



Perceptions des femmes séropositives au VIH/Sida sur les types de stigmatisation vécue dans les milieux de soins/Kinshasa, République Démocratique du Congo

[Perceptions of HIV positive Women on the Types of Stigmatizations Experienced in Healthcare Settings/
Kinshasa, Democratic Republic of the Congo]

Elisabeth Awenze*, Marie-Claire Omanyondo, Félicien Mukandu Basuaba, Victorine Mbadu & Véronique Balua

Institut Supérieurs des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

Résumé

Cette étude vise à comprendre les freins à l'observance de l'humanisation des soins et à porter un regard critique sur la qualité de l'alliance thérapeutique entre les prestataires formés en PTME et les femmes vivant avec le VIH. Deux grands groupes de freins ont été relevés : l'un lié aux femmes vivant avec le VIH, notamment le manque d'estime de soi et le ressenti, et l'autre en rapport avec leur environnement, en particulier la stigmatisation de la part des prestataires. Ces freins génèrent des forces antagonistes influençant négativement l'observance à l'humanisation des soins. Il s'agit d'une étude qualitative, narrative et participative, utilisant la technique de l'entretien, avec comme instrument le guide d'entretien. La population est constituée de toutes les femmes ayant été consultées dans les quatre hôpitaux de Kinshasa, à savoir le Centre hospitalier de Vijana, l'Hôpital Général de Référence de Ndjili, le Centre hospitalier de Mont Amba et l'Hôpital Général de Référence de Ngaba, du 15 mars au 15 septembre 2024, ainsi que des prestataires de ces quatre hôpitaux. L'échantillon est constitué des femmes séropositives au VIH/Sida de ces quatre hôpitaux et des prestataires formés en PTME travaillant dans ces mêmes structures. Cette recherche utilise le modèle des capacités de Robeyns. Différentes perceptions des femmes séropositives au VIH/Sida ont été relevées, notamment la discrimination, la peur, la honte, la divulgation du statut, le manque de connaissance et de compréhension du VIH, ainsi que les formes de stigmatisation causées par les prestataires. Les résultats concluent que ces différents types de stigmatisation vécus par les femmes séropositives peuvent entraîner des conséquences néfastes en milieu de soins.

Mots-clés : Perception, stigmatisation, VIH/Sida, capacités, pratique sage-femme.

Abstract

This study aims to understand the barriers to adherence to humane care and to critically examine the quality of the therapeutic alliance between providers trained in PMTCT, or prevention of mother-to-child transmission, and women living with HIV. Two major groups of barriers were identified: one related to women living with HIV, particularly low self-esteem and feelings, and the other related to their environment, especially provider stigma. These barriers generated opposing forces that negatively influenced adherence to humane care. This is a qualitative, narrative, and participatory study using interviews conducted with a semi-structured interview guide. The population consisted of all women who were seen at the four hospitals in Kinshasa, namely Vijana Hospital Center, Ndjili General Reference Hospital, Mont Amba Hospital Center, and Ngaba General Reference Hospital, from March 15 to September 15, 2024, as well as the providers working in these four hospitals. The sample comprised HIV-positive women from these four hospitals and PMTCT-trained providers working in the same facilities. This research uses Robeyns's capabilities model. Various perceptions among HIV-positive women were identified, including discrimination, fear, shame, disclosure of status, lack of knowledge and understanding about HIV, as well as forms of stigmatization caused by providers. The results conclude that these different forms of stigmatization experienced by HIV-positive women can lead to harmful consequences within healthcare settings.

Keywords: Perception, stigmatization, HIV/AIDS, capabilities, midwifery practice.

*Auteur correspondant : Elisabeth Awenze, (elisabethawenze13@gmail.com). Tél. : (+243) 826650295

<https://orcid.org/0009-0004-0531-1331> ; Reçu le 17/03/2026 ; Révisé le 10/04/2026 ; Accepté le 04/05/2026

DOI : <https://doi.org/10.59228/rcst.026.v5.i2.271>

Copyright: ©2026 Awenze et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

La situation d'adversité à laquelle les femmes séropositives au VIH/Sida sont constamment soumises requiert, auprès de ces dernières, des énergies nécessaires afin de retrouver un état d'équilibre, c'est-à-dire d'être résilientes. « La résilience » est la capacité d'une personne, d'un groupe, de se développer, de continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de traumatismes sérieux, graves, de conditions de vie difficiles (Cyrulnik, 2001).

La question de la stigmatisation n'est jamais neutre. Elle n'est jamais un simple objet d'étude sociologique ou de réflexion philosophique. Car le seul fait de la percevoir n'est ni de l'ordre de l'entendement, ni de celui de la connaissance, mais de celui d'une forme particulière de conscience, sans laquelle elle demeure invisible et l'histoire en témoigne abondamment.

Partant des suggestions formulées par Awenze (2022), sur l'expérience et l'attente de la femme séropositive au VIH/Sida face à la procréation, les personnels soignants qui prennent en charge les gestantes séropositives au VIH/Sida devraient dispenser les soins de santé actualisés, avec respect, complets et accueillants.

Ces pratiques favorisent l'autonomie et la sécurité des gestantes séropositives en ce qui concerne leurs choix et leur santé reproductive et améliorer les soins pour ces femmes.

Ces femmes séropositives nécessitent un suivi complet pour réduire les risques de transmission verticale du virus et avoir une meilleure qualité de vie.

Les prestataires doivent être sensibles aux demandes de soins de ces femmes séropositives, comme pour les femmes séronégatives au VIH/Sida car la maternité est une expérience positive dans leur vie ; être conscientes de leur rôle dans les soins de santé et la prévention des complications possibles.

Ces pratiques affectent la mère et son bébé ; combattre les facteurs qui alimentent la dynamique de la production de la stigmatisation associée au VIH/Sida chez les femmes séropositives au VIH. Tels que les inégalités socio-économiques et les inégalités de genre, les tabous et les préjugés liés à la sexualité ; développer des actions individuelles spécifiques pour aider les femmes à vivre avec le VIH/Sida sans restriction.

Au début de l'épidémie, dans les années 80, en Amérique, ils désignaient les groupes aux

comportements à risque par l'utilisation du terme « 4 », et ces populations étaient, dès lors, stigmatisées car porteuses de la maladie mortelle du sida. Par ailleurs, les textes internationaux fondamentaux relatifs aux droits humains interdisent toute discrimination, qu'elle soit basée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique, l'origine nationale ou sociale, la propriété, la naissance, ou tout autre statut (incluant l'état de santé, y compris l'infection à VIH/sida) (CRIPS, 2016).

En 2001, dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, l'Assemblée générale des Nations unies a écrit : « L'opprobre, le silence, la discrimination et la dénégation ainsi que l'absence de confidentialité compromettent les efforts de prévention, de soins et de traitement et aggravent les effets de l'épidémie sur les individus, les familles, les communautés et les nations, et il faut également y remédier » Assemblée générale des Nations Unies (2001).

Les Etats membres de l'ONU y ont pris l'engagement suivant : «D'ici 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité ; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie» (Othoman, 2011).

Les Objectifs de Développement Durable (ODD), adoptés par les Nations Unies en 2015, comprennent des objectifs spécifiques pour lutter contre le VIH et d'autres maladies transmissibles, en particulier dans le cadre de l'ODD 3 : "Garantir une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge". Plus précisément, cet objectif vise à mettre fin à l'épidémie du sida d'ici 2030. Ces rapports détaillent l'alignement des stratégies de lutte contre le VIH avec les ODD, y compris les progrès réalisés et les défis restant à surmonter.

L'épidémie du VIH reste un défi mondial, mais des progrès ont été réalisés, en particulier avec les thérapies antirétrovirales (TAR), les programmes de prévention, et les efforts pour réduire la stigmatisation associée à la maladie. Les ODD visent à amplifier ces

efforts pour que l'éradication du VIH et du sida soit une réalité d'ici 2030 (ONUSIDA, 2018).

En Afrique, la stigmatisation est un frein au développement de la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME). Pourtant, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) est un axe essentiel des programmes de prévention du VIH à travers le monde, notamment en Afrique subsaharienne.

La République Démocratique du Congo est comptée parmi les 22 pays au monde qui ont la lourde charge du VIH/sida. Avec une épidémie VIH de type généralisé, la RD Congo connaît une prévalence VIH de 1,8 % (passage de surveillance sentinelle de 2013) chez les femmes enceintes et de 1,2 % (Enquête démographique et de santé 2013/2014) auprès de la population générale (PNLS, 2013).

A Kinshasa, précisément dans le centre hospitalier de Vijana, la conclusion de l'étude menée par Awenze (2022) montre par les déclarations des gestantes séropositives que celles-ci étaient stigmatisées dans le milieu de soin dans leur prise en charge, où leur statut sérologique était divulgué et l'on trouvait l'insuffisance d'empathie dans leur pratique. L'auteur a cité la stigmatisation sociale, institutionnelle et intériorisée. Dans la stigmatisation comportementale qui sont les actes discriminatoires, par exemple le refus ou différenciation des soins : délais, refus de traiter, transfert vers un autre service sans justification clinique ; le traitement abusif ou rude : paroles humiliantes, moqueries, commentaires déplacés ; l'isolement physique : femmes placées à l'écart (chambres séparées, exclusion des salles communes) sans raison sanitaire valable et négligence volontaire : surveillance et suivi réduits, non-réponse aux appels.

Dans la stigmatisation institutionnelle ou structurelle où les politiques ou pratiques discriminatoires comme les protocoles, règles ou procédures qui désavantagent les femmes vivantes avec le VIH (p. ex. exigences excessives de tests, formulaires intrusifs) ; le manque de formation et de directives claires : absence de protocoles de confidentialité ou de prises en charge adaptées ; les ressources inégales : accès limité aux traitements, personnel dédié insuffisant, absence de protections pour le personnel et les femmes.

