassurer que nous sommes dans le bon... et cela nous encourage* ».Rép.9 (...)

Une autre séropositive ajoute : « *Pour moi, je propose que les soignants nous fassent de suivis à domicile pour que continuellement nous soyons en contact* »Rep. :(...)

Par contre, une gestante séronégative par le fait de vivre ensemble avec les séropositives, propose que les soignants soient des accompagnateurs.

Une séropositive témoigne : « *Pour moi, le soignant est une personne qui est là pour accompagner, expliquer les séropositives comment se passent les choses à l'hôpital, y compris pour les encourager à domicile, donc les accompagner*».Rép.5 :(...)

Une autre séronégative renchérit en disant : « *Le soignant comme le nom le désigne... c'est une personne qui est là pour nous soigner, nous traiter et cela n'est pas seulement pour les médicaments mais aussi leur façon de se comporter envers nous* ».Rép3 :(...)

Du sous thème III : Soutien psychologique des soignants et de sa famille

De ce sous thème nous ressortissons le vécu des gestantes séropositives et séronégatives face au soutien psychologique des soignants

III.1 Juste au moment du counseling

Un groupe des gestantes vivent le soutien psychologique des soignants comme s'ils le font qu'au moment de counseling et elles disent de cette manière :

Une séropositive témoigne : « *ahhhhhMadame avec le respect que je vois dois, je peux dire que les soignants ne sont là que pour nous préparer la psychologie lors qu'il remette les résultats ...au moment de counseling*».Rep.7 (...)

Une autre séropositive renchérit en disant : « *Avant de prélever, les soignant nous soutiennent psychologiquement mais ce soutien n'est pas permanent* » Rep.4

Une séronégative qui a vécu avec les séropositives, témoigne que le soutien psychologique des soignants se faisait juste à l'hôpital et le témoignent de manière suivant :

Une séronégative dit : « *je n'ai pas encore vu les soignants passé au domicile pour soutenir les personnes vivantes avec le VIH, souvent ils passaient quand nous étions à l'hôpital* ».Rép 10 (.....)

III.2 Pas systématique

Une autre série des gestantes vivent le soutien psychologique des soignants pas d'une manière systématique, et les émettent de telle façon :

Une séropositive témoigne : « *Moi je vois que le soutien des soignants n'est pas systématique, après le counseling, il n'y a pas de suivi* »Rép.9 (...)

Une autre séropositive ajoute : *une fois passer au prélèvement et le résultat, d'autre rendez se passes sans soutien psychologique* »

Une séronégative qui vivaient avec les séropositives témoignent que le suivi des soignants ne sont pas permanent, et elles disent ce qui suit :

Une séronégative déclare : « *Le soutien psychologique des soignants...ils se limitent à l'hôpital, alors que le besoin est plus important au domicile qu'à l'hôpital* ».Rép.6(...)

III.3 Manque de pérennisation

Certaines gestantes disent qu'il y a manqué de pérennisation dans le système de prise en charge, et le témoignent comme suit :

Une séropositive témoigne : « *Parfois, nous nous sentons parfois seul et abandonner...hummm nous demandons s'il faut toujours venir au centre pour bénéficier de ce soutien* ».Rép. 9 (...)

Une autre séropositive ajoute : « *les soignants devraient nous accompagner durant le séjour à l'hôpital, lors de rendez-vous voir même à domicile* » Rep. 8 : (...)

Dans le même sens d'idée, une séronégative ayant vécu avec une séropositive témoigne ce qui suit : « *beaucoup se découragent pour la prise régulière des médicaments, si les soignants instauraient un suivi permanent, même par téléphone cela soutiendrait psychologiquement les séropositives* » Rep.1 :(...)

IV. DISCUSSIONS

Nous avons interviewé 12 gestantes âgées de 25 à 44 ans de sérologie positive qui ont participé à l'étude, toutes étaient de sexe féminin ayant au minimum le niveau secondaire, la majorité était célibataire et de la profession ménagère, leur gestité variait de 2 à 6, leur parité de 2 à 5. Et 12 gestantes âgées de 27 à 39 ans de sérologie négative ont participé à l'étude, toutes étaient de sexe féminin ayant au minimum le niveau secondaire, la majorité était mariée et de la profession ménagère, leur gestité variait de 1 à 5, leurs parités de 1 à 4. Dans la littérature les femmes ou filles qui ont eu leurs premiers rapports sexuels aux bas âges sont toujours exposées au VIH SIDA plus que les autres. L'OMS indique une séoprévalence de 25% chez les femmes ayant eu leur première grossesse avant l'âge de 17 ans [10].

Dans une étude qui s'est déroulé au centre médical de Saint Camille à Burkina Faso entre 2006 et 2007 a objectivé que L'âge moyen des 107 gestantes séropositives était de $28,45 \pm 5$ ans, avec des extrêmes de 18 et 42 ans. Le statut marital de notre série ressort que 79% de nos enquêtées sont des femmes mariées, et sans profession, Or 16,66% des cas sont des professionnels du sexe, Elles sont non instruite où au plus avait un niveau primaire, 70% d'eux qui étaient non mutualiste, Ces taux des femmes non scolarisées, non mutualistes, ont certainement joué un rôle prépondérant dans la compréhension et l'adhésion des femmes aux activités de PTME. Dans la littérature, la population jeune constitue toujours la couche la plus vulnérable à l'infection VIH, En effet les primigestes dominant, l'OMS indique une séoprévalence de 25% chez les femmes ayant eu leur première grossesse avant l'âge de 17 ans (ONU/SIDA 2015). Ainsi que dans une enquête menée au Rwanda a montré que les femmes primipares sont plus exposées au VIH SIDA lorsqu'elles font leurs premières rapports sexuels en dessous de 17 ans et tombent enceintes avant 17 ans [11].

