

# Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso : les déterminants sociaux ont-ils changé ?

---

A. DESCLAUX\*, C. ALFIERI\*\*

## Résumé

Alors que les programmes conçoivent la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement comme une question d'attitudes des mères, des travaux en ethnologie avaient montré dès 1998-1999 l'influence de l'entourage et des soignants. Ces « déterminants sociaux » ont-ils évolué au Burkina Faso ? Les résultats d'une étude ethnographique menée entre 2003 et 2007 montrent que le risque de stigmatisation, les normes sociales en matière d'allaitement et les discours parfois contradictoires des soignants, empêchent toujours les mères d'appliquer une option préventive si elles ne disposent pas d'une autonomie économique et sociale suffisante ou de l'appui de leur conjoint. Le plus souvent, la mère ne parvient à protéger son enfant qu'au prix d'une mise à distance des « acteurs sociaux » de l'allaitement. Des changements peuvent cependant être repérés : certains pères, souvent lorsqu'ils sont eux-mêmes séropositifs, soutiennent désormais leur épouse ; la promotion de l'allaitement exclusif pour tous les enfants « banalise » cette pratique préventive ; davantage de possibilités d'appui sont proposées aux femmes par les associations. Mais un enjeu essentiel reste le risque de divulgation de la séropositivité de la mère, dans deux cercles d'influence : celui de l'entourage et du conjoint et celui des services de soin et des associations.

**Mots-clés :** Allaitement, VIH, Burkina Faso, déterminants sociaux, PTME.

## Breastfeeding, HIV and prevention in Burkina Faso : have social factors changed ?

### Abstract

While the prevention of HIV transmission through breastfeeding is considered in most programs to depend on the attitude of the mothers, ethnological research conducted in 1998-1999 revealed the influence brought to bear by health workers and by those who share the mother's everyday life. Have these social aspects undergone change in Burkina Faso ? The results of the ethnographic study conducted from 2003 to 2007 show that mothers who do not have enough economic or social autonomy, or enough support from the child's father, are prevented from applying preventive recommendations by factors such as the risk of stigmatization, social norms regarding breastfeeding and contradictory discourse among health workers. Frequently, the mother only manages to protect her child by creating a distance between the « social actors » involved in infant feeding and her baby. Nevertheless, there have been changes : more fathers support the mothers, especially when they are themselves HIV-positive ; exclusive breastfeeding is made easier

---

<sup>1</sup> UMR 145, IRD, BP 1386, CP 18524, Dakar, Sénégal. [alice.desclaux@ird.fr](mailto:alice.desclaux@ird.fr)

<sup>2</sup> CReCSS (Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés), UPCAM (Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille), MMSH, 5 rue du Château de l'Horloge, 13090 Aix-en-Provence cedex, France. [ch.alfieri@gmail.com](mailto:ch.alfieri@gmail.com)

through the promotion of breastfeeding for all children; more possibilities are available to receive the support of associations. But the risk of unwanted disclosure of the mother's status is still an important issue in two circles of influence: the one involving the baby's father, the family and neighborhood, and the other involving health services and PLWA community organizations.

