

Les effets microsociaux des antirétroviraux : prophylaxie de la transmission mère-enfant du VIH et individualisation au Burkina Faso¹

*Alice Desclaux**

Une « révolution préventive » touche depuis peu les politiques de lutte contre le sida dans les pays du Sud, et plus particulièrement en Afrique. Elle fait suite à des avancées pharmacologiques : l'efficacité des antirétroviraux, qui permet de réduire l'impact pathogène du VIH en diminuant la charge virale sanguine conduit aussi à diminuer sa transmissibilité de manière significative en abaissant la charge virale dans les liquides physiologiques que sont le lait, le sperme et les sécrétions vaginales. Sur ces bases physiopathologiques, des études épidémiologiques ont confirmé qu'une prise d'antirétroviraux bien contrôlée rend exceptionnelle la transmission du VIH, par exemple en Afrique dans des couples sérodifférents [Granich *et al.*, 2011]. Aussi, depuis 2011, un nouveau modèle de lutte contre l'épidémie propose d'étendre à de nombreuses situations l'usage des antirétroviraux dans un but prophylactique, afin de réduire à zéro le nombre des transmissions en 2015 [WHO, 2011a]². Pour atteindre cet objectif, le nombre des personnes qui prennent un traitement antirétroviral devrait augmenter considérablement ; la plupart d'entre elles seront traitées en l'absence de tout symptôme et pour une durée indéfinie, la distinction entre visées curative et préventive du traitement n'étant plus de mise. L'ampleur de

* Anthropologue, UMI 233 TRANSVIHMI. Institut de Recherche pour le Développement.

1. Remerciements : Ils vont à Chiara Alfieri, qui a réalisé la plus grande partie des enquêtes de terrain. Cette étude a été financée par l'Agence nationale de recherches sur le sida et les hépatites virales (projet ANRS 1271). L'étude a été menée en collaboration avec le Centre Muraz (Bobo-Dioulasso) et plus particulièrement son projet Kesho Bora, et a bénéficié de l'accueil des Centres de santé (SMI de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) et des diverses associations et ONG qui y interviennent (Médecins sans frontières, REVS+, AED, Vie positive, Espoir et vie), que nous remercions ici.

2. Diverses stratégies sont testées, programmées à plus ou moins brève échéance ou mises en œuvre selon les pays : 1/ Extension des antirétroviraux et renforcement du dispositif d'accès par diverses mesures telles que la généralisation du dépistage dans le cadre du TasP (Treatment as Prevention) ; 2/ Test and Treat : traitement de toutes les personnes dépistées séropositives au lieu de la stratégie actuelle de traitement à un niveau d'immunodépression défini ; 3/ PrEP : prophylaxie préexposition au risque de personnes de statut VIH négatif ; 4/ PEP : prophylaxie post-exposition au risque de personnes de statut VIH négatif ; 5/ Mise sous traitement dès la découverte de la séropositivité de personnes vivant en couple sérodifférent [WHO, 2012].

ce projet est assez unique dans l'histoire de la santé publique, à la hauteur de l'ambition d'extinction de la pandémie : cinq millions de personnes étaient déjà sous traitement antirétroviral en Afrique fin 2010 et l'objectif de huit millions est avancé pour 2015 [WHO, 2011b].

Cette nouvelle stratégie fait l'objet d'un enthousiasme explicite dans le monde des chercheurs et des experts en santé publique³, l'efficacité attendue ayant relégué au second plan la réserve que pourraient susciter des objectifs aussi ambitieux. Simultanément, elle suscite l'inquiétude d'anthropologues et de médecins qui craignent l'extension de la « pharmaceuticalisation » des politiques de santé, dont ils ont montré l'émergence au début des années 2000 [Biehl, 2007] et une « remédicalisation » de la lutte contre le sida ayant pour effet connexe de miner les biosocialités établies de manière propre à cette pandémie [Nguyen *et al.*, 2011]. Le débat international questionne l'image de « *magic bullet* » attribuée aux anti-rétroviraux, les intérêts financiers et industriels sous-jacents à cette stratégie, les enjeux d'accès aux médicaments et de triage dans un contexte de crise économique, et l'acceptabilité d'un traitement qui serait utilisé en complément ou à la place des mesures préventives comportementales promues depuis vingt ans. La focalisation actuelle sur l'accès au produit dans des programmes de traitement « de masse » généralisés et simplifiés pourrait, dans certains contextes sociaux, exposer les utilisateurs à une violation de leur droit à la confidentialité à propos de leur statut VIH, le médicament pouvant avoir valeur de stigmate de l'infection [Barr, Amon, Clayton, 2011].

