



HAL
open science

Trajectoires reproductives et significations de la maternité chez des femmes vivant avec le VIH en Guadeloupe et en Martinique

Dolores Pourette

► **To cite this version:**

Dolores Pourette. Trajectoires reproductives et significations de la maternité chez des femmes vivant avec le VIH en Guadeloupe et en Martinique. *Sciences Sociales et Santé*, 2011, 34 (2), pp.81-105. 10.3917/sss.292.0083 . hal-01938328

HAL Id: hal-01938328

<https://hal.science/hal-01938328>

Submitted on 17 Jun 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

TRAJECTOIRES REPRODUCTIVES ET SIGNIFICATIONS DE LA MATERNITÉ CHEZ DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH EN GUADELOUPE ET EN MARTINIQUE

Dolorès Pourette

John Libbey Eurotext | « Sciences sociales et santé »

2011/2 Vol. 29 | pages 83 à 107

ISSN 0294-0337

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2011-2-page-83.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Trajectoires reproductives et significations de la maternité chez des femmes vivant avec le VIH en Guadeloupe et en Martinique

Dolorès Pourette*

Résumé. Les femmes vivant avec le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) en Guadeloupe et en Martinique débutent le plus souvent leurs grossesses sans demander conseil à leur médecin et sans bénéficier de l'accompagnement médical de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Elles présentent leurs grossesses comme des grossesses « accidentelles ». L'analyse de 22 entretiens biographiques de femmes vivant avec le VIH permet d'identifier trois types de trajectoires ayant abouti à des grossesses dites « accidentelles » ou non programmées. Ces trajectoires renvoient à des significations différentes de la maternité pour les femmes concernées : une maternité autorisée et s'inscrivant dans des projets d'avenir jusqu'alors compromis par le diagnostic de l'infection à VIH, une maternité valorisante pour des femmes ne pouvant s'investir dans un autre rôle positif et une maternité « ressource » dans un espace migratoire peu accueillant.

Mots-clés : *grossesse, maternité, VIH, Guadeloupe, Martinique, PTME.*

* Dolorès Pourette, anthropologue, CEPED (Centre Population et Développement) UMR 196 Université Paris-Descartes-INED-IRD, 19, rue Jacob, 75006 Paris, France ; dolores.pourette@ird.fr

Les avancées médicales réalisées au cours des quinze dernières années dans le traitement du VIH et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant ont offert aux femmes vivant avec le VIH de nouvelles perspectives en matière de procréation. Le risque qu'une femme séropositive sous traitement antirétroviral donne naissance à un enfant infecté est désormais inférieur à 2 % (Yeni, 2010). L'accessibilité des traitements et la diffusion des informations sur la réduction du risque de transmission verticale du virus ont progressivement modifié les perceptions du risque de transmission ainsi que les attitudes face à la procréation (Desclaux et Cadart, 2008 ; Sow et Desclaux, 2011).

Du point de vue de l'accès aux traitements antirétroviraux et de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, la Martinique et la Guadeloupe bénéficient d'une situation exceptionnelle au sein de la Caraïbe (1). À la différence de ce que l'on observe dans les pays alentour, les soignants disposent des traitements pour traiter les patients et pour réduire le risque de transmission verticale du virus (2). Cependant, les femmes vivant avec le VIH débutent le plus souvent leurs grossesses sans informer leur médecin et sans bénéficier de l'accompagnement médical de la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), et décrivent ces grossesses comme des grossesses « accidentelles ». L'objectif de cet article est d'analyser les trajectoires individuelles pouvant mener à une grossesse dite « accidentelle ».

La Guadeloupe et la Martinique sont situées dans la Caraïbe, deuxième zone au monde la plus touchée par l'épidémie de VIH après l'Afrique subsaharienne, et elles font partie des départements français qui concentrent le plus grand nombre de personnes atteintes (3). Le mode de

(1) La situation est différente en Guyane : si, officiellement, les antirétroviraux sont disponibles, les difficultés d'accès aux soins, l'étendue du territoire et les difficultés de communication entre les patientes et les soignants rendent difficiles le suivi de la grossesse et la prévention de la transmission de la mère à l'enfant (Carde et Pourette, 2010, 2011). Par ailleurs, des ruptures d'approvisionnement en antirétroviraux ont été observées en Martinique en 2010.

(2) Les femmes sont traitées par antirétroviral pendant la grossesse pour réduire le risque de transmission materno-fœtale, et elles reçoivent une perfusion d'AZT pendant l'accouchement. Un traitement antirétroviral est administré sous forme de sirop toutes les 6 heures pendant 6 semaines aux enfants nés de mère VIH+ (Yeni, 2010).

(3) En Martinique et en Guadeloupe, les taux de découverte de séropositivité sont respectivement de 183 et 418 par million d'habitants en 2009, alors qu'ils s'échelonnent de 28 à 102 par million d'habitants dans les autres départements français, hormis en Île-de-France (263) et en Guyane (1 378) (Cazein *et al.*, 2010).

transmission du virus, majoritairement hétérosexuel depuis les débuts de l'épidémie, contribue à la forte exposition des femmes au VIH. Dans ces départements, près d'une personne infectée sur deux est une femme.

Les choix reproductifs des personnes vivant avec le virus dans ces départements sont peu documentés. Des études menées auprès de femmes vivant avec le VIH dans les sociétés où les normes sociales dominantes accordent une place importante à la maternité et à la reproduction montrent qu'une part élevée d'entre elles souhaitent être mères. Des recherches réalisées dans des pays d'Afrique (Allen *et al.*, 1993 ; Desgrées du Loû, 2000, 2005 ; Keogh *et al.*, 1994 ; Nebié *et al.*, 2001) et auprès de femmes originaires d'Afrique subsaharienne vivant en France (Pourette, 2008) soulignent que le désir d'enfant reste important et la fécondité élevée chez les femmes infectées.

Dans les sociétés de la Caraïbe, la maternité est dotée d'une légitimité forte et présentée comme une dimension constitutive de l'identité féminine (Attias-Donfut et Lapierre, 1997 ; Gracchus, 1980 ; Mulot, 2000). Cette valorisation de la maternité est le plus souvent analysée en lien avec la matrifocalité. Ces sociétés sont dites « matrifocales » en référence au rôle central tenu par la mère au sein des relations familiales et à la supposée primauté des relations de filiation sur les relations d'alliance (Smith, 1956). Le caractère matrifocal de ces sociétés fait cependant débat (Charbit, 1987 ; Jolivet, 1982 ; Pourette, 2006 ; Price, 1998). Attribuer l'importance de la maternité à la seule matrifocalité contribue à voiler un certain nombre d'éléments qui tendent à maintenir les femmes dans la norme reproductive. Dans ces sociétés, et notamment en Martinique et en Guadeloupe, les femmes subissent de nombreuses inégalités qui ne leur permettent pas d'investir positivement d'autres rôles sociaux que celui de la maternité (Schwartz, 1989). En effet, les femmes vivant en Guadeloupe et en Martinique sont particulièrement touchées par le chômage (32 % des femmes en Guadeloupe, 27 % en Martinique, 12 % en Île-de-France) et plus souvent au chômage que les hommes (57 % des chômeurs dans ces deux départements sont des femmes) (4). Du fait de ces inégalités socio-économiques, les femmes sont fréquemment dépendantes de leurs partenaires masculins. Ce sont elles qui assument souvent seules la charge de leurs enfants (5) dans un contexte de pluripaternité (Charbit, 1987) et de

(4) Données Insee 2006.