Dans la stigmatisation par manque de confidentialité (violation de la vie privée) où les femmes subissent la divulgation non consentie du statut sérologique (par le personnel, le dossier, ou des listes visibles) ; les discussions publiques du statut d'une

femme dans des lieux non privés et la mauvaise gestion des dossiers et étiquetage stigmatisant.

Dans la stigmatisation institutionnalisée par les attitudes et croyances du personnel où les femmes subissent de jugements moraux et blâme : considérer l'infection comme « conséquence d'un comportement immoral » ; les stéréotypes et généralisations : croire que toutes ces femmes séropositives sont « dangereuses », « irresponsables » ou « infectieuses » ; la peur non fondée de la transmission : sur-utilisation, omission ou insistance sur des mesures de protection non nécessaires (ex. gants systématiques ou refus de contact physique pour gestes non à risque).

Dans la stigmatisation intériorisée (auto-stigmatisation encouragée par le milieu) où ces femmes ont le sentiment de honte et culpabilité, réduisent par l'attitude des soignants ; le retrait des soins d'où réticence à revenir aux consultations, non-adhérence aux traitements par peur du jugement et l'auto-censure des plaintes par ne pas dénoncer mauvais traitements pour éviter l'exclusion.

Dans la stigmatisation économique et administrative où ces femmes vivent l'exclusion des programmes sociaux, emploi ou assistance liés au statut (liée aux pratiques administratives de l'établissement) ; de frais additionnels, conditions d'accès discriminantes ou lenteurs administratives pour les femmes vivant avec le VIH.

Dans la stigmatisation liée à la qualité des interactions thérapeutiques où ces femmes expérimentent la rupture de l'alliance thérapeutique : par manque d'empathie, absence d'écoute, non-participation du patient aux décisions la communication stigmatisante par de langage alarmiste, péjoratif ou médicalisant sans explication adaptée ; le manque d'information adaptée par refus ou omission d'expliquer la maladie, les traitements et la prévention, renforçant la peur.

Dans la stigmatisation institutionnelle informelle (réseaux et rumeurs) où ces femmes remarquent la diffusion d'informations via le personnel (commérages, fuites d'information) créant un climat de méfiance le marquage du dossier ou du traitement visible aux yeux du personnel non concerné.

Partant de ce qui précède, il convient de comprendre le contexte de vie de ces femmes séropositives au VIH/Sida, et, d'adapter les soins à leurs singularités, en obtenant une meilleure qualité de soins, nous allons chercher à comprendre et expliquer leurs perceptions sur les stigmatisations vécues afin de les regrouper par types, et de chercher par la suite les

stratégies de lutte contre ces stigmatisations en milieu de soins et ainsi humaniser la prise en charge des femmes séropositives au VIH/Sida.

Partant de ce qui précède, il convient de comprendre le contexte de vie de ces femmes séropositives au VIH/Sida et d'adapter les soins à leurs singularités afin d'obtenir une meilleure qualité de soins. Ainsi, nous chercherons à comprendre et à expliquer leurs perceptions des stigmatisations vécues, afin de les regrouper par types, puis d'identifier les stratégies de lutte contre ces stigmatisations en milieu de soins, dans le but d'humaniser la prise en charge des femmes séropositives au VIH/Sida.

Cette étude s'articule autour des questions de recherche suivantes : quels sont les types de stigmatisation vécus par les femmes séropositives au VIH/Sida ? Quelles sont les opinions des femmes vivant avec le VIH/Sida sur leur prise en charge par les prestataires de soins dans quatre hôpitaux de Kinshasa ?

L'objectif général de cette étude est de contribuer à la baisse de la mortalité maternelle en luttant contre la stigmatisation des femmes séropositives au VIH/Sida dans le milieu de soins à Kinshasa.

De manière spécifique, cette étude vise à analyser les types de stigmatisation vécus par les femmes vivant avec le VIH/Sida ainsi que ceux des prestataires, et à donner la signification des types de stigmatisation vécus par les femmes séropositives au VIH/Sida et des perceptions des prestataires.

2. Matériel et méthodes

2.1. Milieu

L'étude a été réalisée dans quatre centres hospitaliers de Kinshasa, choisis comme sites de recherche. Ces hôpitaux constituent des lieux de prise en charge des femmes vivant avec le VIH/Sida et offrent des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME). Le contexte de Kinshasa, marqué par une forte prévalence du VIH et des défis liés à la stigmatisation dans les milieux de soins, justifie le choix de ce cadre d'étude.

La collecte des données est faite dans quatre structures de Kinshasa à savoir :

- Le centre hospitalier de Vijana

Ce centre est situé à la commune de Lingwala, géographiquement limité au nord par le boulevard du 24 novembre ; au sud par l'avenue Mushi ; à l'Est par le boulevard triomphal et à l'Ouest par l'avenue

Kalembelembe. Le choix de ce centre de santé était marqué par la présence de l'unité de soins de prévention de la transmission des infections entre mère et enfant, ainsi que la présence des personnels formés en la matière. En moyenne, le centre reçoit 4 gestantes séropositives le mois comme nouveau cas et les anciens cas viennent pour le suivi et rendez-vous de traitement. En outre, le centre possède une maternité et le service de la consultation prénatale, ce qui nous a facilités de récolter les données chez les gestantes séropositives.

- L'hôpital général de référence de Ndjili

Un hôpital qui desservira la commune de Ndjili et les communes voisines de masina, kimbansese et matete ou encore nsele et maluku ; cet hôpital possède l'unité de soins de prévention de la transmission des infections entre mère et enfant, ainsi que la présence des personnels formés en la matière.

- Le centre hospitalier de référence Mère et Enfant de Ngaba

Ce centre est situé dans la commune de Ngaba dessert les communes voisines telles, Lemba, Makala, Kasa-vubu. Il possède une unité de la prévention de la transmission Mère et Enfant pour la prise en charge des femmes enceintes avec VIH/Sida, ainsi que la présence des personnels formés en la matière.

- Le centre hospitalier Lisungi

Situé dans la commune de Mont Ngafula au sud de la ville province de Kinshasa. Il dessert les communes voisines : Ngaliema et Selembao. Il possède l'unité de soins de la prévention de la transmission Mère et Enfant pour la prise en charge des femmes enceintes avec VIH/Sida, ainsi que la présence des personnels formés en la matière.

2.2. Matériel

2.2.1. Matériel de terrain

L'étude est de type action-participative et qualitative, relevant du courant interprétativiste. Elle consiste à réaliser une synthèse des types des stigmatisations vécues par les femmes vivant avec le VIH/Sida dans quatre centres hospitaliers ciblés pour la recherche.

L'instrument principal utilisé est la technique d'entretien semi-structuré, appuyée par un guide d'entretien élaboré pour explorer les perceptions et expériences des participantes et un dictaphone pour faciliter l'enregistrement des entretiens. La population cible comprend toutes les femmes vivant avec le VIH/Sida suivies dans les quatre hôpitaux retenus (Centre hospitalier de Vijana, Hôpital Général de

Référence de Ndjili, Centre hospitalier de Mont Amba et Hôpital Général de Référence de Ngaba) du 15 Mars au 15 Septembre 2024, ainsi que les prestataires de soins impliqués dans la PTME. L'échantillon est constitué de femmes séropositives et de prestataires formés dans ces structures.

2.3. Méthodes

2.3.1. Approche méthodologique

Il s'agit d'une étude qualitative fondée sur l'approche par capacités. Cette approche, inspirée des travaux d'Amartya Sen et développée par Nussbaum et Robeyns, met l'accent sur les libertés réelles et les opportunités dont disposent les individus pour mener une vie qu'ils valorisent. Elle permet d'analyser le bien-être des femmes vivant avec le VIH/Sida dans les milieux de soins, en dépassant la simple possession de ressources matérielles pour se concentrer sur les opportunités effectives.

2.3.2. Analyse des données

Les données recueillies ont été analysées de manière qualitative, en mettant en évidence les types de stigmatisation vécus et les perceptions des participantes. Les logiciels utilisés pour l'organisation et le traitement des données incluent MQDA et Atlas, afin de faciliter la gestion des informations et la présentation des résultats.

3. Résultats

3.1. Profils de interviewés (les femmes séropositives au VIH/Sida et prestataires)

Tableau I. Caractéristiques sociodémographiques des femmes séropositives au VIH/Sida

N°	Age	Niveau d'étude	Parité	Etat matrimonial	Activité
1	40	Secondaire	2	Mariée	Ménagère
2	32	Primaire	1	Célibataire	Ménagère
3	31	Diplômée	2	Seule	Ménagère
4	32	Graduée	2	Mariée	Ménagère
5	27	Primaire	2	Seule	Commerçante
6	30	Primaire	2	Célibataire	Entretien
7	27	Diplômée	4	Mariée	Ménagère
8	35	Licenciée	3	Mariée	Fonctionnaire
9	32	Secondaire	2	Mariée	Fonctionnaire
10	32	Diplômée	1	Mariée	Ménagère
11	34	Secondaire	2	Mariée	Maraichère
12	24	Diplômée	1	Mariée	Ménagère
13	37	Diplômée	2	Mariée	Commerçante
14	32	Primaire	3	Célibataire	Commerçante
15	29	Diplômée	1	Célibataire	Ménagère

16	24	Primaire	2	Célibataire	Maraichère
17	24	Diplômée	1	Mariée	Ménagère
18	30	Diplômée	2	Mariée	Commerçante
19	41	Graduée	2	Célibataire	Employée
20	46	Secondaire	1	Mariée	Ménagère
21	25	Diplômée	3	Mariée	Commerçante
22	27	Primaire	2	Célibataire	Maraichère
23	26	Secondaire	4	Célibataire	Ménagère
24	42	Diplômée	5	Mariée	Ménagère
25	35	Graduée	3	Mariée	Fonctionnaire
26	43	Graduée	2	Séparée	Infirmière
27	46	Graduée	3	Mariée	Gestionnaire
28	31	Diplômée	2	Mariée	Commerçante
29	46	Diplômée	5	Mariée	Commerçante
30	36	Diplômée	2	Mariée	Commerçante

Après analyse des données de cette étude, le profil sociodémographique des femmes séropositives, les informations recueillies sont les suivantes : l'âge de ces femmes se situe entre 24 et 46 ans ; du point de vue niveau d'étude, la majorité sont des diplômées suivi du niveau secondaire et primaire ; elles ont une parité qui se situe entre 1 et 5 enfants ; concernant leur état matrimonial, la majorité est mariée soit 67%, le reste est célibataire, seule et séparée ; quant à leurs occupations, la majorité est ménagère (40%) suivi des commerçantes (17%).