On peut aussi s'interroger sur les effets de ce mode de prévention sur les relations entre la personne et son entourage, et sur l'*empowerment* des personnes vivant avec le VIH. Cette notion, souvent traduite de manière insatisfaisante par le terme *autonomisation*, qui relève davantage de la psychologie et du développement que de l'anthropologie, est un concept clé dans la culture de la lutte contre le sida, simultanément comme objectif et comme moyen de réduire la vulnérabilité sociale des personnes vivant avec le VIH [Seidel, 1993]. Van der Geest et Whyte, anthropologues « fondateurs » de l'anthropologie du médicament, ont aussi utilisé cette notion à propos des effets sociaux du médicament pour son utilisateur, en complément de la notion d'*individualisation* [van der Geest, Whyte, 2003, p. 104], mieux définie du point de vue de l'anthropologie comme l'émergence du sujet en tant qu'acteur ayant la capacité de prendre des distances vis-à-vis de ses inscriptions sociales.

Le médicament serait-il un vecteur d'individualisation et d'*empowerment*, comme l'avancent ces anthropologues, ou à l'inverse un obstacle à l'autonomie des sujets, comme le craignent certains analystes de la nouvelle stratégie décrite plus haut ? Répondre à cette question et préciser les termes du débat suppose de revoir plus largement les analyses qui ont été conduites à propos des rapports

3. Voir notamment le groupe international dénommé Test & Treat to End AIDS (TTEA) : <http://ttea.info/>

entre le médicament et l'inscription microsociale de ses usagers, ainsi qu'au sujet de l'individualisation au temps de la pandémie de VIH en Afrique.

Dans l'un des articles programmatiques fondateurs de l'anthropologie du médicament, Nichter et Vuckovic avançaient que la signification de cet objet sur le plan relationnel et social au niveau des foyers devrait être davantage explorée [1994]. Selon van der Geest et Whyte, qui ont analysé les interactions entre significations et inscriptions sociales tout au long de la « chaîne du médicament »⁴, à la dernière étape de cette chaîne les médicaments « *can become vehicles of individualization, useful exactly at that point where more 'relational' forms of therapy might have emphasized the person's involvement with other people and/or subjection to spiritual forces* » [van der Geest, Whyte, 1989, p. 349]. Pour ces auteurs, qui parlent même de « pouvoir libérateur » des médicaments, cette dimension individualisante explique en partie le recours au médicament plutôt qu'à d'autres types de thérapies ritualisées et ancrées dans les cultures locales, et viendrait appuyer l'activité pharmacologique qui permet à l'usager de retrouver une autonomie entamée par l'épisode pathologique [p. 348].

L'observation empirique et des études menées autour de diverses pathologies montrent que la prise d'un médicament peut faciliter le « désengagement » de relations sociales avec l'entourage marquées par la maladie et perçues comme défavorables (par exemple dans les situations d'assujettissement ou de discrimination vis-à-vis du malade) ou comme indifférentes. Cet éloignement peut s'accompagner d'un déplacement vers d'autres espaces sociaux, notamment ceux créés par des personnes partageant le même trouble biologique, inscrites dans des biosocialités [Rabinow, 2000], comme cela a été décrit au Burkina Faso pour les personnes atteintes par le VIH [Egrot, 2007]. Rose et Novas ont proposé le concept de *citoyenneté biologique* [Rose, Novas, 2005], pour définir les formes contemporaines de l'expérience de la maladie, simultanément génératrice d'individualisation et de dynamique collective. L'individualisation tiendrait au fait que les personnes construisent leurs perceptions, jugements, valeurs et relations, à partir de leur connaissance de leur statut biologique plutôt que sous l'influence de leur milieu social, dans le cadre d'un régime du soi qui inclut une responsabilisation à propos de l'étiologie, de l'expérience et des conséquences de leur maladie, au détriment d'interprétations convoquant des déterminismes extérieurs. Cette individualisation serait concomitante d'une insertion dans de nouveaux espaces sociaux allant des groupes confessionnels à des organisations associatives offrant aux personnes des espaces de solidarité, d'entraide, de reconnaissance et de mobilisation collective visant la fin de la stigmatisation des personnes atteintes. Ce modèle combinant individualisation et *empowerment* au travers de nouvelles biosocialités est sous-jacent à une partie des interventions promues à l'échelle mondiale en matière d'infection à VIH, telles que le « choix informé » que les patients doivent exercer pour le dépistage du VIH ou la prévention de la transmission par