(5) En Guadeloupe et en Martinique, les femmes vivant seules avec leurs enfants représentent respectivement 33 % et 35 % des ménages (contre 15 % en Île-de-France) (Cornely, 2010).

multipartenariat (6) fréquent (Halfen *et al.*, 2006). La vulnérabilité économique des femmes s'accroît encore lorsqu'elles sont infectées par le VIH puisque, parmi les personnes atteintes, les femmes sont plus durement confrontées à la précarité économique que les hommes. Plus souvent au chômage ou cantonnées dans les emplois du secteur informel si elles travaillent, elles font état de beaucoup plus de difficultés financières (Bouillon *et al.*, 2007). Leur dépendance envers leurs partenaires masculins s'en trouve d'autant accrue. À cette précarité économique s'ajoute fréquemment une précarité administrative, surtout en Guadeloupe où une part importante des personnes atteintes sont des étrangers, principalement originaires d'Haïti. En Guadeloupe, alors que la part des étrangers caribéens (essentiellement Haïtiens), en situation régulière ou non, est estimée à 5 %, ils représentent 36 % des patients infectés par le VIH et 70 % des femmes enceintes séropositives en 2008 (Bardinet, 2009). Parmi les femmes séropositives qui ont accouché une ou plusieurs fois au CHRU de Pointe-à-Pitre (7), la majorité sont haïtiennes, et le plus souvent en situation irrégulière au moment du diagnostic (dans 80% des cas) (Bardinet, 2009). Sur ce point, la situation martiniquaise se distingue quelque peu, puisque la grande majorité des patients (86 %) sont nés en France (CISIH Martinique, 2008) (8). Entre 2006 et 2009, sur les 37 femmes séropositives qui ont accouché au CHU, 27 sont nées en France et 8 sont nées en Haïti (COREVIH Martinique, 2010).

Les étrangers vivant avec le VIH résidant sur le territoire français sont particulièrement vulnérables d'un point de vue administratif. S'ils ont officiellement droit à un titre de séjour pour soins, l'accès effectif à ce titre de séjour est très restreint du fait de pratiques bureaucratiques et administratives qui entravent l'application du droit des étrangers. En outre, les titres de séjour octroyés excèdent rarement six mois, et les périodes de renouvellement de la carte de séjour impliquent la perte des droits sociaux, dont la sécurité sociale, pendant plusieurs mois. La préfecture refusant de délivrer les récépissés de dépôt de dossier, les personnes n'ont

(6) Le multipartenariat masculin est socialement valorisé, à tout âge, et perçu comme preuve de la masculinité. La proportion de multipartenaires est ainsi deux fois plus élevée chez les hommes des Antilles que chez les hommes de l'hexagone (Halfen *et al.*, 2006, 2008). Le multipartenariat féminin est également fréquent, mais il est moins visible et moins accepté, et s'inscrit souvent dans des relations d'échanges économico-sexuels (Guillemaut, 2009 ; Tabet, 2004).

(7) Cela représente 80 % à 90 % des mères séropositives de Guadeloupe (Bardinet, 2009).

(8) D'après le recensement INSEE de 2006, la part des étrangers résidant en Martinique est estimée à 2 %.

pas la preuve des démarches en cours et risquent l'expulsion au premier contrôle policier (Bardinet, 2009). Enfin, le droit des étrangers appliqué en Guadeloupe (comme en Guyane et à Saint-Martin) (9) est un régime d'exception (ce qui n'est pas le cas en Martinique) : les recours contre les arrêtés préfectoraux de reconduite à la frontière (APRF) ne sont pas suspensifs de l'expulsion, ce qui signifie que les expulsions ont lieu dans les heures qui suivent les arrestations, sans possibilité de recours devant le tribunal administratif ni possibilité de soutien des associations d'aide aux étrangers. Dans ce contexte, se rendre à l'hôpital peut devenir problématique du fait du risque d'arrestation et d'expulsion pour les étrangers sans papiers ou en cours de régularisation (Bardinet, 2009).

Présentation de l'enquête et méthode de travail

Cet article est issu d'une recherche menée en 2009 sur les processus de décision en matière de procréation chez les femmes vivant avec le VIH dans les territoires français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin (Carde et Pourette, 2010, 2011) (10).

Au vu de la forte pression sociale à la maternité exercée sur les femmes, et des possibilités d'accès à la PTME dans ces départements, et considérant les inégalités de genre comme élément structurant des comportements en matière de sexualité et de procréation, l'objectif de cette recherche multisite était d'analyser la manière dont les femmes décident ou non de débiter ou de poursuivre une grossesse lorsqu'elles savent qu'elles sont infectées par le VIH. Il s'agissait d'objectiver l'articulation entre deux statuts soumis à de fortes contraintes sociales, celui de femme dans une société très inégalitaire du point de vue des rapports de genre, et celui de malade atteint d'une infection grave, chronique et stigmatisée. Trois axes d'analyse ont été mobilisés :

- l'offre de soins et ses disparités selon les quatre territoires, ainsi que l'accès effectif à cette offre de soins ;
- les représentations et les pratiques des femmes en matière de procréation, en fonction de leur parcours biographique, de leur appréciation des risques sanitaires et sociaux que représente une grossesse ou une absence

(9) Ancienne commune de Guadeloupe, Saint-Martin est une collectivité d'Outre-Mer depuis 2007.

(10) Les enquêtes en Guyane et à Saint-Martin ont été réalisées par Estelle Carde. En Guadeloupe et en Martinique, elles ont été menées par Dolorès Pourette. Les analyses présentées ici concernent la Guadeloupe et la Martinique.

- de grossesse dans le contexte du VIH, et des enjeux relationnels influençant l'évaluation de ces différents risques ;
- les représentations et les pratiques des professionnels vis-à-vis de la grossesse chez les femmes vivant avec le VIH, et notamment les critères sur lesquels repose l'avis qu'ils donnent aux femmes au sujet de la poursuite ou de la mise en œuvre d'une grossesse dans le contexte du VIH.

Déroulement de l'enquête

L'enquête a été conduite en 2009 au sein des services de maladies infectieuses des hôpitaux de Pointe-à-Pitre et Basse-Terre (Guadeloupe) et de Fort-de-France (Martinique), et dans les associations de soutien aux personnes vivant avec le VIH.

La méthodologie utilisée est une méthodologie qualitative, reposant sur des entretiens semi-directifs menés auprès de femmes vivant avec le VIH, sur des entretiens semi-directifs réalisés avec des professionnels de la santé et du secteur social (médecins hospitaliers, médecins de ville, gynécologues obstétriciens, infirmières, infirmières d'observance, cadres de santé, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales, éducateurs spécialisés) et sur des observations effectuées dans les services hospitaliers et les associations concernés (consultations médicales, staffs médicaux, transmissions, interactions entre professionnels et entre professionnels et malades).

Les femmes enquêtées ont principalement été recrutées par l'intermédiaire des médecins les prenant en charge dans les services de maladies infectieuses, au moment de leur consultation. Il leur était proposé de participer à un entretien individuel et anonyme avec une femme effectuant une recherche sur les femmes vivant avec le VIH et la maternité. Seules deux femmes ont été recrutées dans des associations de soutien aux personnes vivant avec le VIH. On a veillé à diversifier les profils des femmes recrutées selon leur origine et leur situation administrative, selon leur vie reproductive (sans ou avec enfant, enceintes ou souhaitant avoir un enfant), selon leur situation familiale (célibataires ou en couple, avec ou sans corésidence) et selon l'histoire de la maladie (dépiquée avant ou pendant la grossesse).

Les entretiens ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien (un pour les femmes et un pour les professionnels), dans un bureau du service ou de l'association où avait lieu l'enquête. Seuls deux entretiens ont eu lieu au domicile des femmes concernées (elles ont été recrutées pour l'enquête lors d'une consultation médicale, mais n'étaient pas disponibles sur le moment et ont préféré différer l'entretien et le faire à leur domicile). La

grande majorité des entretiens étaient individuels, mais quelques entretiens collectifs ont été menés avec des professionnels, pour des questions de disponibilité. D'une durée d'une heure environ, les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des personnes enquêtées, transcrits dans leur intégralité, puis anonymisés. Deux femmes étrangères, ne s'exprimant pas suffisamment bien en français, ont été interviewées à l'aide d'une interprète venue les accompagner à la consultation.