3.2. Caractéristiques sociodémographiques des prestataires

Les données de profil de 30 prestataires de cette étude renseignent les informations suivantes : Dans quatre centres hospitaliers ciblés, l'âge des prestataires se situe entre 38 et 75 ans ; du point de vue du domaine d'étude nous avons noté une nutritionniste, trois infirmières et la majorité est sage-femme (26) dont deux ont fait l'étude en enseignement et administration en soins infirmiers ; du point de vue niveau d'étude, nous avons noté que 10 sont du niveau A2, 10 sont du niveau A1, et 8 sont du niveau A3 ; du point de vue lieu de service de ces prestataires, la majorité des prestataires œuvrent au service de post-partum immédiat ou tardif et à la consultation prénatale (CPN) ainsi qu'à la prévention de la transmission mère et enfant (PTME) par contre la minorité est en salle d'accouchement, en consultation préscolaire et chirurgie ; du point de vue de la parité, tous les prestataires ont entre 1 et 10 enfants.

La majorité est mariée et ménagère, ce qui reflète une vulnérabilité socioéconomique accrue.

Tableau II. Caractéristiques sociodémographiques des femmes

N°	Centre hospitalier	Age	Domaine d'étude	Niveau d'étude	Lieu de service	Parité
1	HGR Vijana	62	Nutritionniste	A1	PTME	3
2	HGR Vijana	58	Infirmière	A3	PTME	4
3	HGR Vijana	58	Sage -femme	A3	PTME	4
4	HGR Vijana	75	Sage -femme	A2	PTME	10
5	HGR Ngaba	54	Sage -femme	A2	CHIR/CS	4
6	HGR Ngaba	56	Sage -femme	A3	PTME	2
7	HGR Ngaba	55	Sage -femme	A1	GYNECO-OBST	1
8	HGR Ngaba	49	Sage -femme	A1	GYNECO-OBST	4
9	HGR Ngaba	52	Sage -femme	A3	POST-PARTUM	4
10	HGR Ngaba	64	Sage -femme	A3	POST-PARTUM	6
11	HGR Ngaba	53	Sage -femme	A2	POST-PARTUM	5
12	HGR Ngaba	46	Sage -femme	A2	GYNECO-OBST	3
13	HGR Ngaba	47	Sage -femme	A2	POST-PARTUM	3
14	HGR Ndjili	48	Easi/ sage- femme	L2	CPN	1
15	HGR Ndjili	67	Sage -femme	A3	EUTOCIQUE	7
16	HGR Ndjili	54	Sage -femme	A2	PPI	3
17	HGR Ndjili	51	Sage -femme	A2	PPI	2
18	HGR Ndjili	76	Sage -femme	A2	EUTOCIQUE	4
19	HGR Ndjili	56	Sage -femme	A2	PPI	3
20	HGR Ndjili	59	Sage -femme	A1	GYNECO-OBST	3
21	HGR Ndjili	64	Sage -femme	A3	CPN	5
22	HGR Ndjili	57	Sage -femme	A2	CPN	4
23	HGR Ndjili	62	Sage -femme	A3	CPN	4
24	HGR Ndjili	63	Sage -femme	A1	CPN	5
25	HGR Ndjili	48	Easi/ sage -femme	L2	CPN	1
26	CH Mont-Amba	46	Infirmière	A1	PTME	3
27	CH Mont -Amba	38	Infirmière	A1	CPN	2
28	CH Mont -Amba	46	Sage - femme	A1	S.ACC	2
29	CH Mont -Amba	43	Sage -femme	A1	CPS	3
30	CH Mont-Amba	45	Sage- femme	A1	CPS	4

Pour les prestataires : La prédominance des Sages-femmes montre que la prise en charge est fortement centrée sur la santé maternelle.

3.3. Considération éthique

Avant la réalisation de cette étude, l'autorisation du Comité de Bioéthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) a été sollicitée. Cette dernière à travers sa décision N° 0035/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2023 du 29 Novembre 2023 a émis un avis favorable. Par la suite, les autorités de chaque site retenu pour la recherche ont été préalablement informées avant le démarrage effectif de l'étude. Tout(e) participant(e) était informé(e) et était libre d'interrompre l'entretien, ce qui équivalait à un retrait de consentement. Les données brutes ont été stockées anonymement, non seulement pour en assurer une bonne gestion, mais aussi et surtout pour des raisons éthiques.

3.4. Résultats de thèmes de l'étude

3.4.1. Thèmes retenus des femmes séropositives

Thème 1 : Le fait de vivre la discrimination causée par les prestataires de soins

De ce thème découlent les catégories suivantes :

- Ignorance sur les soins
- Le statut avec le code qui est connu de tous
- Indiscrétion
- Stigmatisation
- Indifférence
- Pas de consentement au soin

Thème 2 : Le vécu de la peur et honte durant le séjour d'hospitalisation

De ce thème découlent les catégories suivantes :

- Sérologie contraire à celui du conjoint ;
- Signe des maladies opportunistes ;
- Indiscrétion des prestataires ;
- Avoir un mari qui est un corps soignant

Thème 3 : Le manque de connaissances et de compréhension sur le VIH

De ce thème découlent les catégories suivantes :

- Indifférence des prestataires ;
- Ignorance sur la maladie

Thème 4 : Le fardeau du secret et de la peur

De ce thème découlent les catégories suivantes :

mari ;

- Indiscrétion ;
- La peur / culpabilité dans la communauté et ;
- Code connu
- La réticence de reprendre les activités

Thème 5 : L'impact émotionnel et psychologique

De ce thème découlent les catégories suivantes :

- La peur/ phobie de transmettre le virus au mari

;

- La culpabilité d'amener le virus au foyer et ;
- La honte de l'entourage/ famille

Thème 6 : L'obstacle aux soins de santé

De ce thème découlent les catégories suivantes :

- Mauvais accueil des prestataires ;
- Indifférence ;
- Retard aux soins et ;
- Indiscrétion des prestataires

a) Stigmatisation

Ce thème de la stigmatisation est un fil conducteur dominant dans les récits des femmes vivant avec le VIH/sida. Les participantes ont décrit avec

force leurs expériences de discrimination, qui ont souvent suscité des sentiments de honte et de peur.

F : une femme maraîchère de 34 ans du niveau secondaire, mariée et mère de deux enfants a raconté la détresse qu'elle a ressentie lorsque sa séropositivité a été révélée à sa mère sans son consentement, ce qui a entraîné un jugement public et un isolement ultérieur, « je suis venue accompagnée de ma mère comme garde, après mon dépistage, le prestataire a appelé ma mère pour l'informer de mon statut...et cela a créé une discussion et conflit entre nous, l'entourage était au courant de mon statut et je me sentais mal à l'aise, je n'arrivais plus à communiquer, très frustrée durant mon séjour à l'hôpital ». Cette expérience met en évidence le profond impact émotionnel que peut avoir la stigmatisation, car la peur d'être jugée par ses proches peut conduire à une réticence à révéler sa séropositivité, ce qui renforce davantage le sentiment de solitude.

De plus, le milieu de soins de santé est apparu comme une source importante de stigmatisation. Les participantes ont fait part de leurs expériences de langage désobligeant et de mauvais traitement de la part des prestataires de soins de santé, ce qui, non seulement a diminué leur estime de soi, mais a également retardé leur accès aux soins médicaux essentiels.

Une participante a noté que le manque d'empathie d'un prestataire de soins de santé lors d'une consultation lui a fait se sentir déshumanisée, renforçant ainsi la stigmatisation associée à sa maladie. Ces expériences illustrent comment la stigmatisation peut créer des obstacles aux soins de santé, exacerbant les difficultés rencontrées par les femmes vivant avec le VIH/Sida.

b) Discrimination

Un thème présent dans les entretiens est la stigmatisation associée à la séropositivité. Les participantes ont raconté avoir été jugées, isolées et maltraitées dans les établissements de santé. Par exemple, de nombreuses femmes ont raconté avoir été montrées du doigt, avoir reçu des remarques désobligeantes de la part des prestataires de soins de santé et avoir subi des retards dans les soins en raison de leur statut.

Cette stigmatisation affecte non seulement leur santé mentale, mais entrave également leur accès aux services médicaux nécessaires, ce qui entraîne des sentiments d'indifférence.

De telles expériences illustrent comment la stigmatisation peut créer des obstacles aux soins et contribuer à un cycle de résultats négatifs pour la santé.

Un thème récurrent dans les entretiens est la stigmatisation associée à la séropositivité. Les participantes ont raconté avoir été jugées en fonction de leur statut, souvent exacerbé par les idées fausses de la société sur le VIH/Sida. Par exemple, les femmes ont raconté avoir ressenti de la honte et de la peur lorsque leur statut a été révélé sans leur consentement, ce qui a conduit à une humiliation publique et à l'ostracisme. Une participante a décrit un incident au cours duquel son diagnostic a été révélé lors d'une réunion de famille, ce qui lui a valu d'être rejetée par des proches qui l'avaient auparavant soutenue. Cela illustre l'impact profond de la stigmatisation sur les relations personnelles et le statut social. La stigmatisation n'était pas seulement externe, venant de la famille et des prestataires de soins de santé, mais aussi intériorisée, car les femmes étaient aux prises avec un sentiment d'inutilité et la peur du rejet, en particulier de la part de leur partenaire et des membres de leur famille.