4. Autour de cette notion, voir Garnier et Lévy [2007].

l'allaitement et les programmes « à base communautaire ». Nguyen a forgé la notion de *citoyenneté thérapeutique* [Nguyen, 2010] pour appréhender les nouvelles formes de relations et d'appartenance qui définissent les modes de subjectivation, les engagements collectifs et les rapports des individus à l'État sur la base de l'accès au traitement, comme il l'a observé en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso à la fin des années 1990.

La question de l'individualisation prend une résonance particulière en Afrique, « terre d'élection des sociabilités communautaires » [Marie, 1997]. Les travaux initiés par Marie sur le processus d'individualisation considèrent que les individus « émergent » en tant qu'acteurs autonomes lorsqu'ils doivent s'approprier et mettre en cohérence des pratiques et des stratégies définies « au sein de champs sociaux relativement séparés et hétérogènes quant à la logique qui y domine » [Marie, 1997, p. 10]. Ce modèle dynamique fait de l'individualisation la combinaison de l'exercice permanent d'une réflexivité et d'incessantes négociations pour ajuster ses perceptions et logiques propres à celles de l'entourage familial comme « unité de survie » [Elias, 1991], dont on ne peut s'affranchir socialement. Est-il applicable aux situations d'utilisation de médicaments antirétroviraux ? Dans ce cas, l'individualisation, au sens de Van der Geest et Whyte, alimente-t-elle l'*empowerment* ? Plus spécifiquement, dans le cadre de l'étude présentée ici, comment ces notions s'articulent-elles pour les femmes burkinabè ?

Contexte et modalités de l'étude

La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant peut apporter des éléments empiriques à cette réflexion, puisque les programmes utilisent les antirétroviraux dans un but prophylactique depuis plus de dix ans. Rappelons que la transmission mère-enfant du VIH constitue toujours un problème de santé publique majeure en Afrique subsaharienne : le nombre d'enfants contaminés au cours de l'année 2010 par cette voie y est estimé à 350 000 [WHO, 2011b]. La stratégie de prévention recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation des Nations unies contre le SIDA (ONUSIDA) et le Fonds des Nations unies pour l'enfance (Unicef) à partir de 1998 reposait sur une prophylaxie par les antirétroviraux en péri-partum pour couvrir la fin de la grossesse et l'accouchement, complétée par le recours à deux modalités d'alimentation du nourrisson « à moindre risque » : l'utilisation du lait artificiel ou l'allaitement maternel exclusif jusqu'à quatre à six mois, suivi d'un sevrage rapide⁵. Elle a été appliquée dans le cadre du programme national de prévention de la transmission

5. L'allaitement exclusif suppose l'éviction de tout autre liquide que le lait. C'est la mère qui, après un « conseil » reçu en consultation prénatale, devait choisir la modalité d'alimentation qui lui semblait faisable, accessible, acceptable, durable et sûre. Les deux modalités n'ont cependant pas la même valeur en termes de réduction du risque VIH, annulé par la première mais seulement réduit par la seconde qui conserve par ailleurs les bénéfices de l'allaitement maternel. Quel que soit le choix de la mère, un conseil psychosocial et nutritionnel devait lui être proposé régulièrement en consultation postnatale, et elle devait pouvoir trouver un appui auprès des associations de personnes vivant avec le VIH.

mère-enfant (PTME) du Burkina Faso à partir de 2000. Parallèlement, entre 2000 et 2007, l'accès aux antirétroviraux a été progressivement étendu dans un but curatif aux personnes répondant à des critères biocliniques⁶ : des femmes enceintes et des mères, y compris en situation d'allaitement, ont ainsi pu recevoir des antirétroviraux pour leur propre santé. À partir de 2004 la perspective d'utiliser des antirétroviraux pour « protéger » l'allaitement (c'est-à-dire réduire le risque associé) a conduit à mettre en place des essais cliniques qui testaient la prise d'un traitement par la mère et/ou par l'enfant dans plusieurs pays africains, jusqu'à ce que cette stratégie soit validée et recommandée par l'OMS au plan international à partir de 2010 [WHO, 2009].