Les guides d'entretien étaient structurés par un certain nombre de thèmes. Pour les femmes, ces thèmes exploraient le parcours de vie et éventuellement le parcours migratoire, la situation actuelle (conjugale, familiale, socioéconomique, administrative), l'histoire de la maladie et son contexte social, le parcours reproductif et les attitudes face à la procréation dans le contexte du VIH, les connaissances des risques liés à la procréation et des moyens de les éviter, et l'environnement relationnel, médical et social.

Pour les professionnels, le guide d'entretien abordait le parcours de vie et le parcours professionnel, l'offre sociosanitaire proposée aux femmes vivant avec le VIH, les demandes et attentes des femmes, les facteurs favorisant ou entravant leur accès à une prise en charge sanitaire et sociale, la construction de l'avis professionnel concernant la grossesse dans le contexte du VIH et les critères sur lesquels repose cet avis.

Le choix a été fait de recourir à des entretiens semi-directifs de manière à laisser la possibilité aux enquêtés d'exprimer des représentations et de décrire des pratiques, sans être limités par un questionnaire fermé. Il était alors possible de repérer des éléments qui n'étaient pas dans les cadres initiaux de l'enquête (démarche inductive) et d'identifier le sens que les acteurs donnent à leurs expériences (posture compréhensive) (Kaufman, 1996).

En Guadeloupe, des entretiens ont été conduits avec 38 professionnels et avec 10 femmes : 6 femmes nées en Haïti, 2 nées en Guadeloupe, 1 née à Saint-Martin et 1 née en Éthiopie. Ces femmes sont âgées de 26 à 48 ans au moment de l'enquête (moyenne d'âge : 36,7 ans). À l'exception d'une femme (enceinte au moment de l'entretien), toutes ont entre 1 et 6 enfants (l'une d'elle est également enceinte au moment de l'enquête). Cinq femmes ont découvert leur séropositivité au moment d'une grossesse, 3 à l'occasion d'une maladie et 2 à l'occasion d'un bilan médical.

En Martinique, des entretiens ont été réalisés avec 25 professionnels et avec 12 femmes : 7 femmes nées en Martinique, 2 nées en Haïti, 1 née en Guadeloupe, 1 née en France métropolitaine et 1 née en République Dominicaine. Ces femmes ont entre 19 ans et 44 ans au moment de l'enquête (moyenne d'âge : 32 ans). Une femme est enceinte, les autres ont entre 1 et 4 enfants (3 d'entre elles attendent un autre enfant

au moment de l'entretien). Le diagnostic de la séropositivité a été effectué au moment d'une maladie pour 5 d'entre elles, à l'occasion d'une grossesse pour 3 d'entre elles, à la suite du dépistage du conjoint (2 femmes), d'un dépistage volontaire (1 femme) et d'une IVG (1 femme).

Analyse des données

Les entretiens ont été analysés selon une double approche, biographique et thématique transversale. Lors de la phase d'analyse biographique, chaque entretien est traité individuellement. La trajectoire de vie (trajectoire sociale, familiale, professionnelle, médicale...) de la personne enquêtée est reconstituée, afin de contextualiser les représentations et les pratiques qu'elle rapporte. L'analyse thématique consiste à étudier la façon dont ces thématiques sont déclinées dans chacun des entretiens, afin de repérer des points communs et des tendances générales ou, au contraire, des points de rupture et des divergences. La confrontation des différents contextes biographiques propres à chaque entretien permet d'identifier l'impact des différentes dimensions de ces contextes (statut socioéconomique et administratif, situation familiale, etc.) sur chacune de ces thématiques. Les analyses qui suivent s'appuient essentiellement sur les entretiens réalisés avec les 22 femmes enquêtées (11).

Des trajectoires menant à des grossesses présentées comme « accidentelles »

Les soignants affirment que, dans la majorité des cas, leurs patientes vivant avec le VIH les informent de leur grossesse une fois qu'elles sont enceintes de plusieurs semaines ou, le plus souvent, de plusieurs mois. Ils déplorent cette situation car la prévention de la transmission de la mère à l'enfant passe par une mise sous traitement antirétroviral ou une adaptation de ce traitement en amont de la grossesse. Du côté des femmes enquêtées, elles présentent leurs grossesses comme des grossesses « accidentelles » et rarement anticipées. Derrière cette idée de grossesse « accidentelle », se déclinent cependant des situations très différentes, selon les parcours des femmes et leur situation au moment de la grossesse en question. L'analyse des données en termes de « processus de décision »

(11) Les analyses des entretiens des professionnels font l'objet d'une autre publication (Pourette, à paraître).

autour de la procréation semble alors peu opérante pour comprendre les parcours menant à des grossesses dites « accidentelles ». À l'inverse, la reconstitution de trajectoires permet le repérage des événements biographiques marquants qui ont pu conduire à ces grossesses non programmées. La notion de « *trajectoire* », empruntée notamment à Strauss, propose une vision plus large qu'une analyse en termes de processus de décision. Dans les travaux de Strauss, les trajectoires de maladie renvoient à la fois au développement physiologique de la maladie, à l'organisation du travail déployé autour du malade, au retentissement de ce travail et de son organisation sur ceux qui s'y trouvent impliqués (Strauss, 1992). Les dimensions biographiques, et notamment les conditions de vie des malades, de leur famille et du personnel médical, influent également sur ces trajectoires. La reconstitution de trajectoires, dans le domaine de la maladie ou dans celui de la reproduction (Tain, 2001), éclaire comment l'événement maladie ou grossesse survient dans le cours d'une biographie et quel sens lui donne l'individu.

L'analyse de chaque entretien biographique a permis un repérage des événements marquants dans les trajectoires des femmes enquêtées (diagnostic du VIH, rupture conjugale ou nouvelle relation, découverte d'une grossesse...), en tenant compte de la manière dont ces événements surviennent dans des parcours de vie singuliers et dans des contextes sociaux qui leur donnent sens. La confrontation des différentes trajectoires individuelles a ensuite permis de dégager trois types de trajectoires menant à des grossesses présentées comme « accidentelles ».

Des grossesses autorisées après une période défavorable à la procréation

Le premier type de trajectoire concerne des femmes martiniquaises ou guadeloupéennes, dépistées dans les années 1990, voire au tout début des années 2000 (avant 1996 pour la plupart), dans un contexte social où il était peu envisageable de dévoiler sa séropositivité, même à ses proches, en raison de la crainte de la stigmatisation (pour soi et pour eux), dans un contexte médical où les traitements proposés ne permettaient pas de réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant et où les soignants déconseillaient aux femmes infectées de poursuivre ou de débiter une grossesse. Parmi les femmes enquêtées qui ont été dépistées à l'occasion d'une grossesse, la plupart l'ont menée à terme, en dépit d'avis médicaux plus favorables à une interruption de grossesse. Une femme a cependant subi un « avortement » à six mois de grossesse, dont elle garde un douloureux souvenir. Pour les femmes enquêtées, il était alors impossible

d'envisager une grossesse ou une nouvelle grossesse. D'une part, le risque de transmettre à l'enfant un virus létal et socialement excluait était trop important. D'autre part, elles ne se sentaient pas autorisées à mettre au monde un enfant qui risquait d'avoir une mère malade, voire décédée. Par exemple, Pauline (12), infectée à la naissance, ne concevait pas d'avoir un enfant : elle craignait que l'enfant soit aussi contaminé et le fait d'avoir connu des souffrances liées à la maladie (hospitalisations, difficultés d'observance) lui « *interdisait* » de prendre la responsabilité de donner naissance à un enfant risquant de subir les mêmes désagréments. Ce sentiment d'une maternité « *impossible* » renvoie au « *stigmatisme du corps dangereux* » tel que l'a proposé Théry (1999). Ce stigmatisme est d'autant plus lourd à porter qu'il s'inscrit dans un contexte de valorisation de la maternité et de pression sociale à la procréation.

L'impossibilité d'investir un rôle social valorisant et la crainte du rejet de la part des proches ont conduit ces femmes à volontairement s'exclure de tout lien familial et amical. Certaines femmes n'ont pas eu de relations affectives et sexuelles pendant plusieurs années, comme cela a été mis en évidence dans d'autres contextes (Pourette, 2008 ; Sow et Desclaux, 2011).