La honte est aggravée par les idées fausses de la société sur le VIH/Sida, ce qui éloigne encore plus ces femmes de leur communauté. Ce thème met en évidence les conséquences psychologiques que la stigmatisation peut avoir, alors que les femmes naviguent dans leur identité au sein d'une société qui les considère souvent à travers le prisme des préjugés.

c) Manque de connaissances et de compréhension sur le VIH

Le manque de connaissances sur le VIH/Sida est un thème présent, tant au sein du grand public que des femmes. Les participantes ont noté que la désinformation contribue à la stigmatisation et à la discrimination, car de nombreuses personnes ont des croyances dépassées sur la maladie. Un répondant (R3) a mentionné comment le manque de compréhension parmi ses pairs a conduit à des commentaires blessants et à l'exclusion des rassemblements sociaux. Ce manque de compréhension peut conduire à des sentiments de culpabilité et d'auto-accusation chez les personnes vivant avec le VIH, car elles intériorisent les préjugés de la société.

F : une femme de 46 ans, graduée, gestionnaire mère de trois enfants déclare ce qui suit : « Personne ne voulait me toucher et à l'accouchementj'ai été humiliée par le fait qu'en me suturant...le prestataire une fois informé de mon statut ...il m'a abandonné sur la table et a parlé de n'importe quoi au sujet de mon statutJe fus soignée par une autre prestataire pour la suite de mes soins».

Les entretiens ont souligné la nécessité de meilleures campagnes d'éducation et de sensibilisation

pour combattre ces idées fausses. Un répondant (R5) a souligné que les initiatives éducatives pourraient aider à démystifier le VIH/Sida et à favoriser un environnement plus favorable aux personnes touchées.

d) Le fardeau du secret et impact émotionnel et psychologique

Un autre thème important est le fardeau psychologique associé au secret concernant son statut VIH. Des participants comme R2 ont exprimé le besoin de cacher leur statut aux membres de leur famille pour éviter la détresse psychologique. Ce secret conduit souvent à l'isolement et au manque de soutien, ce qui exacerbe les sentiments de solitude et de peur. La peur de la stigmatisation peut dissuader les personnes de rechercher les soins médicaux nécessaires, soulignant les effets néfastes des perceptions sociétales sur les décisions personnelles en matière de santé. Un répondant (R4) a expliqué comment sa décision de cacher son statut à ses enfants a créé un obstacle à la communication ouverte et à la confiance, compliquant encore davantage son paysage émotionnel.

F : une femme de 36 ans diplômée d'Etat, commerçante mère de deux enfants a raconté ce qui suit : « j'ai toujours peur de partager mon statut... Et cette peur je sens un fardeau pour moi... j'ai peur de la répercussion que cela peut avoir sur mon environnement ».

Le fardeau émotionnel de la vie avec le VIH/Sida a été un autre thème important. De nombreuses femmes ont décrit des expériences d'anxiété, de dépression et d'isolement après leur diagnostic.

F2 : Une femme de 32 ans, avec un enfant, elle est de niveau primaire et, est ménagère et mariée, a exprimé sa peur d'être abandonnée par son partenaire, qui était séronégatif, en déclarant : « J'avais peur qu'il me quitte s'il l'apprenait... et cette peur est donc restée gravée dans mon esprit... c'était devenu un fardeau pour moi... un jour... notre mentor nous a raconté comment elle est parvenue à dire à son mari et comment il la comprend et l'accompagne aux examens de contrôle... j'avais toujours peur... car mon mari était médecin et séronégatif de surcroît... ouft... de migraine... un jour mon mari était hospitalisé et j'ai demandé à notre mentor de le dépister et de me dépister et nous aider à réaliser un counseling pour après nous réunir pour nous informer de nos états sérologiques... je tremblais à l'idée que mon mariage allait finir ce jour-là... mais après s'être informé de ma situation il est resté calme... il m'a demandé si mon

amour pour lui est sincère... je dis oui en pleurant... il me serra fort et me promit de me soutenir... c'était fort que moi ».

Cette peur a aggravé leur détresse et a conduit à un cycle de secret et de honte. Les participantes ont exprimé des sentiments de désespoir et ce désespoir, conduisant souvent à des problèmes de santé mentale.

Par exemple, une femme a raconté qu'elle avait dû chercher une thérapie après son diagnostic parce que le poids de ses émotions était devenu insupportable. Le fardeau émotionnel était encore intensifié par la stigmatisation à laquelle elle était confrontée, ce qui a créé un cycle de honte et de secret.

Ce thème souligne la nécessité de services de soutien et de conseil en santé mentale adaptés aux besoins des femmes vivant avec le VIH/Sida.

Les répercussions psychologiques de la stigmatisation ont été clairement illustrées dans les récits des participantes. De nombreuses femmes ont déclaré avoir souffert d'anxiété, de dépression et d'une baisse de l'estime de soi en raison de la stigmatisation.

Par exemple, une participante a fait part de ses difficultés à se sentir dévalorisée et désespérée, exacerbées par la peur de la révélation de son statut et l'isolement social qui en a résulté. Ce thème souligne le besoin urgent de services de soutien et de conseil en santé mentale adaptés aux besoins des femmes vivant avec le VIH, car l'impact psychologique de la stigmatisation peut avoir des effets considérables sur leur bien-être général.

f) Obstacles aux soins de santé

L'accès aux soins de santé est apparu comme un obstacle majeur pour de nombreuses participantes. Les femmes ont déclaré avoir été mal traitées par les prestataires de soins de santé, notamment par des retards dans les soins, un manque d'empathie et une discrimination pure et simple.

Une participante a raconté une visite dans une clinique où elle a été accueillie avec dédain par le personnel, qui lui a donné l'impression d'être un fardeau plutôt qu'une patiente. Les cas de traitement avec dédain ou de langage désobligeant étaient fréquents, ce qui a conduit à une réticence à demander l'aide médicale nécessaire. Une autre femme a décrit comment sa peur d'être jugée ou maltraitée dans les établissements de santé se traduisait souvent par des retards de traitement et des résultats médiocres pour la santé. Ce thème souligne la nécessité de former les prestataires de soins de santé aux soins compassants

et l'importance de créer des espaces sûrs pour que les femmes puissent se faire soigner sans craindre la stigmatisation.

F3. Une femme de 42 ans, graduée, employée, vit seule avec ses deux enfants raconte comment a été sa visite dans une clinique : « A l'accouchement de mon deuxième enfant, je n'ai pas trouvé la sage-femme qui me suivait...l'équipe de garde a vérifié mon code et a vérifié dans le registre ... après admission et installation...personne ne venait à mes appels...j'ai crié très fort ...un médecin est venu me consulter et voilà j'étais prête pour l'accouchement...j'ai accouché avec déchirure...au moment de suture...une sage-femme de garde voyant qu'il me faisait la suture ...dit au médecin s'il savait que je suis 1 (signifie séropositive) ?...directement il sursauta et me laissa au lit d'accouchement sans terminer la suture... j'ai eu mal...les propos reçus étaient méchants...leurs regards..., et, le lendemain...à l'arrivée de la sage-femme qui me consultait j'ai demandé de rentrer chez moi ».

3.2.2. *Thèmes retenus des prestataires prenant en charge les femmes vivant avec le VIH/Sida*

Thème 1 : Perception des prestataires sur la stigmatisation

Sous thèmes :

- Abandonner la femme ;
- Ne pas considérer la femme ;
- Mauvais traitement de la femme de façon

sporadique ou régulière

Thème 2 : Exemple vécu de la stigmatisation en milieu de soin

Sous thèmes :

- Retard des soins ;
- Traitements inappropriés ;
- Indiscrétion ;
- Sobriquet ;
- Remarques désobligeantes ;
- Harcèlement ;
- Refus de travail ;
- Négligence ;
- Evitement

Thème 3 : Causes de la stigmatisation en milieu de soins

Sous thèmes :

- Manque de connaissance/ ignorance ;
- Croyance religieuse ou morale ;
- Manque d'information sur l'éthique professionnelle ;
- Manque de confidentialité ;
- Manque de considération ;

- Mauvais accueil ;
- La responsabilité de femme infectée ;
- Le caractère mortel de la maladie ;
- La peur de la contagion

Thème 4 : Conséquences de la stigmatisation en milieu de soins

Sous thèmes :

- Refus de traitement ;
- Stress ;
- Changement ou fuite de l'hôpital ;
- Nervosité de la femme ;
- Suspension des prestataires ;
- Négligence de la prise en charge ;
- Culpabilité ;
- Perte de clientèle ;
- Perte de confiance ;
- Médisance du centre ;
- Sous-estimation ;
- Psychose ;
- Vulnérabilité des PVV
- La mort pour finir l'histoire

Thème 5 : Types de stigmatisation en milieu de soins

Sous thèmes :

- Expressions diverses ;
- Réactions sociales associées au VIH ;
- Visibilité accusatrice ;
- Auto stigmatisation ;
- L'imputation de responsabilité ;
- Le harcèlement ;
- Le dénigrement ;
- Stigmate en milieu de travail, santé, famille et communauté ;
- Stigmate rencontré ;
- Stigmate ressenti traduisant la honte associée au Sida et la crainte d'être discriminée à cause de son état ;
- Discrimination directe ;
- Discrimination indirecte ;
- Discrimination réactive ;
- Discrimination proactive ;
- Discrimination passive ;
- Réaction due au manque de connaissance sur la maladie ;
- Déni ou défense identitaire ;
- Conséquence d'une construction sociale

3.5. *Analyse des résultats*

- Les prestataires reconnaissent que la stigmatisation se manifeste par l'abandon, le retard des soins, les remarques désobligeantes et le manque de confidentialité.

- Les causes identifiées sont multiples : ignorance, croyances religieuses, peur de la contagion, insuffisance de formation en éthique.