Dans le cadre d'un programme de recherche sur les déterminants de la transmission du VIH par l'allaitement, nous avons réalisé entre 2005 et 2007 une étude auprès de mères suivies dans le cadre de la PTME au Burkina Faso. Les sites d'enquête choisis, des associations et lieux de soins, permettaient de rencontrer des femmes suivies dans des services de santé maternelle et infantile « ordinaires » appliquant le programme national sans mesures ni moyens spécifiques, et d'autres suivies dans des services faisant l'objet de « projets » de recherche ou de santé publique, en mesure d'appliquer les recommandations internationales. À Ouagadougou, un des services accueillait un projet de renforcement des capacités en matière de VIH porté par l'organisation non gouvernementale Médecins sans frontières, qui assurait un traitement par trithérapie aux femmes enceintes et aux mères dont l'état immunologique et clinique le nécessitait. À Bobo-Dioulasso, l'étude fut réalisée en collaboration avec un projet de recherche qui testait l'efficacité préventive d'une thérapie antirétrovirale donnée aux mères pendant la durée de l'allaitement alors que leur état bioclinique ne justifiait pas de traitement pour elles-mêmes. Les femmes traitées par antirétroviraux à Ouagadougou et celles incluses dans le « bras traitement » de l'étude menée à Bobo-Dioulasso ont fait l'objet d'un recueil de données par entretiens répétés. Ce fut aussi le cas de femmes suivies avec leur enfant pour la PTME dans les mêmes services ou dans d'autres services de santé maternelle et infantile. Ainsi, 42 femmes ayant reçu les recommandations préventives du programme national basées sur une stratégie comportementale sans utilisation d'antirétroviraux, et 43 femmes ayant reçu de surcroît des antirétroviraux à titre préventif pour leur enfant ou curatif pour elles-mêmes, ont été rencontrées à une ou plusieurs reprises pour parler de leur expérience à propos du VIH, du traitement, de l'alimentation et du soin de l'enfant⁷.

6. Le traitement antirétroviral était au moment de l'enquête indiqué pour les personnes ayant moins de 200 CD4/ml ou présentant des signes cliniques spécifiques.

7. Les enquêtes de terrain ont été réalisées principalement par Chiara Alfieri, avec la participation d'Augustin Sankara et Rokya Barro et la collaboration d'Armande Sanou et Odette Ky-Zerbo, ainsi que de cinq « conseillères » (chargées d'informer et aider les femmes) des sites d'étude. Les entretiens (réalisés dans des associations et des structures sanitaires, à distance des consultations) ont été complétés par des observations et enregistrements de séances d'information auprès des femmes dans les services de santé maternelle et infantile (qualifiées de « causeries »), de consultations pré et postnatales et d'observations non structurées dans les sites associatifs.

L'individualisation et l'*empowerment* sont discutés dans cet article à partir de données empiriques concernant les implications microsociales pour les femmes ayant fait l'objet des deux stratégies. À l'époque de l'étude, l'efficacité de la prophylaxie médicamenteuse n'était pas encore tout à fait démontrée ; les mères sous traitement antirétroviral étaient donc invitées à appliquer aussi la stratégie comportementale et la majorité d'entre elles optaient pour l'allaitement maternel exclusif. Aussi, la comparaison entre les effets microsociaux de la stratégie socio-comportementale et ceux de la stratégie médicamenteuse que nous présentons ici repose sur : (1) l'analyse des propos des 43 femmes prenant un traitement antirétroviral concernant ces médicaments et leurs effets ; (2) l'analyse comparative des propos des femmes rencontrées prenant et ne prenant pas d'antirétroviraux, concernant les effets sociaux induits selon elles, soit par leur utilisation des médicaments (43 femmes), soit par leurs pratiques d'alimentation de l'enfant (85 femmes).