Un élément récurrent dans les trajectoires des femmes enquêtées est la rencontre avec un homme à qui elles ont pu parler pour la première fois de leur infection, parfois plusieurs années après le diagnostic. Par exemple, Eliane (13) a vécu pendant plusieurs années seule, sans suivi médical et dans le déni de sa maladie. Son dépistage a eu lieu à l'occasion d'une IVG qu'elle situe entre 2000 et 2002. L'annonce de sa séropositivité a été faite par un gynécologue, puis confirmée par son médecin traitant. Elle n'a informé personne de son infection, pensant qu'elle allait mourir, et n'a eu aucune relation affective et sexuelle pendant plusieurs années. C'est la rencontre avec un homme plus âgé qu'elle, mieux informé sur le VIH et à qui elle s'est confiée qui lui a permis d'acquérir des informations sur les possibilités de vivre à long terme avec le VIH grâce aux traitements, et qui lui a redonné « *l'envie de vivre* » et le désir d'avoir un enfant.

Comme pour d'autres femmes enquêtées, la rencontre d'Eliane avec ce partenaire a été l'occasion d'inaugurer un dialogue sur le VIH et sur les

(12) Martiniquaise, 19 ans, enceinte de 6 mois au moment de l'entretien, sans emploi, un petit ami (statut sérologique non connu).

(13) Martiniquaise, 30 ans, enceinte de 7 mois au moment de l'entretien, en couple sérodifférent avec un conjoint martiniquais, sans emploi.

traitements et d'engager une recherche d'informations sur Internet, informations qui lui faisaient défaut jusqu'alors.

Si Eliane et son conjoint ont exprimé le souhait d'avoir un enfant ensemble, et s'ils se sont informés sur Internet des risques de transmission à l'enfant et des traitements protégeant de ces risques, la grossesse d'Eliane n'a cependant pas été préparée en concertation avec des soignants : le couple avait le projet de faire un enfant, mais il n'avait pas consulté pour demander des conseils concernant la mise en route d'une grossesse à moindre risque de transmission : « *Il y a eu un désir de bébé après, j'ai dit : "j'ai trouvé quelqu'un qui m'a redonné la vie, l'envie de vivre, et tout ça, je voudrais quand même avoir un bébé". On s'est renseigné pour savoir s'il y avait des risques ou pas. On nous a dit qu'avec le traitement, il n'y avait pas particulièrement de risque, dès que je prends le traitement comme il faut pendant la grossesse, il y a 99 % de chances que le bébé n'a rien.*

- *Après de qui vous vous êtes renseignés ?*

- *Il a pris des documents sur Internet. Et après, dès que j'ai su que j'étais enceinte, à 3 mois de grossesse, je suis allée voir le médecin, je lui ai dit que j'étais enceinte » (Eliane).*

Eliane décrit sa grossesse comme une grossesse « *accidentelle* » bien que désirée. Son partenaire, séronégatif, ne met pas systématiquement de préservatifs et il fait régulièrement des tests de dépistage pour s'assurer de sa séronégativité. Eliane est suivie à l'hôpital depuis le troisième mois de sa grossesse. Alors qu'elle n'a jamais été suivie ni traitée pour son infection, c'est depuis sa grossesse qu'elle a mis en œuvre un suivi médical, qu'elle prend un traitement et qu'elle « *fait attention* » pour protéger son bébé d'une éventuelle contamination. La santé du bébé semble primer sur sa propre santé et sur celle de son conjoint. Elle légitime ainsi sa volonté d'utiliser systématiquement des préservatifs depuis qu'elle est enceinte : « *Mais maintenant qu'il y a le bébé, il faut faire attention. Bien qu'il fait assez régulièrement le dépistage, il fait attention quand même (...). Des fois je refuse (sans préservatif). Là depuis la grossesse, c'est... moi aussi j'ai un petit peu peur. Il me dit : "c'est mon bébé, je vais pas lui faire de mal". Mais bon... » (Eliane).*

Les autres femmes s'inscrivant dans le même type de trajectoire soulignent également le rôle du conjoint, qu'il ait été présent dès l'annonce de la séropositivité, ou qu'il s'agisse d'une personne rencontrée plusieurs années après, dans la construction d'un projet de grossesse. Cependant, comme pour Eliane, la majorité des grossesses sont décrites comme des grossesses « *accidentelles* », même lorsque le projet d'avoir un enfant était en discussion dans le couple. Ces « *accidents* » sont liés à une défaillance

du préservatif, ou à une absence de protection (14). Il faut cependant noter que, en dehors du préservatif, utilisé à des fins de protection contre la transmission du VIH, aucune des femmes enquêtées n'utilisait un moyen de contraception. Pour plusieurs femmes, si les grossesses n'ont pas été préparées en concertation avec le médecin, la grossesse a été l'occasion d'une reprise de suivi médical et d'une première mise sous traitement. Celles qui étaient suivies ont informé leur médecin infectiologue de leur grossesse dès les premières semaines. Elles ont alors été rassurées par des discours favorables à la poursuite de la grossesse, bien différents de ceux qu'elles avaient pu entendre lors de leur dépistage, cinq ou dix ans auparavant.

Dans ces trajectoires, les grossesses surviennent après une période où il était impossible pour les femmes d'envisager une grossesse, à un moment où elles sont en couple avec un conjoint informé de leur séropositivité, et à un moment où elles rencontrent un environnement médical favorable à la grossesse chez les femmes infectées. Ces grossesses dites « accidentelles » surviennent donc à un moment biographique où les femmes peuvent s'autoriser à être mères, où la maternité devient acceptable, sinon encouragée, d'un point de vue social, familial, médical et personnel. Pour ces femmes, la maternité s'inscrit dans un désir de se projeter dans l'avenir et de vivre avec le VIH, désir soutenu par les possibilités offertes par les traitements. Si les femmes présentent ces grossesses comme des grossesses « accidentelles », l'analyse des trajectoires montre le caractère accidentel « de façade » de ces grossesses : si ces femmes se sentent autorisées à être mères, elles ne s'estiment probablement pas autorisées à planifier une grossesse de manière explicite.

Des grossesses valorisantes au cœur de trajectoires de précarité

Le deuxième type de trajectoire identifié à partir de l'analyse biographique des entretiens concerne des femmes dont les parcours de vie sont marqués par des vulnérabilités socioéconomiques et familiales inscrites le plus souvent dès l'enfance.

(14) Plusieurs des femmes en couple sérodifférent affirment que leur conjoint refuse d'utiliser systématiquement le préservatif. L'une d'elles parvient cependant à l'utiliser lorsque sa charge virale est élevée. Elle mobilise donc un critère médical pour négocier l'utilisation du préservatif et pour limiter le risque de transmission sexuelle. Les couples séroconcordants n'utilisent généralement pas de préservatif en dépit des conseils des soignants afin de réduire le risque de surcontamination.

Issues d'un milieu social défavorisé, elles sont sans emploi et n'ont pas de qualification professionnelle. Leurs premiers rapports sexuels ont été relativement précoces (avant 15 ans), sans prise en compte des risques de grossesse ou d'infection sexuellement transmissible. L'une d'elle, Flora (15), a été diagnostiquée séropositive à 21 ans, lors de sa première grossesse. Elle pense avoir été contaminée à l'occasion d'un tatouage (elle avait déjà eu des rapports non protégés mais la possibilité d'une transmission sexuelle n'est pas évoquée). L'autre, Hélène (16), a été dépistée à l'âge de 15 ans lors d'un dépistage généralisé dans un centre d'accueil éducatif. Elle ne sait pas comment elle a été contaminée.

Pour ces femmes, le diagnostic du VIH ne semble pas interférer avec leur vie reproductive. Les grossesses surviennent — ou ne surviennent pas — sans qu'elles aient été décidées ou programmées, mais elles sont toujours très bien acceptées.