- Les conséquences sont graves : refus de traitement, fuite des patientes, perte de confiance, voire décès.

- Les types de stigmatisation sont variés (directe, indirecte, proactive, passive, auto stigmatisation), ce qui montre que le phénomène est systémique et multiforme.

a) Perception des prestataires sur la stigmatisation

La perception des prestataires sur la stigmatisation des femmes séropositives au VIH est considérée comme abandon des femmes lors de soins, le manque de considération et le mauvais traitement de façon sporadique ou régulière subi par les prestataires, telle étaient les déclarations des prestataires.

Beaucoup ont exprimé leurs idées face aux pratiques de leurs collègues de service, en particulier lorsque ces collègues n'ont pas suffisamment de connaissance ou ne veulent pas comprendre le mode de la transmission du virus ; ils affichent une attitude anodine vis-à-vis de ces femmes, ce qui les rend les vulnérables.

Cette façon de faire mène souvent à un cycle de silence et d'isolement, car les femmes s'inquiètent des répercussions potentielles de l'insuffisance dans leur prise en charge, elles voient leur droit être bafoué par les prestataires. Un répondant (R2) a raconté son expérience d'abandonner la femme au moment du traitement de peur qu'il ne soit contaminé.

P : Une prestataire de 52 ans, sage-femme A3 travaillant au post partum, mère de quatre enfants, a décrit une situation où elle a ouvertement abandonné une femme au lit d'accouchement et a dit : « Un jour, quand mon collègue, d'une manière brusque m'a informé que j'étais en train de réaliser l'accouchement d'une femme infectée au VIH, immédiatement, j'ai quitté la salle, j'ai enlevé les gants de mes mains et allant dans la salle d'attente, ... mon attitude n'était pas bonne....; Ce qui a fait se sentir à la femme être déshumanisée et réticente à demander une aide médicale supplémentaire malgré qu'il y a eu une autre soignante qui a achevé l'accouchement ».

b) Exemple vécu de la stigmatisation en milieu de soin

La discrimination faite par le prestataire en milieu de soin peut causer la stigmatisation des femmes vivant avec le VIH/Sida. Les prestataires ont témoigné les diverses attitudes qu'ils affichent au détriment de ces

femmes durant leurs séjours en milieu de soins, telles : le Retard des soins ; les Traitements inappropriés, l'Indiscrétion ; le Sobriquet ; les Remarques désobligeantes ; le harcèlement ; le refus de travail ; la négligence ; l'évitement.

Nous avons remarqué que l'attitude des prestataires en milieu de soin est de loin celle attendue par l'humanisation de la naissance et le non-respect des normes éthiques.

P : Une prestataire de 46 ans, mère de 3 enfants, Infirmière du niveau A1 déclare ce qui suit : « il m'arrive de fois pendant mes heures de service, une fois que je suis saisie du statut de la femme séropositive, mon attitude devient changeant envers la personne, je ne me précipite pas d'après elle pour le soins au nom de ma protectionJ'indiquais son nom par un sobriquet ...ma tonalité en lui faisant des remarques n'était pas humaine... le statut de la femme était écrit « 1 » ce qui est connu de tous ».

c) Les causes de la stigmatisation en milieu de soins

Dans le milieu de soins les prestataires se sont plaint de l'insuffisance de connaissance sur l'éthique professionnelle, ce qui les pousse à ne pas humaniser les soins et la femme séropositive joue primordial dans sa prise en charge et l'auto-stigmatisation. Tels sont les propos recueillis par les prestataires sur les causes de la stigmatisation : le manque de connaissance/ ignorance ; la croyance religieuse ou morale de la femme ou du prestataire ; le manque d'information sur l'éthique professionnelle ; le manque de confidentialité par le prestataire ; le manque de considération ; le mauvais accueil ; la responsabilité de femme infectée ; la perception du caractère mortel de la maladie ; et, la peur de la contagion.

Tous ces propos contribuent au manque de l'humanisation en milieu de soins et le non-respect des normes éthiques.

P : Une prestataire de 47 ans, sage-femme du niveau A2, mère de trois enfants déclare ce qui suit : « J'ai eu le cours d'éthique, mais de fois l'application m'échappe.... C'est pour cela que la formation en cours d'emploi m'est utile sur cette matière d'éthique... vraiment... nous avons de femmes qui elles-mêmes ne prennent pas régulièrement les produits et manquent à certains rendez-vous... ce qui me pousse à me comporter durement envers elles... parce que en moi j'ai cette phobie d'être contaminée par ce virus... tu vois ».

Les prestataires doivent sans cesse pratiquer l'humanisation de soins afin de lutter contre la stigmatisation en milieu de soins.

d) Conséquences de la stigmatisation en milieu de soins

Ce manque d'humanisation dans le milieu de soins entraîne sans doute des conséquences néfastes dans le vécu de la femme séropositive vivant avec le VIH/Sida pouvant entraîner l'abandon de soins voire la mort de la femme ou l'arrêt de service du prestataire. Les conséquences suivantes ont été relevées par les prestataires : La mort pour finir l'histoire ; le Refus de traitement ; le Stress ; le Changement ou fuite de l'hôpital ; la Nervosité de la femme ; la Suspension des prestataires ; la Négligence de la prise en charge ; la Culpabilité ; la Perte de clientèle ; la Perte de confiance ; la Médisance du centre ; la Sous-estimation ; la Psychose ; et, la Vulnérabilité des PVV.

P : Une prestataire de 62 ans, sage-femme travaillant au post-partum, du niveau A3 et mère de quatre enfants déclare ce qui suit : « je sais que les comportements de nous, prestataires, fragilisent les femmes.... Qui à la longue peuvent quitter ou changer le milieu de soins, rompre sa prise en charge, décision qui peut raccourcir ses jours, d'autres en meurent...c'est troublant ces conséquences... nous devons faire de nos mieux afin de considérer ces femmes car elles ont droit au respect ».

Certes, les conséquences viennent après l'accumulation de mauvaises conduites des prestataires et des femmes, la mise en œuvre de la pratique du respect des normes éthiques doit remettre les prestataires sur le rail afin de contribuer à la réduction de la stigmatisation des femmes.

e) Les types de stigmatisation en milieu de soins

Dans le milieu de soins les prestataires font la discrimination dans la pratique et les femmes en sont stigmatisées, et ces attitudes ne favorisent pas l'humanisation de soins et ne valorisent pas la profession. Durant l'enquête, nous avons, à partir de l'entretien avec l'échantillon classé les types de stigmatisation selon les vécus de prestataires. Tels : les expressions diverses ; les réactions sociales associées au VIH ; la visibilité accusatrice ; la Stigmate en milieu de travail, santé, famille et communauté ; la Réaction due au manque de connaissance sur la maladie ; le déni ou défense identitaire ; la conséquence d'une construction sociale ; la discrimination directe ; la discrimination indirecte ; la discrimination réactive ; la discrimination proactive ; la discrimination passive ; l'auto stigmatisation ; L'imputation de responsabilité ;

Le harcèlement ; Le dénigrement ; le stigmate rencontré ; et, le stigmate ressenti traduisant la honte associée au Sida et la crainte d'être discriminée à cause de son état.

P : une prestataire de gynécologie âgée de 49 ans, du niveau A1 mère de quatre enfants a fait le récits de son vécu en milieu de soins : « De nos comportements comme prestataires, et en voyant les femmes qui subissent la discrimination des prestataires, nous avons tendance à juger ces femmes, à les culpabiliser davantage sur leur situation déjà lourde dans la communauté, elles vivent la honte surtout quand les symptômes de la maladie sont visibles, nos langages, et l'auto-stigmatisation d'elles-mêmes les femmes font défaut dans la prise en charge ».

Ce thème souligne le besoin urgent de services de soutien, le respect des normes éthiques et de conseil en santé adaptés aux besoins des femmes vivant avec le VIH, car l'impact psychologique de la stigmatisation peut avoir des effets considérables sur leur bien-être général de la femme séropositive.

4. Discussion

Les différents types de stigmatisation retenus sont : la discrimination, la peur et honte, l'insuffisance de connaissances et de compréhension sur le VIH, le fardeau du secret et l'impact émotionnel et psychologique ; et l'obstacle aux soins de santé.

Ce sont ces types de stigmatisations que ces femmes séropositives au VIH font face au sein de quatre hôpitaux retenus pour l'étude ainsi que les perceptions de la stigmatisation, ces causes et conséquences par les prestataires.

4.1. De la discrimination

C'est un thème omniprésent dans les entretiens, c'est la stigmatisation associée à la séropositivité. Les participantes ont raconté avoir été jugées, isolées et maltraitées dans les établissements de santé. Notre étude joint les résultats de ces auteurs, selon lesquels il est stipulé que, par expérience hospitalière, nous entendons les connaissances acquises par les femmes au contact de l'hôpital et de professionnels de santé, par leur usage fréquent des formations sanitaires. Cette expérience leur permet de construire leur circuit thérapeutique au sein de l'hôpital et de juger de l'opportunité ou non du respect des normes organisationnelles officielles en vigueur dans les hôpitaux (Kouakam, 2017).

Il renchérit pour dire que les femmes quant à elles doivent composer avec leur environnement familial et social pour espérer un soutien (Loubière et al., 2010).

En même temps, la crainte que les personnes qui leur apportent un soutien relationnel et financier puissent divulguer des informations relatives à leur séropositivité peut conduire des femmes à vivre avec leur secret malgré la normalisation du corps que favorise l'accès aux ARV (Ouattara et al., 2011).

Dans un contexte où l'infection à VIH est stigmatisée, et le secret médical peu garanti, les femmes suivies préfèrent qu'une seule soignante soit au courant de leur secret. Ce point focal aura pour tâche la cristallisation des attentes et des espoirs des femmes qui le rencontrent lors des consultations de routine dans la mesure où elles s'y rendent en général toutes seules. Le comportement des femmes séropositives peut changer au cours de la même grossesse, ou d'une grossesse à l'autre en raison des relations qu'elles entretiennent avec le personnel de santé, de leur adhésion à une association de PVVIH et des informations reçues.