**Keywords:** Breastfeeding, HIV, Burkina Faso, social factors, PMTCT.

## Introduction

Dès que la transmission du VIH par l'allaitement a été précisément quantifiée, en 1991, la définition de mesures préventives adaptables aux pays du Sud a posé des problèmes complexes ; les organismes internationaux n'ont de ce fait publié leurs premières recommandations qu'en 1998 (WHO/UNAIDS/UNICEF, 1998). Ces difficultés tiennent en grande partie aux limites matérielles, aux dimensions symboliques et sociales du rapport entre l'allaitement et le VIH, et à l'absence de réponse technique d'utilisation simple. Elles tiennent aussi à la dimension sociale de la prévention : l'anthropologie de l'enfance a montré que la mère n'est quasiment jamais la seule responsable du soin ou de l'alimentation de son enfant (BONNET et POURCHEZ, 2007). Aussi, les mesures préventives qui ont été proposées au plan international, puis régulièrement ajustées, définies sur la base de données épidémiologiques et biologiques, ont-elles été appliquées avec plus ou moins d'efficacité selon les pays et selon les contextes. Leurs résultats sont infléchis par l'agencement des acteurs intervenant autour de l'alimentation du nourrisson, des rôles sociaux et des rapports de savoir et de pouvoir qu'ils entretiennent avec la mère, et « l'adhésion » de ces acteurs aux mesures de prévention (WHO, 2007). L'étude de ces « déterminants sociaux »<sup>1</sup> relève de l'anthropologie, dans sa démarche théorique d'analyse du rapport entre les invariants biologiques et la « diversité des cultures », et dans sa démarche appliquée visant à améliorer l'adéquation des stratégies sanitaires aux formes locales de l'organisation sociale. Au Burkina Faso, ces rôles et pratiques avaient été analysés en 1998-1999, avant que le programme national de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) soit généralisé (DESCLAUX et TAVERNE, 2000). Ont-ils évolué au cours des dix dernières années ? L'ambition de cet article est de fournir une présentation générale et synthétique de ces « déterminants » et leur évolution ; des analyses plus descriptives, détaillées et focalisées, ont fait l'objet de communications et sont en cours de rédaction ou soumission pour publication par ailleurs.

## Populations d'enquête et méthode

Une série d'études relatives à l'allaitement dans le contexte du VIH et menées entre 2003 et 2007 a abordé ces questions, dans le cadre du projet de recherche « Déterminants de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement, étude multidisciplinaire et multicentrique : aspects socio-anthropologiques » (ANRS, 1271). Ces enquêtes ont utilisé la méthode ethnographique, combinant un recueil non structuré de données par immersion dans des services de soins et des associations de PvVIH et des recueils structurés. Ces derniers recueils sont obtenus par

---

<sup>1</sup> Sous ce terme générique nous entendons un ensemble de rôles, perceptions, usages, discours et rapports sociaux que la brièveté de l'article ne permet pas de détailler.

entretiens auprès de mères séropositives (84), professionnels de santé, travailleurs sociaux et responsables associatifs (12), par recensions d'articles de presse, groupes de discussion dirigés (4), observations de séances individuelles et collectives d'information et conseil (un mois) et enregistrements de séances (une vingtaine). Les entretiens avec les mères étaient réalisés pendant les trois premiers mois de vie de l'enfant pour explorer les motifs des choix préventifs et l'expérience de l'accouchement et des premiers mois d'alimentation du nourrisson, puis lorsque l'enfant avait entre six mois et un an pour explorer les conditions et les effets du sevrage. Les enquêtes ont eu lieu à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso, dans trois types de services de santé maternelle et infantile : ceux appliquant le programme national dans le cadre de leurs activités ; des services ayant développé la PTME en collaboration avec une organisation non-gouvernementale ou associative (Vie Positive, Médecins sans Frontières, Espoir et Vie, REVS+, AED) ; d'autres participant à la réalisation d'un projet de recherche (Kesho Bora)<sup>2</sup>. Une analyse des résultats de ces enquêtes a été réalisée, qui les compare aux observations de 1998-1999 et les situe dans le contexte actualisé du programme national.

## Résultats

### Le contexte

Dès 2000, le Programme national de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PPTME) adapte au Burkina Faso les recommandations internationales de l'OMS et instaure le « choix éclairé » de la mère. Selon le programme, au terme d'un conseil qui doit débiter en consultation pré-natale, dès que sa séropositivité lui a été annoncée, la femme doit opter soit pour l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce entre quatre et six mois, soit pour l'alimentation artificielle, à condition que cette mesure soit pour elle faisable, accessible, acceptable, durable et sûre<sup>3</sup>. Dans les deux cas, un conseil psychosocial et nutritionnel doit être assuré régulièrement en consultation post-natale et la femme peut trouver un appui auprès des associations de PvVIH. Ces mesures de prévention de la transmission post-natale du VIH, toujours en vigueur en 2008, doivent s'insérer dans un ensemble de mesures qui dépasse le champ de cet article<sup>4</sup>.