Les trajectoires de ces femmes se caractérisent par des expériences de violences conjugales, des grossesses non programmées et des relations de couple avec des partenaires toxicomanes ou délinquants notamment. Dans leurs expériences sexuelles, le risque de contamination du partenaire et le risque de surcontamination n'est pas pris en compte : elles n'utilisent pas ou peu le préservatif, le statut sérologique des partenaires n'est pas connu, mais elles affirment qu'ils sont informés de leur séropositivité. Pour ces femmes, le VIH semble ne constituer qu'une difficulté mineure dans un ensemble de difficultés sociales et familiales, au cœur desquelles les grossesses apparaissent comme des sources de valorisation de soi. Flora a deux enfants de 2 et 4 ans, et elle est enceinte de 3 semaines au moment de l'entretien. Hélène a quatre enfants (9 mois, 7 ans, 10 ans, 11 ans), l'un d'eux est séropositif. Dans ces trajectoires de procréation, les partenaires sont peu présents, notamment dans l'accompagnement des grossesses et la prise en charge des enfants.

Les discours de ces femmes soulignent qu'elles accueillent leurs grossesses avec réjouissance et qu'il n'est pas imaginable pour elles d'y mettre un terme, en dépit de leurs situations sociales, affectives, sanitaires très précaires, en dépit des conseils donnés par la famille ou par les soignants, plus favorables à une interruption de grossesse, et en dépit d'expériences difficiles lors des grossesses précédentes. Les entretiens

(15) Martiniquaise, 25 ans, dépistée en 2005, 2 enfants, enceinte de 3 semaines au moment de l'entretien, une relation sans cohabitation depuis 4 mois avec un Martiniquais.

(16) Martiniquaise, 29 ans, dépistée en 1995, 4 enfants (de plusieurs pères) dont un séropositif, célibataire.

montrent qu'elles se sentent soumises au jugement de leur entourage (famille, voisinage), des travailleurs sociaux et des soignants qui les prennent en charge, et qu'elles se démènent pour prouver à tous qu'elles peuvent être de bonnes mères, capables de s'occuper de leurs enfants. Elles ont cependant conscience qu'elles ne sont pas en mesure d'affirmer un désir d'enfant, du fait de leur situation sociale et familiale et du fait de leur maladie. C'est notamment pour cette raison qu'elles n'informent les médecins de leur grossesse que tardivement. Mais alors qu'elles subissent des jugements virulents de leur entourage au sujet de leur capacité à être mères, la maternité, « *bénéfice secondaire du statut de dominée* » (Marpsat, 1999), constitue pour elles le seul moyen de reconnaissance et de valorisation sociale, dans ces trajectoires où l'expérience de la précarité est première.

Ainsi, Flora souhaite résolument mener à terme sa nouvelle grossesse, alors qu'elle ne connaît son nouveau partenaire que depuis quatre mois (ce qu'elle définit comme une relation « *stable* ») et qu'elle assume avec peine ses deux premiers enfants. Hélène, comme Flora, relate des expériences difficiles de grossesses, avec des hospitalisations prolongées et des violences conjugales : « *J'avais 22 ans. C'était mouvementé, parce que je perdais du sang, je suis restée hospitalisée un mois, je ne pouvais pas bouger, je suis rentrée chez moi trois semaines, je faisais le va et vient entre l'hôpital et chez moi. Prendre le traitement, ne pas bouger, alors c'est un peu stressant, m'occuper des enfants. Ma mère a toujours été là pour moi. À un moment j'ai voulu accoucher à six mois, j'ai dit : "même s'il naît prématuré..." Rester là, perdre du sang tout le temps, rester allongée, je voulais qu'on arrête ça, on m'a dit : "non on ne pouvait pas". Il y avait des piqûres aussi je crois pour former les poumons. Là j'étais vraiment désespérée. J'avais vraiment envie d'accoucher (...) J'ai su vraiment (qu'il était contaminé), c'était après l'accouchement. J'étais perdue après l'accouchement quand on m'en a parlé. J'arrivais pas à accepter non plus. En plus, on l'a gardé deux mois, plus de deux mois à l'hôpital, ça m'a... Mais bon, j'allais le voir, je montais le voir quand même mais c'était très dur. Donc on a tout fait, c'est juste parce qu'il y a eu rupture que ça s'est passé comme ça mais bon, j'ai bien pris mes médicaments et tout. Grâce à Dieu il est toujours là, ça va* » (Hélène).

Le troisième enfant d'Hélène est séropositif, à cause d'une déchirure du placenta occasionnée, d'après elle, par une chute. Ce cas de transmission maternelle a été relaté par plusieurs soignants enquêtés, selon lesquels elle aurait reçu des coups au cours de sa grossesse, ce qui aurait provoqué une rupture du placenta et la contamination de l'enfant. En évoquant une chute, elle évacue toute responsabilité, de sa part et de celle de son partenaire, dans la contamination de son enfant.

Si les trois premières grossesses d'Hélène n'étaient ni souhaitées, ni refusées, ni programmées, avoir un quatrième enfant, après avoir donné naissance à un enfant infecté, était « voulu » par elle : « *C'était voulu. Là c'est voulu ! En plus je voulais une petite fille. J'ai vraiment prié et puis voilà. Pour l'instant ça va, grâce à Dieu. Elle a 9 mois. Elle va sur ses 10 mois bientôt (...)* »

- *À quel moment vous vous êtes rendue compte que vous étiez enceinte ?*
- *J'ai ressenti ça à peut-être deux-trois semaines. Déjà avant ça je faisais des rêves et tout, je parlais de ça. Je savais que ça allait arriver.*
- *À quel moment vous en avez parlé au médecin ?*
- *J'ai attendu hein. J'ai attendu. Deux mois et demi, trois mois. Je sais pas mais j'ai attendu. Je savais déjà ça à un mois. J'ai attendu.*
- *Pourquoi ?*
- *C'est très difficile de parler de ça avec le docteur. Pour moi, même si c'est... c'est moi, c'est mon corps, mais il faut quand même en discuter avec le médecin, puisque c'est lui qui te fait faire les bilans, te suit, les traitements, qui te conseille. Et elle a accepté. Il s'agit de bien prendre les traitements et tout. Là ça va. Je me suis arrêtée à quatre » (Hélène).*

Avoir un enfant non infecté, après avoir mis au monde un enfant porteur du VIH représente pour Hélène un moyen de restaurer, à ses yeux et aux yeux de son entourage, l'image d'une bonne mère, capable notamment d'assurer la bonne santé de ses enfants.

Alors qu'une pression sociale s'exerce sur ces femmes pour qu'elles n'aient pas d'enfants, la grossesse et la maternité représentent pour elles le seul moyen de restaurer une estime de soi fragilisée par la maladie et par la précarité.

Une maternité « ressource » au sein d'une expérience migratoire douloureuse

Le troisième type de trajectoire identifié concerne des femmes étrangères, majoritairement haïtiennes. Ces trajectoires se distinguent de celles des autres femmes du fait des expériences vécues par les femmes dans leur pays d'origine, de leur parcours migratoire et de leur situation socioéconomique et administrative en France.

Si les raisons qui motivent la mise en œuvre d'une démarche migratoire sont rarement uniques (Kofman *et al.*, 2000 ; Morokvasic, 1983), les femmes haïtiennes enquêtées ont principalement évoqué les difficultés politiques et économiques de leur pays d'origine comme motifs de la migration. Elles expriment en effet rechercher « *une vie meilleure* ». Ces femmes sont toutes venues seules (à l'exception d'une femme, venue avec

un de ses enfants). La quasi-totalité d'entre elles avaient un ou plusieurs enfants avant de quitter leur pays, qu'elles ont confiés à un membre de la famille. Elles ont toutes été dépistées quelques mois ou quelques années après leur arrivée en Guadeloupe ou en Martinique (17).