L'adhésion ou la non-adhésion des femmes au discours du personnel de santé est donc dynamique. Ces différentes expériences singulières mettent en évidence l'importance de la qualité de la relation que le soignant développe avec la patiente. Lorsque cette dernière développe une relation de confiance avec son soignant, elle est observante et devient fidèle à un seul soignant, d'où la relation exclusive que développent les patientes avec leurs soignants au détriment d'une approche de santé publique qui tend à relier un soignant à un patient indépendamment de l'histoire de leur relation thérapeutique.

Cette dernière est importante pour l'observance des traitements au regard des expériences partagées par nos informatrices. Dans les hôpitaux le risque d'être rudoyé par le personnel de santé est important (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), les patientes préfèrent se rapprocher des mentors partageant leur statut sérologique. Ces derniers sont crédités d'une empathie.

Une mentore, membre d'une association de PVVIH et travaillant dans l'un des hôpitaux déclare : « Quand une personne infectée témoigne devant une autre personne infectée, il y a plus de chance que cette dernière accepte son statut de séropositif et tout ce qu'on lui demande de faire » Si certaines femmes sont en confiance, d'autres sont plutôt dans la suspicion, on peut aussi constater le trouble de la femme séropositive lorsqu'elle est suivie par plusieurs personnes et reçoit des informations différentes.

Dans un contexte où le carnet de santé peut être vu et lu par une tierce personne, les informations qui y sont notées ne sont plus confidentielles.

Les femmes sont dans une routine relationnelle avec leurs soignants. Elles partagent leur secret avec seulement certains professionnels de santé et souhaitent qu'il en soit ainsi. Selon leur expérience, le principe du secret médical est peu appliqué par les soignants. D'où le peu de crédibilité qu'elles accordent à la rhétorique officielle sur le secret de la sérologie.

Quant à la peur et honte, la peur d'être découverte et la honte associée à leur statut sont apparues comme des fardeaux émotionnels importants pour les femmes. Beaucoup ont exprimé leur anxiété face aux réactions de leur partenaire, en particulier lorsque leur statut VIH était révélé sans leur consentement. En somme, notre étude confirme l'idée de l'auteur qui a dit que l'intériorisation d'une fragilité (inscrite sur la sexualité, le pouvoir, le genre) existe dans les milieux associatifs. Il paraît important d'insister ici sur le fait que les conséquences sociales de la connaissance de la sérologie positive, en temps de maladie et hors d'une situation de maladie, ne semblent pas analogues (Ouattara 2002).

Quand l'entourage vient à apprendre la séropositivité d'une personne alors qu'elle est malade, la honte ou la peur est dit-on plus grande. Dans ce cas, tout se passe comme s'il s'agissait d'un échec : « les gens perdent espoir » ; certains visiteurs viennent aussi par curiosité pour constater les conséquences physiologiques du SIDA. À cause de la honte qu'entraîne leur apparence, certains malades du SIDA sont éloignés du regard des autres : « Les autres vont rire ! ».

La honte consécutive à la découverte du statut séropositif est régie par un travail de communication (directe et indirecte) qui participe à la dégradation sociale d'un individu. Les sphères associatives n'y échappent guère.

En ce qui est l'insuffisance de connaissances et de compréhension sur le VIH, notre étude est en divergence à celle de Pierret qui affirme que si certaines femmes sont en confiance, d'autres sont plutôt dans la suspicion. On peut aussi constater le trouble de la femme séropositive lorsqu'elle est suivie par plusieurs personnes et reçoit des informations différentes. Pour certaines femmes, la découverte de leur séropositivité représente un malheur

supplémentaire, dans une vie déjà peu stable et « chaotique » (Pierret, 2008).

Du fait de leur maladie, elles sont abattues et craignent plus que jamais la honte et le rejet des autres. La vie à ce moment devient une fatalité. Cette réaction serait due à la méconnaissance de la maladie ou au manque d'informations justes sur les traitements, la prévention de la transmission mère-enfant. Selon leur expérience, le principe du secret médical est peu appliqué par les soignants. D'où le peu de crédibilité qu'elles accordent à la rhétorique officielle sur le secret de la sérologie.

Parlant de la résilience et stratégies d'adaptation, malgré les défis auxquels elles sont confrontées, de nombreuses femmes ont fait preuve d'une résilience remarquable. Elles ont fait part de diverses stratégies d'adaptation, comme rechercher le soutien de leurs pairs, jouer un rôle de mentor et se concentrer sur le bien-être de leurs enfants comme sources de force.

Cette dernière est importante pour l'observance des traitements au regard des expériences partagées par nos informatrices. Dans les hôpitaux, le risque d'être rudoyé par le personnel de santé est important (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003), les patientes préfèrent se rapprocher des mentors partageant leur statut sérologique. Ces derniers sont crédités d'une empathie qui les aide à accepter leurs situations.

Le cas de fardeau du secret et de la peur, un autre thème important est le fardeau psychologique associé au secret concernant son statut VIH. Des participants comme R2 ont exprimé le besoin de cacher leur statut aux membres de leur famille pour éviter la détresse psychologique. Ce secret conduit souvent à l'isolement et au manque de soutien, ce qui exacerbe les sentiments de la solitude et de la peur. La peur d'être découverte et la honte associée à leur statut sont apparues comme des fardeaux émotionnels importants pour les femmes. Beaucoup ont exprimé leur anxiété face aux réactions de leur partenaire, en particulier lorsque leur statut VIH était révélé sans leur consentement. Notre étude appuie l'idée de l'auteur selon laquelle, l'intériorisation d'une fragilité (inscrite sur la sexualité, le pouvoir, le genre) existe dans les milieux associatifs. Il paraît important d'insister ici sur le fait que les conséquences sociales de la connaissance de la sérologie positive, en temps de maladie et hors d'une situation de maladie, ne semblent pas analogues.

Quand l'entourage vient à apprendre la séropositivité d'une personne alors qu'elle est malade, la honte ou la peur est dit-on plus grande (Ouattara, 2002).

4.2. De la perception des prestataires sur la stigmatisation

Nous appuyons l'étude des auteurs, selon laquelle, la perception de la stigmatisation et son impact sur les prestataires de soins de santé est un sujet complexe et multi facette. Lorsqu'on parle de stigmatisation, cela fait souvent référence à des jugements sociaux négatifs qui peuvent affecter les individus en raison de caractéristiques spécifiques (Link & Phelan, 2001).

Pour les prestataires de soins de santé, la stigmatisation peut se manifester à plusieurs niveaux : Stigmatisation interne où les prestataires eux-mêmes peuvent être influencés par des stéréotypes sociaux ou des biais implicites qui affectent la manière dont ils traitent certaines femmes vivant avec le VIH. Par exemple, un prestataire peut avoir des préjugés à l'égard d'une femme avec le VIH en raison de son statut socio-économique ou de son comportement, ce qui peut entraîner une qualité de soin inégale.

La stigmatisation externe : Les femmes vivant avec le VIH, en raison de leur statut ou de leurs conditions de santé, peuvent percevoir ou être confrontés à la stigmatisation de la part des prestataires eux-mêmes. Cela peut être plus difficile pour ces femmes de rechercher des soins ou de suivre un traitement, car elles peuvent se sentir jugées ou maltraitées.

Les répercussions sur la relation soignant-soignée : La stigmatisation peut nuire à la confiance entre la femme vivant avec VIH et le professionnel de santé. Une femme vivant avec le VIH stigmatisée pourrait se sentir moins enclin à discuter ouvertement de ses symptômes, ce qui pourrait nuire à la qualité du diagnostic et du traitement.

Les prestataires de soins de santé sont formés pour gérer ces dynamiques, mais la stigmatisation reste un défi constant. Il est donc crucial de promouvoir la formation en matière de compétences culturelles et de sensibilisation à la stigmatisation pour réduire l'impact négatif de ces perceptions, tant sur les prestataires que sur les femmes vivant avec le VIH.

4.3. Vécu de la stigmatisation en milieu de soin

La stigmatisation dans le milieu de soin est un phénomène qui peut avoir des conséquences négatives sur les femmes vivant avec VIH. Les personnes stigmatisées peuvent se sentir rejetées, jugées ou dévalorisées, ce qui peut entraîner un sentiment d'isolement et, parfois, un retard dans la recherche de soins. Notre étude va de même sens que cet auteur qui dit que la stigmatisation peut aussi impacter la qualité

des soins reçus, car les soignants peuvent, sans le vouloir, porter des jugements qui influencent leur pratique (Corrigan & Watson 2002).

Le vécu de la stigmatisation peut également affecter la relation de confiance entre la femme vivant avec VIH et le professionnel de santé. Quand une femme vivant avec VIH perçoit une attitude négative ou discriminatoire de la part des soignants, cela peut rendre l'expérience de soin encore plus difficile et décourageante. Elle peut aussi se retirer des soins ou ne pas suivre les traitements prescrits, ce qui aggrave la situation.

Sur le plan des soins eux-mêmes, la stigmatisation peut également nuire à une prise en charge globale et humaine, en réduisant l'efficacité des traitements et en exacerbant les sentiments de honte ou de culpabilité chez la femme vivant avec VIH.

Il existe cependant des initiatives pour lutter contre la stigmatisation dans le milieu médical, comme des formations pour sensibiliser les professionnels de santé à ce problème et les aider à adopter une approche plus inclusive et empathique. Les femmes vivant avec VIH, de leur côté, peuvent également participer à des mouvements de sensibilisation pour dénoncer cette stigmatisation et militer pour des soins plus équitables.