### L'expérience des mères

Quelle que soit l'option alimentaire choisie, les femmes que nous avons interrogées ont rencontré des difficultés, car aucune de ces deux pratiques d'allaitement n'est ancrée dans la culture populaire<sup>5</sup> au Burkina Faso au début des années 2000. En attestent leurs pratiques : elles sont nombreuses – dans des proportions variables selon les sites – à pratiquer un allaitement mixte (des liquides sont donnés en plus du lait maternel), à changer d'option alimentaire (allaitement maternel pendant quelques jours à quelques mois puis alimentation artificielle), ou à donner du lait maternel en supplément (« remettre l'enfant au sein ») lorsque les substituts du lait maternel font défaut ou ne semblent pas suffisants.

---

<sup>2</sup> Projet de recherche multi-sites sur la prophylaxie médicamenteuse de la transmission mère-enfant du VIH coordonné par l'OMS.

<sup>3</sup> Nous n'entrerons pas ici dans le détail des précisions complémentaires qui ont été ajoutées au fur et à mesure de la publication de nouvelles recommandations par les organismes internationaux.

<sup>4</sup> Ces mesures vont de la promotion du dépistage à la prévention de la transmission sexuelle chez les femmes en âge de procréer.

<sup>5</sup> Nous ne pouvons, dans les limites de cet article, expliciter les différences entre Ouagadougou et Bobo-Dioulasso ou rendre compte des différences culturelles entre groupes ethniques.

Le petit nombre de femmes qui tentaient d'alimenter leur enfant « à moindre risque » au moment de nos premières enquêtes, avant l'instauration du programme national, étaient déjà confrontées à ces difficultés qui tiennent en premier lieu au fait que les deux options alimentaires ne sont pas « banales » dans le contexte local. Le sevrage à six mois, comme l'alimentation artificielle, ne passe pas inaperçu dans un pays où 85 % des enfants sont toujours allaités entre 20 et 23 mois (UNICEF, 2007). Adopter l'une ou l'autre de ces mesures apparaît comme une dérogation aux usages qui suscite des questions et des interprétations de la part de l'entourage, des co-épouses, des femmes de la « cour » ou de celles rencontrées dans les activités de la vie quotidienne. Jusqu'à la fin des années 1990, le discours des soignants, limité à une promotion générale de l'allaitement maternel, renforçait les pratiques populaires dans ce domaine. Désormais, les mères séropositives sont soumises d'une part à des messages différents de ceux adressés aux autres femmes, d'autre part aux discours et influences contradictoires de deux cercles d'acteurs : l'entourage et le conjoint d'une part ; les professionnels de santé et les membres des associations d'autre part. Les entretiens attestent des difficultés auxquelles les mères séropositives doivent faire face pour parvenir, jusqu'au-delà du sevrage, à être considérées comme de « bonnes mères » simultanément dans ces deux espaces sociaux, tout en gérant le risque de divulgation de leur statut sérologique dans ces deux espaces.

### **Le premier cercle d'influence : entourage et conjoints**

La confrontation des femmes séropositives aux normes sociales en matière d'allaitement n'est pas *a priori* un obstacle rédhibitoire et définitif : la culture populaire de l'allaitement n'est pas figée. Il semble par exemple que des pratiques antérieures telles que l'allaitement d'un nourrisson par sa grand-mère, une sœur de sa mère ou toute autre femme, pour des périodes plus ou moins longues en cas d'indisponibilité de la mère biologique, ou fortuitement lorsque l'enfant exprime sa faim par des pleurs, aient presque disparu des usages populaires en une vingtaine d'années – du moins en zone urbaine, où nous avons enquêté. Entre 1998 et 2007 les messages de promotion de l'allaitement maternel exclusif ont été diffusés auprès de l'ensemble de la population, indépendamment du contexte relatif au VIH et les soignants rapportent qu'une partie des femmes, notamment celles qui ont été scolarisées, ont adopté ce mode d'allaitement. Cette proposition rencontre cependant des résistances importantes : les entretiens réalisés montrent que les nourrissons sont toujours soumis, souvent par des tiers, à l'absorption d'eau, sous forme de tisanes préventives ou curatives, au moment de la toilette ou lorsque « l'eau de bienvenue » est donnée à une mère. Pour les mères que nous avons interrogées, l'eau est porteuse du risque infectieux « ordinaire » lié aux maladies diarrhéiques : des eaux d'apparence trouble ou d'origine obscure sont clairement identifiées comme impropres. Mais le risque de favoriser la transmission du VIH, que portent même des eaux en bouteille ou en sachet, coûteuses, connues pour être purifiées, est rarement perçu<sup>6</sup>. Soustraire son enfant à un don de liquides est difficile pour une mère, qui semblerait ainsi contester l'autorité des « vieilles » de la cour expertes en tisanes, ou refuser une marque d'attention envers la mère et l'enfant. Deux éléments sont apparus au cours des dernières années : les mères peuvent se référer aux messages radio-phoniques en faveur de l'allaitement exclusif pour justifier leur refus que d'autres liquides soient