Leurs propos montrent que l'infection par le VIH, si elle a des conséquences importantes sur la santé de quelques femmes, ne constitue pas leur principale préoccupation. Elle apparaît plutôt comme un désagrément supplémentaire parmi d'autres dans un parcours de vie chaotique. En effet, ces femmes ont expérimenté, dans leur pays, des situations d'extrême dénuement, des périodes d'instabilité, voire de violences politiques, des pertes de proches et, sur le territoire français, elles sont vulnérables sur les plans sociaux et administratifs. Ainsi, Eugénie (18) évoque peu, pendant l'entretien, le diagnostic de son infection ou l'expérience de la maladie, mais elle s'étend bien davantage sur les circonstances dans lesquelles son mari a été expulsé de Guadeloupe, circonstances dont elle reste très choquée, et elle s'interroge sur les démarches à entreprendre pour qu'il puisse revenir (19).

Dans l'espace migratoire, la précarité administrative va de pair avec l'exclusion du marché de l'emploi. Parmi les femmes haïtiennes enquêtées, une seule a une activité professionnelle régulière (serveuse), les autres, même celles qui ont un titre de séjour, survivent grâce au soutien de proches (familles ou amis originaires d'Haïti, compagnons), à des aides sociales, ou à des « *djobs* » (20). Ces femmes, même si elles sont peu diplômées, ont cependant exercé des activités professionnelles valorisantes dans leur pays : l'une travaillait dans un hôpital, une autre était enseignante, une autre travaillait dans un grand hôtel. En dépit de la précarité de leurs conditions de vie, elles parviennent à envoyer de l'argent à leur

(17) À l'occasion d'une maladie (5 femmes), d'une grossesse (3), d'un bilan de santé (1).

(18) 48 ans, en Guadeloupe depuis 1997, mariée avec un Haïtien, 1 enfant (en Haïti), 1 carte de séjour (1 an).

(19) Le couple a été réveillé à 1 heure du matin, le mari a été expulsé alors qu'il avait fait une demande d'autorisation de séjour et qu'il se rendait régulièrement à la préfecture pour savoir si sa demande avait abouti. Eugénie est allée à la préfecture après l'expulsion de son mari. On lui a alors dit que la demande avait été acceptée, que son mari avait obtenu un titre de séjour de 3 mois, mais qu'il était parvenu au bureau des étrangers après l'expulsion. La carte de séjour ainsi que les documents relatifs aux demandes de régularisation de son mari auraient été détruits sous ses yeux.

(20) Terme créole désignant des emplois rémunérés et non déclarés, généralement temporaires, auxquels la population antillaise recourt fréquemment.

famille et lui rendent parfois visite, lorsque leur titre de séjour le leur permet, témoignant ainsi de grandes capacités d'action (Catarino et Morokvasic, 2005).

La maladie, si elle ne constitue pas un motif initial de migration, devient un élément important du parcours migratoire de ces femmes, puisque leur survie dépend de leur maintien sur le territoire français (21).

La principale dimension évoquée par les femmes haïtiennes au cours des entretiens est la crainte que leur maladie soit connue de leurs proches, de la « communauté » haïtienne et de la population locale. La peur de l'humiliation et de réactions négatives conduit les femmes à taire leur infection et à tout faire pour qu'elle ne soit connue que des soignants et, éventuellement, des membres d'une association de soutien aux personnes vivant avec le VIH. La crainte du jugement d'autrui et de la dévalorisation mène certaines femmes à volontairement s'isoler. Ainsi, Albertine (22) raconte s'être « mise à l'écart » de certains amis qui ont néanmoins été informés de sa séropositivité : « Depuis 2006, j'avais des amis et tout ça, je me mets exprès à l'écart parce que malgré..., ils n'étaient pas encore au courant de mes problèmes, mais je ne sais pas, avec les rumeurs et tout ça, je ne sais pas comment ils ont appris ça, c'est pour ça je me suis mise un peu à l'écart (...) Tôt ou tard, un jour quand même, ils ont fini par l'apprendre. Il y en a une qui m'a répété ça, et puis encore d'autres personnes et tout ça... » (Albertine).

Les situations de précarité socioéconomique et administrative dans lesquelles vivent ces femmes et leur isolement familial et affectif les conduisent à nouer des relations avec des « copains » ou des compagnons guadeloupéens ou martiniquais qui les aident financièrement ou matériellement. Le plus souvent, ces partenaires ne sont pas informés du statut sérologique de la femme. Qu'ils soient informés ou non, les femmes enquêtées affirment parvenir rarement à imposer l'utilisation du préservatif sur le long terme, quel que soit le statut sérologique des partenaires s'il est connu. L'argument contraceptif, qu'elles sont nombreuses à utiliser pour légitimer le recours au préservatif, n'est relativement efficace qu'au début de la relation. Lorsque la relation s'installe, il est plus difficile pour elles d'imposer le préservatif au prétexte d'une contraception. En effet, dans ces sociétés où l'enfant cimenter le couple et lui donne une certaine

(21) En Haïti, pays de la région le plus touché par l'épidémie de VIH/sida, à peine 10 % de l'ensemble des malades sont traités. Sur 1 000 femmes enceintes, 30 sont séropositives contre 5 en Guadeloupe et 2 sur l'ensemble du territoire français (Bardinet, 2009).

(22) 26 ans, arrivée en Guadeloupe en 2004, dépistée en 2006 (bilan médical), enceinte de 5 mois au moment de l'entretien, célibataire, sans titre de séjour.

reconnaissance sociale, il n'est pas possible pour une femme de s'engager dans une relation tout en refusant d'avoir un enfant avec son compagnon. L'enfant apparaît ainsi, pour les femmes et pour les hommes, comme une preuve d'engagement dans une relation naissante.

Contrairement aux pratiques et aux représentations liées à la grossesse dans les sociétés où les femmes ont un accès aisé aux moyens de contraception et où elles peuvent maîtriser leur fécondité et planifier leurs projets reproductifs (Akrich et Laborie, 1999), les femmes haïtiennes rencontrées n'évoquent pas cette notion de pouvoir prévoir une grossesse, ni celle de « désir d'enfant », d'autant plus que la précarité économique et administrative dans laquelle elles vivent n'invite pas à ce type de planification. Les discours soulignent au contraire que la grossesse survient — ou ne survient pas — sans que la femme le décide. L'arrivée d'un enfant est davantage interprétée comme une fatalité ou comme le résultat de la volonté de Dieu que comme un projet réfléchi (23). Le diagnostic du VIH ne semble pas modifier ces conceptions.

Du fait de l'absence de protection ou d'une protection irrégulière ou défaillante (24), et du fait de l'absence de recours à la contraception, des grossesses non programmées ont lieu. Ces grossesses sont cependant toujours bien accueillies, et aucune des femmes enquêtées n'a souhaité recourir à une interruption de grossesse, en dépit de leur crainte que l'enfant naisse infecté. Alors que les femmes rencontrent des obstacles économiques et administratifs pour se rendre à l'hôpital pour leur propre suivi, les soignants affirment que leur suivi médical devient exhaustif pendant la grossesse, dès lors qu'il est dédié à l'enfant à naître. C'est pour protéger l'enfant d'une éventuelle contamination qu'elles suivent scrupuleusement les traitements et les conseils délivrés par les médecins. De même, les femmes ne remettent pas en question la contre-indication de l'allaitement maternel et l'accouchement par césarienne s'il est proposé par le médecin. Les soignants déplorent cependant des ruptures de suivi entre les grossesses, signe que la précarité administrative et économique demeure prégnante : les femmes étrangères espacent, voire suppriment, leurs déplacements à l'hôpital afin de ne pas risquer de se faire arrêter (Pourette, à paraître).

(23) Les attitudes des femmes haïtiennes face à la grossesse relèvent de facteurs culturels mais surtout de facteurs structurels (pauvreté, accès insuffisant à la contraception...) (Farmer et Furin, 1997).

(24) Plusieurs femmes évoquent le fait qu'elles seraient devenues enceintes lors de rapports protégés mais, soit le préservatif aurait craqué, soit l'homme l'aurait volontairement enlevé au cours du rapport.

Les compagnons sont d'un secours important pour héberger les femmes ou les aider à payer un loyer, se nourrir et se procurer des biens de première nécessité. Après la naissance de l'enfant, le plus souvent, ils restent présents pour apporter une aide financière à la prise en charge de l'enfant et ils reconnaissent l'enfant, ce qui lui garantit la nationalité française.