4.4. De causes de la stigmatisation en milieu de soin

Notre étude renforce les résultats de l'étude de Goffman selon lesquels la stigmatisation dans le milieu de soin est un phénomène complexe qui peut être influencé par plusieurs facteurs, tant individuels que structurels. Voici quelques causes principales : L'ignorance et manque de formation : Les professionnels de santé peuvent manquer d'informations adéquates sur certaines conditions de santé, en particulier les infections chroniques (comme le VIH), ou d'autres affections moins visibles. Cela peut mener à des jugements erronés ou des préjugés envers les femmes vivant avec le VIH ;

Les normes sociales et culturelles : Certaines cultures ou sociétés ont des attentes spécifiques concernant la santé, le comportement et l'apparence des individus ;

La culpabilité et moralisation : Dans certains cas, les femmes vivant avec le VIH peuvent être stigmatisées en raison de l'origine de leur maladie (par exemple, en cas de maladie sexuellement transmissible). Cela peut amener à les voir comme responsables de leur propre situation, ce qui nourrit la stigmatisation ;

Les peurs et préjugés personnels des soignants : Certains professionnels de santé peuvent avoir des stéréotypes ou des peurs personnelles face à certaines conditions de santé, comme les maladies infectieuses ou VIH, ce qui peut influencer leur attitude et comportement envers les femmes vivant avec le VIH ;

Le manque de temps et d'écoute : Dans un environnement de soins où les ressources sont limitées, les soignants peuvent ne pas toujours avoir le temps d'interagir pleinement avec chaque femme vivant avec le VIH. Cela peut mener à une approche plus impersonnelle et à un traitement de type "cas" plutôt que de "personne", favorisant ainsi la stigmatisation ;

Les discours de médicalisation et déshumanisation : Parfois, les professionnels de santé peuvent parler des femmes vivant avec le VIH en termes strictement médicaux ou techniques, en oubliant de considérer la personne dans sa globalité. Cela peut conduire à une déshumanisation des femmes vivant avec le VIH, le réduisant à sa maladie plutôt qu'à son identité entière (Goffman, 1963).

Les inégalités d'accès aux soins : Les inégalités socio-économiques, ethniques ou géographiques peuvent également jouer un rôle dans la stigmatisation. Les femmes vivant avec le VIH issues de milieux défavorisés, par exemple, peuvent être davantage stigmatisées, notamment dans des contextes où l'accès aux soins est limité ou inégal.

En somme, la stigmatisation dans le milieu de soin provient souvent d'une combinaison de facteurs personnels, sociaux et organisationnels. Il est essentiel de promouvoir la formation continue, la sensibilisation à la diversité, et une approche plus humaine et inclusive des soins pour lutter contre ces stéréotypes.

4.5. De la conséquence de la stigmatisation en milieu de soin

Notre étude confirme l'idée selon laquelle la stigmatisation dans le milieu de soin peut avoir des conséquences graves, tant pour les femmes vivant avec le VIH que pour les professionnels de santé. Voici quelques-unes des conséquences principales : la détérioration de la confiance entre femmes vivant avec le VIH et soignants ; la stigmatisation peut créer une rupture de confiance, un des piliers fondamentaux de la relation soignant-soigné. Si une femme vivant avec le VIH se sent jugée ou mal comprise en raison de sa condition, elle pourrait hésiter à demander de l'aide ou

à suivre le traitement recommandé (Corrigan & Watson, 2002).

Le retard dans le recours aux soins : les femmes vivant avec le VIH stigmatisées peuvent éviter de consulter un professionnel de santé par peur d'être jugées, d'être maltraitées ou de subir une discrimination. Cela peut entraîner un retard dans le diagnostic et le traitement, aggravant ainsi leur état de santé ;

La détérioration de l'estime de soi : les femmes vivant avec le VIH stigmatisées peuvent souffrir de honte et d'une baisse significative de leur estime de soi. Cette souffrance psychologique peut interférer avec leur processus de guérison, en particulier dans des contextes de maladies chroniques telle le VIH/Sida ; la non-adhésion au traitement ; le risque accru de complications médicales et l'impact sur la santé mentale des soignants ;

Les professionnels de santé confrontés à des situations de stigmatisation peuvent développer des biais implicites ou des attitudes négatives, ce qui peut influencer leur façon d'interagir avec les femmes vivant avec le VIH. Cela peut entraîner un stress émotionnel et une usure professionnelle, ce qui nuit à la qualité des soins prodigués ;

Les cercles vicieux de marginalisation : les femmes vivant avec le VIH stigmatisées peuvent se retrouver dans un cycle de marginalisation, où elles évitent systématiquement les soins médicaux et se retrouvent dans des situations de santé de plus en plus précaires. Cela peut également les exclure de certaines sphères sociales et professionnelles, réduisant encore leur bien-être global ;

Les barrières à la prévention et à la sensibilisation : la stigmatisation peut interférer avec les initiatives de santé publique, comme les campagnes de prévention ou les efforts de sensibilisation sur certaines maladies (par exemple, le VIH). La peur du jugement ou de la discrimination peut empêcher les femmes à risque de ne pas se protéger ou de se faire dépister ;

L'impact sur les relations interpersonnelles : la stigmatisation peut également se manifester dans les relations interpersonnelles. Les femmes vivant avec le VIH peuvent se retrouver isolées, avec des liens sociaux fragilisés, ce qui peut aggraver leurs difficultés émotionnelles et physiques.

Les répercussions sociales et économiques : la stigmatisation peut entraîner une exclusion sociale et des discriminations professionnelles, entraînant des pertes d'emploi, des difficultés économiques et un accès limité à des ressources sociales et de soutien.

En somme, la stigmatisation dans le milieu de soin peut avoir des conséquences dévastatrices, non seulement pour la santé physique et mentale des femmes vivant avec le VIH, mais aussi pour l'efficacité du système de santé dans son ensemble. La réduction de la stigmatisation passe par la formation des professionnels de santé, la promotion de l'empathie et la création de structures de soin inclusives et bienveillantes.

4.6. Types de stigmatisation en milieu de soin

Nous confirmons l'idée de cet auteur selon laquelle, la stigmatisation en milieu de soin peut se manifester sous différentes formes et affecter les femmes vivant avec le VIH de manière significative. Voici quelques types de stigmatisation courants dans ce contexte (Corrigan, 2016) :

La stigmatisation sociale : Cela concerne les jugements négatifs ou les préjugés à l'égard des femmes vivant avec le VIH en raison de leur statut social, de leur origine, de leur appartenance ethnique, ou encore de leur orientation sexuelle ;

La stigmatisation liée à la maladie : Certaines conditions médicales, notamment les infections transmissibles (comme le VIH), sont souvent stigmatisées. Les femmes vivant avec le VIH peuvent être perçues comme "différentes" ou "dangereuses", ce qui entraîne des comportements discriminatoires ou un manque d'empathie de la part du personnel soignant.

La stigmatisation liée à l'apparence physique : Les femmes vivant avec le VIH peuvent être stigmatisées en raison de leur apparence physique, que ce soit des cicatrices, des handicaps visibles ou des caractéristiques corporelles particulières. Cela peut entraîner une mauvaise prise en charge ou un sentiment d'exclusion.

La stigmatisation psychologique : Lorsque les professionnels de la santé portent des jugements négatifs sur les femmes vivant avec le VIH en raison de symptômes liés à des troubles mentaux, cela peut entraîner une sous-estimation de la gravité de la situation ou un traitement inapproprié ;

La stigmatisation économique : Les femmes vivant avec le VIH issues de milieux économiquement défavorisés peuvent être stigmatisées par des préjugés liés à leur situation financière, leur accès aux soins ou leur capacité à payer. Cela peut entraîner des inégalités dans la qualité des soins reçus ;

La stigmatisation due à la dépendance à la déshumanisation en milieu de soin : Les femmes séropositives au VIH souffrant de dépendance à des

substances peuvent être perçues négativement, souvent comme étant responsables de leur propre situation, ce qui peut conduire à une négligence ou à une hostilité de la part des soignants ;

La stigmatisation liée au sexe ou au genre : Les femmes vivant avec le VIH peuvent être stigmatisées en fonction de leur sexe, de leur identité de genre ou de leur expression de genre.

Cette stigmatisation peut avoir des conséquences graves sur la santé mentale et physique des femmes vivant avec le VIH, affectant leur bien-être, leur accès aux soins et leur confiance envers les professionnels de santé. Il est donc crucial de lutter contre la stigmatisation en milieu de soin en sensibilisant les soignants, en adoptant des pratiques inclusives et en veillant à offrir un environnement de soin respectueux et équitable.

4.7. Validité des résultats / méthode

La validité des résultats repose sur une approche qualitative fondée sur des entretiens, en s'appuyant sur la triangulation des données et la diversité des profils. De plus, il est important de prendre en compte la gestion des biais de désirabilité sociale et de sélection.

4.8. Limite de l'étude

Cette recherche présente certaines limites qu'il convient de souligner. Premièrement, l'étude a été menée uniquement dans quatre hôpitaux de Kinshasa, ce qui restreint la portée des résultats et ne permet pas de généraliser les conclusions à l'ensemble du pays. Deuxièmement, les données recueillies reposent sur les déclarations des participantes et des prestataires, ce qui implique une dimension subjective. Toutefois, cette subjectivité constitue également une richesse, car elle permet de mieux comprendre les perceptions, les expériences vécues et les représentations sociales liées à la stigmatisation dans les milieux de soins. Ces limites invitent à la prudence dans l'interprétation des résultats, tout en soulignant la pertinence de l'approche qualitative pour saisir la complexité des phénomènes étudiés.

4.9. Lien explicite avec les ODD

L'étude se concentre principalement sur l'ODD 3 (Bonne santé et bien-être) et l'ODD 5 (Égalité entre les sexes), car la stigmatisation a un impact particulièrement fort sur les femmes. En outre, la lutte contre la stigmatisation contribue directement à l'atteinte de ces objectifs. En effet, la stigmatisation

limite l'accès aux soins et renforce les inégalités de genre.