---

<sup>6</sup> Le risque de transmission du VIH au nourrisson est plus élevé en cas d'allaitement non exclusif qu'en cas d'allaitement exclusif (WHO/UNAIDS/UNICEF 1998).

donnés à l'enfant. Par ailleurs les derniers entretiens semblent montrer qu'elles tentent de plus en plus fréquemment de n'exposer leur enfant qu'à de l'eau minérale en bouteille – faute de pouvoir suivre la recommandation de ne donner que leur lait.

Justifier l'alimentation de son enfant avec du lait artificiel est encore plus difficile pour une mère que justifier l'allaitement exclusif. En effet, le coût que représente ce mode d'alimentation conduit aisément l'entourage à reprocher à la mère de dépenser inutilement l'argent du ménage. Cette critique a pu être portée à tort, notamment pendant les périodes où les substituts du lait maternel ont été fournis à bas prix dans le cadre du programme ; mais pour une femme, préciser ce point aurait eu pour conséquence de dévoiler sa séropositivité. Sur ce point, aucun message d'éducation sanitaire diffusé par les médias ne peut l'aider à banaliser sa conduite : le programme de promotion de l'allaitement maternel a justement pour propos d'éradiquer l'utilisation des substituts. Par ailleurs, les messages de prévention en matière de VIH, plus précis qu'au début des années 2000, présentent désormais l'allaitement comme un mode de transmission ; 50 % des adultes savent désormais que le VIH est transmis par le lait maternel (DHS, non daté). Il ne reste à la femme qu'à trouver une justification médicale qui, vis-à-vis de son entourage, évite la stigmatisation généralement associée au VIH : absence de montée laiteuse, pathologies mammaires, cancer du sein... Les professionnels de santé participent parfois à l'élaboration de ces alibis, ayant mesuré qu'il est souvent nécessaire de protéger les femmes du risque social de stigmatisation pour qu'elles puissent protéger leur enfant du risque biologique de transmission. Mais les entretiens témoignent du fait que l'amélioration des connaissances de l'ensemble de la population augmente le risque social de stigmatisation et rend plus difficile l'application des mesures de prévention.

En dix ans, l'attitude globale des pères a évolué. Les enquêtes précédentes montraient que les pères étaient essentiellement considérés comme un obstacle à la prévention de la transmission par l'allaitement, jugée du ressort exclusif des mères et des soignants, sauf en cas d'incapacité médicale ou de décès de la mère : les pères jouaient essentiellement un rôle de substituts. Les entretiens récents avec les femmes montrent que davantage de pères cautionnent les décisions préventives de leurs épouses. C'est notamment le cas de pères eux-mêmes séropositifs et informés de leur statut sérologique. Les attitudes des pères, telles que les décrivent les femmes, semblent s'échelonner entre le rejet, un appui avec évitement, un appui avec dissimulation, le partage des soins et une implication pleine dans la mise en œuvre de stratégies préventives. Si nos données ne permettent pas de quantifier cette tendance, elles en explicitent certains déterminants : les attitudes dépendent de la perception du père concernant les options préventives, entre confiance et anxiété. Elles dépendent aussi de son attitude (a) vis-à-vis de sa partenaire, échelonnée entre l'aide et le rejet, (b) concernant son propre statut sérologique, entre ignorance et connaissance, (c) concernant le partage d'information avec sa partenaire, entre dissimulation et franchise, (d) vis-à-vis des agents de santé, allant d'une relation directe à l'évitement. Dans la palette de combinaisons possibles, certains pères soutiennent leurs épouses dans la gestion de la prévention, ce qui n'apparaissait pas explicitement dans les premières enquêtes.