Dans ces parcours de vie chaotiques, où les femmes se retrouvent souvent seules en immigration, l'enfant né en bonne santé fait l'objet d'un investissement affectif et matériel important. Bien que certaines femmes interrompent leur suivi médical après l'accouchement, l'enfant devient pour d'autres une motivation pour survivre et, notamment, pour continuer à se soigner.

Pour ces femmes, la maternité représente donc un événement qui va de soi dans la vie d'une femme, mais qui peut constituer une ressource sociale et affective importante dans un espace migratoire hostile.

Conclusion

Si les différentes trajectoires identifiées ont pour point commun d'avoir abouti à des grossesses présentées comme « accidentelles » ou non programmées, ces événements revêtent des significations bien différentes pour les femmes enquêtées et renvoient à des significations distinctes de la maternité : une maternité autorisée et s'inscrivant dans des projets d'avenir jusqu'alors compromis par le diagnostic du VIH, une maternité valorisante mais néanmoins contestée par l'environnement social pour des femmes ne pouvant s'investir dans un autre rôle positif, une maternité « ressource » dans un espace migratoire peu accueillant.

Au-delà de ces trajectoires distinctes, il apparaît que nombre de femmes restent soumises à la norme reproductive, même si l'accès à la maternité est parfois différé par le diagnostic du VIH. Si la norme de la reproduction s'impose à elles, les femmes semblent échapper à celle de sa médicalisation. Certes, le diagnostic du VIH induit une médicalisation des grossesses mais, pour la majorité d'entre elles, à partir du deuxième trimestre de grossesse seulement. En effet, la conception et le début de la grossesse semblent échapper aux injonctions médicales.

L'absence de recours au médical dans la mise en œuvre des grossesses peut être analysée comme un refus de l'ingérence du médecin dans la procréation, avant tout perçue comme une sphère liée à l'intimité dans laquelle la volonté humaine et l'intervention technique ont peu leur place. Il semble que les populations enquêtées ne soient pas d'emblée adeptes d'une « *planification médicalisée* » des grossesses, même dans le contexte

du VIH. En outre, en dépit d'une grande confiance que les femmes témoignent à l'égard des médecins (25), il est probable qu'elles craignent d'être découragées par le médecin si elles l'informent d'un désir de grossesse, ou d'être incitées à recourir à une interruption de grossesse si elles l'avisent d'une grossesse débutante. Il apparaît ainsi que, malgré les informations rassurantes délivrées par les soignants prenant en charge les personnes vivant avec le VIH sur les possibilités pour une femme infectée de donner naissance à un enfant avec peu de risque qu'il soit contaminé, des craintes subsistent chez les femmes infectées sur la réaction des soignants. Le fait qu'elles déclarent être enceintes de manière « accidentelle », même lorsqu'une grossesse était souhaitée, montre qu'elles ne s'estiment probablement pas socialement autorisées à planifier une grossesse de manière explicite.

L'absence de recours au médical dans la mise en œuvre des grossesses peut aussi être analysée en termes d'inégalités de genre. Les techniques proposées pour limiter le risque de contamination au partenaire, notamment quand celui-ci est séronégatif ou de statut sérologique non connu (26), et pour limiter le risque de contamination de l'enfant (27), nécessitent une certaine maîtrise du moment et du déroulement des relations sexuelles et du recours à des moyens de contraception et de prévention des infections sexuellement transmissibles. Or, les entretiens avec les femmes soulignent combien elles parviennent difficilement à maîtriser leur vie sexuelle et reproductive (28), et à faire en sorte de protéger leur partenaire d'une contamination, même quand ils sont informés de la séropositivité de la femme et même dans des couples sérodiscordants. Renoncer à toute relation sexuelle demeure alors pour certaines le seul moyen de protéger un éventuel partenaire d'une contamination. Ces difficultés de négociation des relations sexuelles et de leur protection sont présentes y compris dans des relations conjugales décrites par les femmes

(25) Certaines femmes comparent cette confiance à celle qu'elles accordent à Dieu. « *Après Dieu, je crois en les médecins* », affirme ainsi Albertine.

(26) Si le partenaire est séronégatif, le conseil est celui d'une auto-insémination : le sperme est recueilli dans un préservatif après un rapport sexuel protégé, puis placé dans le vagin à l'aide d'une seringue, au moment où la femme est en période d'ovulation.

(27) Un projet de grossesse peut être déconseillé par le médecin si la charge virale de la femme est élevée. On lui conseille alors de reporter son projet à un moment où sa charge virale sera indétectable.

(28) Ce que d'autres enquêtes montrent également (Guillemaut, 2009 ; Halfen *et al.*, 2006).

comme des relations basées sur un dialogue autour du VIH, dialogue ayant participé à une acceptation de la maladie et une meilleure estime d'elles-mêmes.

Par ailleurs, la reconstitution de trajectoires a permis de mettre en évidence des significations plurielles de la maternité selon les parcours et les expériences des femmes enquêtées. Dans un contexte scientifique où la norme reproductive est admise mais peu questionnée, ces données soulignent que la pression sociale à la reproduction ne s'exerce pas de la même manière sur toutes les femmes, et invite à des recherches et à des analyses sur la construction sociale de la maternité et, plus généralement, de la parentalité dans les sociétés de la Caraïbe. Enfin, un élément récurrent apparaît dans les trajectoires des femmes rencontrées : même lorsque les grossesses sont présentées comme des grossesses non programmées ou « accidentelles », elles s'accompagnent souvent d'un désir masculin de paternité. Or, les études sur le monde caribéen font peu de place au rapport qu'entretiennent les hommes à la paternité et à la parentalité. Les thèses sur la matrifocalité mettent en avant l'absence des hommes en tant que pères au sein des foyers caribéens, ou du moins leur présence sporadique et leur réticence à s'investir dans un rôle paternel incertain (Lesel, 1995 ; Mulet, 2000). Cependant, de la même manière que le rapport à la maternité s'exprime différemment pour les femmes, le rapport à la paternité se décline de manière variable selon les trajectoires des hommes et les contextes sociaux (Pourette, 2006). Dans le contexte caribéen et de manière plus générale, ces propos soulignent la nécessité, pour les études sur la santé sexuelle et reproductive, de prendre en compte les trajectoires féminines mais aussi les trajectoires et expériences masculines (Andro et Desgrées du Loû, 2009) et la manière dont elles s'inscrivent dans des contextes sociaux et médicaux en évolution.

Conflit d'intérêts : aucun.

Remerciements

Aux femmes enquêtées et à l'ensemble des professionnels qui ont participé à cette étude, notamment en Martinique, le Dr André Cabié et le Dr Sandrine Pierre-François, en Guadeloupe le Dr Marie-Thérèse Goerger-Sow, le Dr Isabelle Lamaury et le Dr Franck Bardinet. L'étude a été financée par la Fondation de France et l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites ; elle a été réalisée au sein du LISST-CERS (UMR 5193 CNRS-Université Toulouse Le Mirail).