Comparativement aux résultats trouvés par ces auteurs, ou la majorité des femmes se trouvent dans la tranche d'âge de 23 à 49 ans, toutes de sexe féminin, la majorité des ménagères.

Nous constatons que l'écart des âges n'est pas important, et les autres caractéristiques sont très proches.

S'agissant de la perception, l'auteur KISIGO [12], va dans le même sens d'idée de notre étude en appuyant que le thème de la maternité est courant lorsque l'on pense au rôle social des femmes, cependant, la féminisation de l'infection a également des répercussions dans ce scénario. Le désir de maternité et l'expérience de la sexualité sont marqués par des enjeux socioculturels importants, nécessitant de réfléchir que de vivre avec le VIH n'annule pas le désir d'être mère.

Les gestantes séropositives affirment que le soutien psychologique des soignants se fait qu'au moment de counseling, n'est pas systématiquement et manque la pérennisation.

L'une des répondantes témoigne dans ces termes : « *à l'annonce de mon état.... J'ai pleuré, j'étais abattue... ce sont les soignants qui m'ont soutenu avec les paroles encourageantes* » Rep. 5 (...)

Pour MPINGANJIRA [13], il appuie l'idée de notre étude en disant que l'écoute active et l'accueil des femmes vivant avec le VIH à propos de leurs doutes et angoisses liés à la grossesse et à la maternité peuvent minimiser le risque de toucher vaginal ainsi que nuire à la santé du binome. En ce sens, la qualification de l'assistance professionnelle est essentielle pour des résultats positifs de la grossesse, de l'accouchement et de l'accouchement dans cette population.

V. CONCLUSION :

Cette étude inscrite dans le domaine de la santé publique, précisément dans la santé sexuelle et de la reproduction avait suivi la méthode d'enquête phénoménologique et la technique d'interview semi structurée face à face. Après la lecture intégrale des transcriptions des entretiens enregistrés auprès de 12 gestantes séropositives.

L'expérience professionnelle dans les services de santé a mis en évidence empiriquement que même dans les institutions spécialisées dans le suivi et le traitement des gestantes séropositives, la santé sexuelle et reproductive est négligée et les questions liées à la grossesse et à la maternité sont voilées. Le travail des professionnels est orienté vers la prévention de la transmission à des tiers et la médicalisation de l'individu au détriment de la prise en charge globale et de la transversalité de la thématique santé sexuelle et reproductive.

L'approche de ce thème vise à contribuer au renforcement et à l'humanisation des soins de santé fournis aux gestantes séropositives, qui souffrent encore de la présence de la stigmatisation et des préjugés, même au sein des services de santé.

❖ Recommandations :

Au terme de cette étude nous recommandons :

A l'hôpital :

- Rendre opérationnel et en permanence l'appareil d'analyse de la charge virale et de PCR.
- Créer d'un lieu de counseling au niveau de la salle d'accouchement pour la confidentialité des parturientes.

A la population :

- Fréquenter des centres de santé pour le suivi des grossesses afin d'adhérer au programme de PTME
- Eviter de la discrimination de personnes vivantes avec le VIH/SIDA tout en les acceptants,

Aux futurs chercheurs :

- Approfondir l'étude de l'expérience des séropositives au sein de sa famille

RÉFÉRENCES

- [1]. Soukaina O. Prise en charge de la femme enceinte séropositive au service de Gynécologie Obstétrique II au CHU HASSAN II (à propos de 24 cas), thèse Maroc, 2018, p 9.
- [2]. Yapo Thomas ABA et coll. Maladies infectieuses tropicales, Editions Alinéa Plus 2016, 580- 625,
- [3]. ONUSIDA/OMS. Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant : options stratégiques. Genève, Suisse ; 1999.
- [4]. Dembélé B. Dépistage du VIH en salle d'accouchement à la maternité du centre de santé de référence de la commune V de février 2009 à janvier 2010[Mali] 2010.
- [5]. Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada (2015)2e éd.*
- [6]. Obtel M, Abda N, Bendahhou K, Nejari C. (SD). Le consentement éclairé du patient en recherche clinique.
- [7]. Organisation mondiale de la santé. (2009). Comité d'éthique de la recherche : Notions de base pour le renforcement des capacités, Genève, Suisse.
- [8]. Clauses légales types des formulaires d'information et de consentement dans le cadre d'essais cliniques (2016), Quebec

- [9]. Makalou Awa Nazoum Diarra (2011). Croyances et Comportements des femmes enceintes vis-à-vis de leur séropositivité pour l'infection à VIH au service de Gynécoobstétrique du centre de santé de référence de la commune II, Thèse, Bamako.
- [10]. Yapo Thomas ABA et coll. Maladies infectieuses tropicales, Editions Alinéa Plus 2016, 580- 625.
- [11]. Morlat P et le groupe d'experts Eg. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport. Paris : Française LD ; 2013
- [12]. Mandelbrot L. Infection par le virus de l'immunodéficience acquise et grossesse. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Gynécologie/ Obstétrique, 5- 039- D- 40, 2011
- [13]. Jackson JB, Musoke P, Fleming T et al. Intrapartum and neonatal single- dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother- to- child transmission of HIV- 1 in Kampala, Uganda : 18- month follow- up of the HIVNET2012 randomised trial.