Parallèlement à ces déterminants liés aux attitudes du conjoint et de l'entourage, quelle que soit l'option alimentaire et la période d'étude, les femmes qui ont le meilleur niveau d'éducation et une relative autonomie, liée par exemple à leur statut au sein de la famille ou à leur indépendance économique, semblent résoudre plus facilement que les autres les difficultés qu'elles rencontrent pour faire accepter ou imposer le mode d'alimentation de l'enfant qu'elles ont choisi.

## **Le second cercle d'influence : services de soin et associations d'appui aux PvVIH**

Alors que davantage de professionnels de santé ont été formés et que le programme national s'est étendu en dix ans au-delà des sites pilotes où la PTME avait été développée grâce à des interventions communautaires ou dans le cadre de projets de recherche, le nombre d'acteurs ayant un discours sur l'allaitement et le VIH a augmenté. Cette évolution a accru les possibilités d'expression de divergences, voire de contradictions et d'incohérences dans les messages relatifs à la prévention, notamment entre personnels spécialisés ou non, formés ou non en matière de VIH. C'est par exemple le cas lorsque des personnels informés du statut sérologique d'une femme lui suggèrent le sevrage précoce en contradiction avec les propos des personnels des services de SMI favorables à l'allaitement prolongé. Les entretiens montrent l'importance que revêt pour les femmes la cohérence dans l'attitude des équipes, notamment pour ce qui concerne le maintien de la confidentialité sur leur statut sérologique, l'assurance d'être soutenues dans leur choix d'une option alimentaire ou d'être reconnues en tant que mères confrontée à de multiples difficultés pour simultanément gérer leur infection à VIH et protéger leur enfant. Les femmes semblent se sentir « en confiance » dans les services où la collaboration entre une ou plusieurs associations de personnes vivant avec le VIH est fonctionnelle, notamment autour d'un projet de recherche ou d'un programme communautaire. Dans les services où les soignants considèrent la promotion de l'allaitement maternel comme leur priorité, les femmes peuvent être obligées de révéler leur statut sérologique pour justifier l'éviction du colostrum ou le refus de mettre l'enfant au sein aussitôt après l'accouchement. Les informations et conseils sont délivrés dans des formes de communication très diverses (injonctions médicales, informations au travers de documents audiovisuels, conseil accordant plus ou moins de place à l'écoute, ...), articulant différemment le niveau individuel et le niveau collectif. Par leur hétérogénéité, ils peuvent introduire un trouble chez les femmes, notamment lorsque les messages sont trop partiels ou mal adaptés pour leur permettre une pratique cohérente concernant l'alimentation de leur enfant. Enfin, les cas « d'étiquetage » des femmes séropositives n'ont pas totalement disparu dans les services de soin. Aussi, en dehors des sites pilotes où l'intervention associative et celle des professionnels de santé formés sont étroitement intriquées, les femmes ne trouvent toujours pas dans les services de soin l'appui régulier et l'attention dont certaines d'entre elles ont besoin pour respecter les règles préventives pendant toute la durée de l'allaitement de leur enfant.

Au début des années 2000, les associations d'aide aux personnes vivant avec le VIH ont développé des interventions destinées aux mères dans les services de soin, ou en dehors de ceux-ci, avec la mise en place de séances d'IEC (Information Education Communication), de réunions d'information, de groupes de parole, d'appui matériel par la distribution des substituts du lait maternel subventionnés, en plus d'aides non spécifiques telles que l'appui alimentaire ou l'aide psychologique. Cette aide est très appréciée des femmes qui l'ont sollicitée, notamment lorsqu'elle a permis d'assurer la continuité de l'alimentation de l'enfant avec du lait artificiel. L'appui des associations a aussi permis aux femmes de mieux comprendre les aspects concrets de la mise en œuvre des mesures préventives ; pour d'autres, l'appui psychologique semble avoir été le plus important, notamment en redonnant confiance aux femmes ou en leur indiquant des stratégies pour gérer leur séropositivité avec leur entourage. Néanmoins, les entretiens montrent qu'un certain nombre d'entre elles se privent encore du soutien psychologique, social et matériel, qu'elles pourraient trouver dans les associations, de peur d'y être vues. Dans le cadre de notre enquête, il ne nous est pas possible de déterminer précisément si ces attitudes sont