Je remercie également Estelle Carde pour nos échanges fructueux.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Akrich M., Laborie F., 1999, De la contraception à l'enfantement. L'offre technologique en question. Introduction, *Cahiers du Genre*, 25, 5-16.
- Allen S., Serufilira A., Gruber V., Kegeles S., Van de Perre P., Carael M., Coates T. J., 1993, Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counselling, *American Journal of Public Health*, 83, 5, 705-710.
- Andro A., Desgrées du Loû A., 2009, La place des hommes dans la santé sexuelle et reproductive : enjeux et difficultés, *Autrepart*, 52, 3-12.
- Attias-Donfut C., Lapierre N., 1997, *La Famille providence. Trois générations en Guadeloupe*, Paris, La Documentation Française.
- Bardinet F., 2009, Les soins sans les droits pour les sans-papiers, *Maux d'Exil*, 27, 3-4.
- Bouillon K., Lert F., Sitta R., Schmaus A., Spire B., Dray-Spira R., 2007, Factors correlated with disclosure of HIV infection in the French Antilles and French Guiana. Results from the ANRS-EN13-VESPA-DFA Study, *AIDS*, 21(suppl 1), 89-94.
- Carde E., Pougrette D., 2010, *Processus de décision en matière de procréation chez les femmes vivant avec le VIH dans les territoires français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin*, Rapport de recherche, LISST-CERS.
- Carde E., Pougrette D., 2011, *La maternité chez les femmes vivant avec le VIH-sida dans les territoires français d'Amérique : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Saint-Martin*, Working Paper du CEPED, n° 12.
- Catarino C., Morokvasic M., 2005, Femmes, genre, migration et mobilités, *Revue Européenne des Migrations Internationales*, 21, 1, 7-27.
- Cazein F., Lot F., Pillonel J., Pinget R., Bousquet V., Le Strat Y., Le Vu S., Leclerc M., Benyelles L., Haguy H., Brunet S., Thierry D., Barin F., Semaille C., 2010, Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2009, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 45-46, 467-472.
- Charbit Y., 1987, *Famille et nuptialité dans la Caraïbe*, Paris, PUF.
- CISIH de la Martinique, COREVIH de la Martinique, 2008, *Rapport d'activité 2007* (rédigé par A. Cabié), Fort-de-France, Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France.
- COREVIH de la Martinique, 2010, *Rapport d'activité 2009* (rédigé par A. Cabié), Fort-de-France, Centre Hospitalier Universitaire de Fort-de-France.
- Cornely V., 2010, *Femmes et VIH en Guadeloupe, Guyane, Martinique et à Saint-Martin*, Présentation à la Convention Nationale Sidaction, Paris, 5 juin 2010.

Desclaux A., Cadart M.-L., 2008, Avoir un enfant dans le contexte de l'infection par le VIH/sida. Discours médicaux et liens sociaux, *Médecine/sciences*, HS2 (24), 53-61.

Desgrées du Loû A., 2000, Procréation et allaitement : quels choix pour une femme séropositive à Abidjan ?, In : Desclaux A., Taverne B., eds, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Karthala, 385-407.

Desgrées du Loû A., 2005, Le couple face au VIH/sida en Afrique subsaharienne. Information du partenaire, sexualité et procréation, *Population*, 60, 3, 221-242.

Farmer P., Furin J., 1997, Sexe, drogue et violences structurelles : les femmes et le VIH, *Journal des Anthropologues*, 68-69, 35-45.

Gracchus F., 1980, *Les lieux de la mère dans les sociétés afro-américaines*, Paris, Éditions Caribéennes.

Guillemaut F., 2009, *La réduction des risques liés au VIH/sida et l'accès aux soins dans le contexte des rapports d'échanges economico-sexuels*, Rapport de recherche, Toulouse, Grisélidis.

Halfen S., Fenies K., Ung B., Grémy I., 2006, *Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida aux Antilles et en Guyane en 2004*, Paris, ORS Île-de-France.

Halfen S., 2008, Comportements sexuels et préventifs aux Antilles et en Guyane : un contexte peu favorable pour les femmes face au VIH/sida, *Médecine/sciences*, HS2 (24), 72-80.

Jolivet M.J., 1982, *La question créole. Essai de sociologie sur la Guyane française*, Paris, Orstom, Coll. Mémoires.

Kaufman J.C., 1996, *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 128.

Keogh P., Allen S., Almedal C., Temahagili B., 1994, The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda. A prospective study, *Social Science and Medicine*, 38, 8, 1047-53.

Kofman E., Phizacklea A., Raghuram P., Sales R., 2000, *Gender and international migration in Europe. Employment, welfare and politics*, London and New York, Routledge.

Lesel L., 1995, *Le père oblitéré. Chronique antillaise d'une illusion*, Paris, L'Harmattan.

Marpsat M., 1999, Un avantage sous contrainte. Le risque moindre pour les femmes de se trouver sans abri, *Population*, 54 (6), 885-932.

Morokvasic M., 1983, Women in migration, In : Phizacklea A., ed., *One way ticket*, London, Routledge, 13-31.

- Mulot S., 2000, « *Je suis la mère, je suis le père* » : *l'énigme matrifocale. Relations familiales et rapports de sexes en Guadeloupe*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale et en ethnologie, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris.
- Nebié Y., Meda N., Leroy V., Mandelbrot L., Yaro S., Sombié I., Cartoux M., Tiendrébeogo S., Dao B., Ouangré A., Nacro B., Fao P., Ky-Zerbo O., Van de Perre P., Dabis F., 2001, Sexual and reproductive life of women informed of their HIV seropositivity: a prospective cohort study in Burkina Faso, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28, 4, 367-372.
- Pourette D., 2006, *Des Guadeloupéens en Île-de-France. Identité, sexualité, santé*, Paris, Karthala.
- Pourette D., 2008, Couple et sexualité des femmes d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH/sida en France, *médecine/sciences*, HS2 (24), 184-192.
- Pourette D., à paraître, Grossesse et suivi médical des femmes vivant avec le VIH/sida en Guadeloupe et en Martinique : entre avancées médicales et difficultés sociales, *Cahiers d'Études et de Recherches Francophones/Santé*.
- Price R., 2000 [1998], *Le bagnard et le colonel*, Paris, PUF, Coll. Ethnologiques.
- Schwartz O., 1989, *Le Monde privé des ouvriers*, Paris, PUF, Coll. Quadrige.
- Smith R.T., 1956, *The Negro family in British Guiana*, London, Routledge and Kegan Paul.
- Sow K., Desclaux A., 2011, Stratégies féminines face au risque de transmission sexuelle du VIH au temps des antirétroviraux, In : Desclaux A., Msellati P., Sow K., eds, *Les femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud*, Paris, ANRS, Coll. Sciences Sociales et sida, 165-177.
- Strauss A., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan.
- Tabet P., 2004, *La grande arnaque. Sexualité des femmes et échange économico-sexuel*, Paris, L'Harmattan.
- Tain L., 2001, L'hôpital, la femme et le médecin. La construction des trajectoires de fécondation *in vitro*, *Population*, 5, 811-844.
- Théry I., 1999, Une femme comme les autres. Séropositivité, sexualité et féminité, In : *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS, 113-136.
- Yeni P., 2010, *Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du groupe d'experts*, Paris, La Documentation française/Ministère de la Santé et des Sports.

ABSTRACT

Reproductive trajectories and meanings of motherhood among women living with HIV in Guadeloupe and Martinique (French West Indies)

Women living with HIV/AIDS in Guadeloupe and Martinique frequently begin their pregnancies without asking their doctor's advice and without benefiting from medical care for the prevention of mother to child transmission. They present their pregnancies as "accidental". The analysis of 22 biographical interviews of women living with HIV allows to identify three types of trajectories that lead to "accidental" or unplanned pregnancies. These trajectories correspond to different meanings of motherhood for the concerned women: an authorized motherhood linked to future plans, previously jeopardized by the HIV diagnosis; a motherhood that raises the self-esteem of women who have limited possibilities to embrace other social roles; a motherhood as a social and affective "resource", in a hostile migratory space.

RESUMEN

Trayectorias reproductivas y significados de la maternidad en mujeres que viven con el VIH en Guadalupe y Martinica (las Antillas francesas)

Las mujeres que viven con el VIH/sida en Guadalupe y en Martinica en su mayoría empiezan sus embarazos sin pedirle consejo a su médico y sin gozar del acompañamiento médico de la prevención de la transmisión de la madre al niño. Declaran sus embarazos como embarazos « accidentales ». El análisis de 22 entrevistas biográficas de mujeres viviendo con el VIH permite identificar tres tipos de trayectorias que acabaron en embarazos « accidentales » o no previstos. Estas trayectorias corresponden a significados diferentes de la maternidad para las mujeres concernidas : una maternidad autorizada y que se inscribe en proyectos de futuro hasta entonces comprometidos por el diagnóstico del VIH; una maternidad valorizante para mujeres que no pueden investirse en un otro papel positivo; una maternidad « soporte » en un espacio migratorio poco acogedor.