5. Conclusion

Les résultats de cette étude nous poussent à conclure que ces différents types de stigmatisations vécues par les femmes peuvent entraîner les conséquences néfastes en milieu de soin. Cette étude visait à contribuer à la baisse de la mortalité maternelle en luttant contre la stigmatisation des femmes séropositives au VIH/Sida dans les milieux de soin de Kinshasa ; par l'analyse des types de stigmatisation vécue par les femmes vivant avec le VIH/Sida et ceux de prestataires; et en donnant la signification de types de stigmatisation vécue par les femmes séropositives au VIH/Sida et de perceptions des prestataires.

Les conséquences de la stigmatisation vont au-delà des expériences individuelles, affectant les relations et les résultats généraux en matière de santé. Les participants ont raconté des cas de ruptures de relations, d'abandon et même de risques de problèmes de santé maternelle et néonatale dus à la stigmatisation. La dissolution de son mariage oblige à affronter les défis de la monoparentalité tout en luttant contre le jugement de la société. Les implications sociétales plus larges de la stigmatisation, soulignant la nécessité de stratégies globales qui s'attaquent à la fois aux facteurs individuels et systémiques contribuant à la marginalisation des femmes vivant avec le VIH.

Les informations recueillies lors de ces entretiens révèlent l'interaction complexe entre la stigmatisation, l'autonomisation et les expériences de soins de santé pour les femmes vivant avec le VIH/Sida. La résolution de ces problèmes nécessite une approche multidimensionnelle qui comprend l'éducation, les pratiques éthiques de soins de santé, le soutien psychologique et l'engagement communautaire. En favorisant un environnement de compréhension et de respect, il est possible d'atténuer la stigmatisation associée au VIH/Sida et d'améliorer la qualité de vie des personnes touchées.

Enfin, l'analyse révèle les conséquences profondes de la stigmatisation sur la santé mentale et physique des individus. Les participants ont décrit des expériences d'abandon, des ruptures relationnelles et une détresse psychologique comme des conséquences directes de la stigmatisation. L'observation des répondants (R3, 6, 7&10 selon laquelle la stigmatisation peut entraîner une baisse de l'estime de

soi et une négligence des soins de santé souligne le besoin urgent d'interventions qui s'attaquent à la stigmatisation aux niveaux individuel et systémique. Le poids émotionnel de la stigmatisation peut se manifester de diverses manières, notamment par la dépression et l'anxiété, ce qui complique encore davantage la vie des femmes vivant avec le VIH/Sida. Ce thème souligne le besoin crucial de systèmes de soutien complets qui répondent aux besoins de santé psychologique et physique de ces personnes. Partant de tout ce qui précède, nous remarquons que ces éléments constituent un obstacle dans la bonne prise en charge des femmes séropositives au VIH dans nos milieux de soins, et la mise en œuvre du respect des normes éthiques et de droits des femmes sont des solutions que nous proposons et constituent l'apport scientifique de cette étude.

Les perspectives pour les études futures suggèrent que des recherches complémentaires devraient élargir l'échantillon à d'autres provinces de la RDC ou comparer les perceptions entre zones urbaines et rurales et mentionnent aussi l'intérêt d'études quantitatives pour mesurer l'ampleur de la stigmatisation et ses impacts sur l'adhésion aux traitements.

Cette étude, limitée à quatre hôpitaux de Kinshasa, ne permet pas une généralisation nationale. Il serait pertinent que des recherches complémentaires élargissent l'échantillon à d'autres provinces de la République Démocratique du Congo, afin de mieux saisir la diversité des contextes. Une comparaison entre zones urbaines et rurales offrirait également des éclairages utiles sur les différences de perceptions et de pratiques liées à la stigmatisation. Par ailleurs, l'intégration d'approches quantitatives permettrait de mesurer l'ampleur des phénomènes observés et de renforcer la robustesse des conclusions.

Remerciements

Les auteurs tiennent à exprimer leur profonde gratitude à la Directrice de recherche, le Professeur Ordinaire Marie cliaie Omanyondo Ohambe, pour ses conseils avisés et son soutien constant.

Nous remercions également le technicien pour son assistance technique sur la plate-forme de sciences de la santé, particulièrement à l'équipe médical et informatique du service PTME de ces quatre structures pour leur aide dans l'extraction et l'analyse des données de suivi des femmes séropositives au VIH/Sida.

Nous remercions également le PNLS (programme national de lutte contre le Sida), PNMLS

(programme national multisectoriel de lutte contre le Sida) pour la mise à disposition des outils de travail dans ces structures.

Financement

Cette étude a été soutenue par les ressources internes ou personnelles, sans financement extérieur

Conflit d'Intérêt

Les auteurs déclarent qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt concernant la réalisation de cette recherche.

Considérations Ethiques

Avant la réalisation de cette étude, l'autorisation du Comité de Bioéthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) a été sollicitée. Cette dernière à travers sa décision N° 0035/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2023 du 29 Novembre 2023 a émis un avis favorable. Par la suite, les autorités de chaque site retenu pour la recherche ont été préalablement informées avant le démarrage effectif de l'étude. Tout(e) participant(e) était informé(e) et était libre d'interrompre l'entretien, ce qui équivalait à un retrait de consentement. Les données brutes ont été stockées anonymement, non seulement pour en assurer une bonne gestion, mais aussi et surtout pour des raisons éthiques.

Contribution des Auteurs

E.A et M.C : ont conçu l'étude, développé le modèle conceptuel, analysé les données, contribué à la collecte des données et rédaction de la première version du manuscrit.

V.M et F.M : ont développé le modèle conceptuel et participé à l'analyse des données.

V.B et L.N: ont collecté les données sur terrain.
: Collecte des données sur terrain.

Tous les auteurs ont fait la révision critique du manuscrit et ont approuvé la version finale destinée à la publication.

ORCID des Auteurs

Awenze E : <https://orcid.org/0009-0004-0531-1331>

Omanyondo M.-C: <https://orcid.org/0009-0006-0463-6657>;

Basuaba M.F: <https://orcid.org/0009-0008-1102-4063>

Mbadu V : <https://orcid.org/0009-0001-7889-3342>

Balua V : <https://orcid.org.:0009-0008-8006-590X>

Références bibliographiques

- Awenze, M. E. (2023). Expérience de la procréation chez les gestantes séropositives admises au Centre hospitalier de Vijana. *International Journal of Progressive Sciences and Technologies*, 37(2), 39–45.
- Béland, S., & Godbout, N. (2016). *Stigmatisation et soins en santé mentale : Comprendre pour intervenir*. Les Presses de l'Université de Montréal. Centre régional d'information et de prévention du sida. (2016). [Titre du document à compléter].
- Corrigan, P. W., & Shrofi, S. (2016). Stigma and mental illness: A review of the literature. *Journal of Social Issues*, 72(1), 33–57.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002a). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 35–53.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2002b). The stigma of serious mental illness. *Social Psychology Quarterly*, 65(2), 139–154.
- Cyrułnik, B. (2001). *Un merveilleux malheur*. Odile Jacob.
- Efron, B., & Ravid, D. (2017). A capability approach to human well-being: Analyzing the role of education and other domains. *Journal of Human Development and Capabilities*, 18(4), 541–560.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Prentice-Hall.
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Le VIH et la stigmatisation : La question du VIH dans les sociétés africaines*. Éditions Karthala.
- Kouakam, E. (2017). VIH et stigmatisation. *Revue de Santé Publique*, 29(4), 123–134. <https://doi.org/10>
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363–385.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2006). Stigma and its public health implications. *The Lancet*, 367(9509), 528–529.
- Loubière, S., Aulagnier, M. M., Juillet-Amari, A., Mbala, J., Scocpa, A., & Vidal, L. (2011). *Vivre avec la tuberculose et le VIH : Une enquête quantitative auprès de patients pris en charge au Cameroun*. Bruylant-Academia.
- Nations Unies. (n.d.). *Objectifs de développement durable*. <https://sdgs.un.org/goals>
- Nations Unies. (n.d.). *Rapports des Nations Unies sur le VIH et les objectifs de développement durable*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- Organisation des Nations Unies. (2018). *Les objectifs de développement durable et la lutte contre le VIH et le sida*. ONUSIDA. <https://www.unaids.org/fr/resources/documents/2018/unaids-cosd-report>
- Othoman, M. (2011). *Lutte contre la stigmatisation et les discriminations : Des discours à la réalité*. ALCS Marrakech.
- Ouattara, N. (2002). *Une analyse de la situation politique et de la santé publique : Une guerre civile, et enjeu important sur la question du VIH en lien avec des questions de stigmatisation sociale et culturelle*. Éditions Karthala.
- Pierret, M. (2008). *Entre santé et expérience de la maladie : Sociologie des malades et des soignants*. La Découverte.
- Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. (n.d.). ONUSIDA. <https://www.unaids.org/fr>
- Programme National de Lutte contre le Sida. (2013). *Rapport annuel ou documents de politique publique*. [https://www.bing.com/search?q=21.+Programme+National+de+Lutte+contre+le+Sida.+\(2013\)](https://www.bing.com/search?q=21.+Programme+National+de+Lutte+contre+le+Sida.+(2013))
- Robeyns, I. (2005). The capability approach: A theoretical survey. *Journal of Human Development*, 6(1), 93–114. <https://doi.org/10.1080/146498805200034266>
- Robeyns, I. (2006). The capability approach in practice. *Journal of Political Philosophy*, 14(3), 351–376. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9760.2006.00263.x>
- Robeyns, I. (2017). *Wellbeing, freedom and social justice: The capability approach re-examined*. Open Book Publishers.
- Sen, A. (1985). *Commodities and capabilities*. North-Holland.
- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Alfred A. Knopf.
- United Nations General Assembly. (2001). *Déclaration politique sur le VIH/Sida (A/RES/S-26/2)*. United Nations. <https://undocs.org/A/RES/S-26/2>