associées au niveau de stigmatisation dans la population générale et à son évolution, ou à des anticipations infondées de la part des femmes. On peut cependant avancer que les avantages liés à l'extension de l'activité des associations sont limités par un risque de stigmatisation toujours présent, au moins dans les perceptions des femmes.

## Discussion

Le caractère qualitatif de l'approche nous a permis d'observer une palette de situations à plusieurs niveaux : celui des configurations locales, distinctes à Bobo-Dioulasso et Ouagadougou où associations et structures de soin sont liées par des agencements différents, celui des services de soin et sites de PTME étudiés et celui des femmes dans leurs familles. Cette approche ne permet pas d'appliquer une analyse factorielle isolant un (ou plusieurs) facteur (s) ou marqueur (s) de son (leur) contexte et précisant les effets qui lui (leur) sont corrélés, mais elle permet de décrire des « tendances » concernant les pratiques objectivées et les éléments perçus par les mères comme influant sur leurs pratiques d'alimentation des nourrissons.

Mais le caractère complexe et multifactoriel du cadre social de la prévention en matière d'allaitement et VIH tel qu'il apparaît dans nos résultats n'est pas que l'effet d'un choix méthodologique ou d'une présentation forcément résumée dans un article bref. La dimension multifactorielle est justement l'une des caractéristiques de la prévention qui explique une part importante des difficultés des femmes. Cette dimension tient à l'importance du rôle des tiers : au moment de choisir par avance une option alimentaire, les femmes doivent anticiper les réactions des « acteurs sociaux » qui les entourent, *a priori* peu prévisibles.

Les analyses conduites dans d'autres pays sur l'acceptabilité de la prévention et de ses déterminants montrent également le poids des influences auxquelles les mères séropositives sont soumises : en Zambie, les femmes vivant avec le VIH ont de ce fait des pratiques d'allaitement qui ne respectent pas les recommandations médicales et sont dominées par l'allaitement mixte, la pratique où le risque est maximal (OMARI, 2003). Une étude ethnographique multi-sites menée en Afrique du Sud, en Namibie et au Swaziland, montre également que l'allaitement mixte est le plus pratiqué par les femmes séropositives qui ne peuvent se soustraire à des rapports de pouvoir avec le père de l'enfant et la famille, dans un contexte où le statut sérologique reste caché (BUSKENS, 2007). Bien que le mode d'organisation sociale et l'environnement matériel soient assez différents et que la violence soit un élément contextuel dans ces pays d'Afrique australe, les observations en termes d'importance des déterminants sociaux de la prévention sont étonnamment similaires à ce que nous avons observé au Burkina Faso. Parmi les nombreuses enquêtes menées auprès de mères participant à des programmes PTME qui présentent des résultats analogues, une étude menée en Tanzanie met en évidence la façon dont les mères doivent faire des choix dans une tension permanente entre risque médical et risque social (LESHABARI, 2007). Enfin, les résultats concernant les quelques mères qui ont pu obtenir l'aide de leur conjoint séropositif et informé de son statut rejoignent les observations faites en Côte-d'Ivoire auprès de couples « séro-informés » (concordants ou différents), qui montrent les modalités d'implication des pères dans la protection de l'enfant vis-à-vis du risque VIH (TIJOU-TRAORE, à paraître). Les résultats de ces études limitées dans le temps ne permettent pas d'appréhender des évolutions mais ils montrent que l'environnement social est au premier plan par rapport à d'autres facteurs potentiels tels que le niveau des connaissances des mères en matière de modalités de transmission du VIH par l'allaitement.

## Conclusion

Les déterminants sociaux de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement au Burkina Faso jouent toujours un rôle majeur ; ils n'ont pas changé radicalement au cours de la dernière décennie, mais ils ont évolué. Le souci de préserver la confidentialité concernant leur statut sérologique alors que la stigmatisation est encore une menace, les questions soulevées par l'évocation de leur statut avec le père de l'enfant, les normes sociales en matière d'alimentation infantile et les discours et attitudes des soignants composent toujours un ensemble de contraintes auxquelles les femmes ne peuvent échapper. Ces observations concordent avec celles d'autres études menées auprès de femmes séropositives de la population générale dans divers pays africains, hors des contextes particuliers de projets de recherche ou de programmes d'appui communautaire particulièrement soutenus.

Il est difficile d'apprécier l'évolution du poids de la stigmatisation sur les attitudes des femmes, en l'absence d'éléments comparatifs terme à terme. L'enquête montre cependant que ce risque est encore perçu comme assez important pour que des femmes évitent d'aller vers les associations, peut-être parce que les femmes qui apprennent leur séropositivité pendant leur grossesse sont particulièrement vulnérables. Elle fait écho aux résultats d'une enquête nationale qui montrait en 2003 que la stigmatisation pèse davantage sur les femmes, notamment parce qu'elles ont un niveau de connaissances sur les modes de transmission moins élevé que celui des hommes (DHS Database, non daté). Cette observation est en faveur de la présence des associations dans les services de soin, où les consultantes risquent moins d'être étiquetées comme séropositives par des tiers.

Le rapport avec le père de l'enfant semble être le déterminant qui a le plus évolué au cours des dix dernières années, certaines femmes pouvant désormais établir ou trouver dans le couple une possibilité de gérer en commun le risque VIH parce que leur conjoint a lui-même été informé de son statut. Ceci ne signifie pas que la communication est aisée : elle peut-être faite d'allusions ou d'évocations indirectes, qui laissent certaines femmes penser que leur conjoint sait qu'il est séropositif parce qu'il leur donne d'emblée son accord pour toutes leurs décisions préventives concernant l'enfant. Cette observation montre l'importance de la promotion du dépistage chez les hommes, réalisé en rapport ou indépendamment du programme PTME, du fait de ses effets en termes d'acceptabilité des décisions préventives des mères concernant l'enfant.

Les normes sociales en matière d'allaitement autorisent davantage qu'il y a dix ans la pratique de l'allaitement exclusif ; néanmoins, le risque de suspicion d'une séropositivité au VIH subsiste, surtout si la femme sèvre son enfant après six mois d'allaitement. C'est aussi le cas si elle opte pour l'allaitement au lait artificiel. Cette situation illustre la complexité de la définition d'une stratégie de prévention : informer précisément l'ensemble de la population peut rendre plus difficile la pratique préventive par les personnes les plus concernées.

Enfin, les discours et attitudes des soignants se sont diversifiés au fur et à mesure de l'extension et de l'intégration du programme PTME dans les services de soin, ce qui laisse apparaître des contradictions dans les messages et des situations où la mère peut être obligée de révéler son statut sérologique pour justifier ses pratiques. Ceci implique d'appréhender la cohérence de la prise en charge des femmes séropositives dans les services de soin qui pratiquent la PTME, comme cela a été fait dans les sites où un projet communautaire ou de recherche a été développé.

L'étude montre que dans les conditions actuelles, les mères qui parviennent à mettre en pratique les mesures préventives sont toujours en premier lieu des femmes lettrées, ayant une certaine autonomie économique, qui peuvent imposer leur décision quelles que soient les critiques émises dans les services de soin ou dans leur entourage, ou qui ont avec leur conjoint une gestion commune du VIH. La plupart des femmes ne peuvent appliquer complètement et sereinement les recommandations alimentaires que lorsqu'elles sont seules avec leur enfant. Il leur faut souvent « tenir à distance » les acteurs sociaux de l'allaitement, face au risque d'être identifiées comme séropositives. Ceci explique en grande partie les situations de détresse psychologique de certaines femmes qui vivent seules ces dilemmes et cette relative « dé-socialisation ».

Dans ce contexte, l'adoption des nouvelles recommandations en faveur d'un allaitement « protégé » par l'utilisation d'antirétroviraux donnés à la mère ou à l'enfant, pratique qui ne nécessite pas d'exposition hors d'un espace privé et ne contrarie pas l'influence d'autres acteurs, devrait permettre aux femmes de gérer la prévention sans mettre en danger leur socialisation. C'est d'ailleurs ce que reconnaissent, au-delà du Burkina Faso, des épidémiologistes et pédiatres éminents dans le domaine de la PTME : « Les soignants et les mères des sites aux ressources limitées continueront à choisir les options qui conviennent le mieux à leurs besoins culturels, économiques et psychologiques, et la science devra s'adapter et définir des stratégies qui répondent à ces besoins, plutôt que l'inverse »<sup>7</sup> (GRAY et SALOOJEE, 2008 : 191).

## Remerciements

L'étude a été réalisée en relation avec le projet de recherche « Déterminants de la transmission du VIH par l'allaitement : étude multidisciplinaire et multicentrique », conduit au Centre Muraz et coordonné par P. Van de Perre et au Burkina Faso par N. Meda, en articulation avec le projet Kesho-Bora (OMS/ANRS). Elle a été financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales (ANRS 1271). Nos remerciements vont à Odette Ky-Zerbo et Armande Sanou qui ont participé à ce projet de recherche, aux traductrices et aux personnes qui ont bien voulu y participer.

## Références bibliographiques

- BONNET D., POURCHEZ L., (eds), 2007.** Du soin au rite dans l'enfance. Ramonville-Ste Agne, France, Erès, IRD.
- BUSKENS I., JAFFE A., MKHATSHWA H., 2007.** Infant feeding practices : realities and mindsets of mothers in southern Africa. *AIDS Care*, 19(9) : 1101 - 1109.
- DESCLAUX A., CROCHET S., QUERRE M., ALFIERI C., 2006.** Le « choix informé » des femmes séropositives qui doivent alimenter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions. In *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud*. Desgrées du Lou A., Ferry B. (eds), CEPED, Paris, France, p. 245 - 262.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (eds), 2000.** Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique. Paris, France, Karthala.
- DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY DATA BASE, non daté.** HIV/AIDS indicators country report. Burkina Faso 1992/1993 - 2003. Macro Inc., Consulté le 12 octobre 2008, à l'adresse <http://www.measuredhs.com/hivdata/start.cfm>, 31 p.
- GRAY G.E., SALOOJEE H., 2008.** Breastfeeding, antiretroviral prophylaxis, and HIV. *New England Journal of Medicine*, 359 (2) : 189 - 191, July 10, 2008.

---

<sup>7</sup> « Caregivers and mothers in low-resource settings will continue to select options that best suit their own cultural, economic, and psychological needs, and science will need to adapt and design strategies to meet their needs, rather than the other way around »

**LESHABARI S.C., BLYSTAD A., MOLAND K.M., 2007.** Difficult choices : infant feeding experiences of HIV-positive mothers in northern Tanzania. *Journal of social Aspects of HIV/AIDS*, 4 (1): 544 - 555.

**OMARI A.A., LUO C., KANLASA C., 2003.** Infant-feeding practices of mothers of known HIV status in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning* 18 (2): 156 - 162.

**TIJOU TRAORÉ A., QUERRE M., BROU H., BECQUET R., LEROY V., DESCLAUX A., DESGRÉES DU LOÛ A. AND THE DITRAME STUDY GROUP ANRS 1201-1202-1253,** Roles regarding infant feeding within HIV+ couples. *Social Science and Medicine*, à paraître.

**UNICEF, 2007.** The state of the world's children 2008. Child survival. New York, USA, UNICEF.

**WHO, 2007.** HIV and infant feeding: new evidence and programmatic experience. Geneva, Suisse, World Health Organization. Consulté le 13 juillet 2008, à l'adresse : [http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/9789241595971/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241595971/en/index.html)

**WHO/UNAIDS/UNICEF, 1998.** HIV and infant feeding: A guide for health care managers and supervisors. Geneva, Suisse, WHO/FRH/NUT/CHD/98.2.