Les femmes auprès desquelles nous avons enquêté présentent les caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population qui fréquente les services de santé maternelle et infantile du système de soins public, ce qui exclut la frange de la population urbaine la plus aisée, très minoritaire, qui fréquente les structures sanitaires privées. La majorité de ces femmes travaillent dans leur foyer ou exercent un « petit commerce » ; leurs revenus sont limités dans un pays où 56,5 % de la population vit avec moins de 1,5 USD par jour (2006) [PNUD, 2011]. La plupart sont mariées ou vivent en union, dans la famille élargie et dans des foyers majoritairement polygames. Leur origine ethnique prédominante est Mossi, ce qui correspond au profil de la population burkinabè de caractéristique patrilineaire et patrilocal ; plusieurs autres groupes étaient représentés notamment parmi les femmes rencontrées à Bobo-Dioulasso : des Dioula, des Bobo, ainsi que des femmes maliennes, nigériennes et ivoiriennes.

Les effets sociaux de la prophylaxie comportementale

Présenter ces données impose d'apporter des précisions sur les difficultés perçues par les femmes et les logiques de contexte. Les femmes que nous avons rencontrées ont toutes éprouvé des difficultés à appliquer les recommandations préventives en matière d'alimentation de l'enfant. L'usage du lait artificiel est exceptionnel au Burkina Faso, comme le sevrage avant que l'enfant ait atteint l'âge de marcher, et l'allaitement maternel exclusif est peu valorisé⁸. En dehors des cas d'infection à VIH, les institutions sanitaires encouragent l'allaitement prolongé jusqu'à dix-huit mois. Aussi les recommandations de changement de comportement confrontent les mères séropositives à deux modes d'inscription microsociale, correspondant à des « cultures de l'allaitement » différentes.

8. Plus de 99 % des nourrissons sont allaités sur la période 2006-2010 [INSD, 2012], seulement 16 % des enfants de moins de 6 mois sont allaités de manière exclusive en 2010 [Unicef, 2012] et 85 % des enfants sont toujours allaités entre 20 et 23 mois au moment de l'enquête [Unicef, 2007].

Les relations avec les soignants

Dans les services de santé maternelle et infantile, les professionnels de santé appliquent le programme national de PTME avec plus ou moins de rigidité, d'autorité et d'empathie vis-à-vis des femmes vivant avec le VIH, à l'aune des relations usuelles dans les services de santé destinés à « la mère et l'enfant ». Sur quelques sites, des conseillères, généralement membres des associations ou assistantes sociales, assurent l'information des femmes et diverses étapes du conseil (pré et post-test, nutritionnel) que des infirmières ou sages-femmes conduisent ailleurs dans le cadre des consultations pré et postnatales. Les femmes auprès desquelles nous avons enquêté reçoivent les conseils des soignants avec confiance, surtout dans les services où existe une collaboration avec une ou plusieurs associations de personnes vivant avec le VIH, entretenue par un projet de recherche ou un programme communautaire. Soignants et conseillères y partagent certaines préoccupations avec les femmes concernant leur devenir et le maintien de la confidentialité sur leur statut sérologique. Ailleurs, notamment là où les agents de santé n'ont pas encore été formés à la PTME ou n'en ont pas acquis la pratique, les femmes sont parfois confrontées à des professionnels qui « étiquettent »⁹ toujours les mères séropositives singularisées par leurs pratiques d'allaitement, avec lesquelles ils restent distants. Les femmes peuvent être obligées de révéler malgré elles leur statut sérologique à des agents de santé qui ne les connaissent pas, pour justifier leur refus de mettre l'enfant au sein aussitôt après l'accouchement, là où le programme de l'Unicef « Hôpitaux amis des bébés » de promotion de l'allaitement maternel impose cette pratique.

Les recommandations internationales et le programme national stipulent que les mères séropositives doivent « choisir » l'option alimentaire qui leur convient le mieux, après avoir été dûment informées. Les enquêtes de terrain montrent que cette disposition relationnelle est rarement appliquée dans les services de santé maternelle et infantile « hors projet » : les femmes sont orientées vers l'une ou l'autre option en fonction des possibilités disponibles sur chaque site, notamment en termes de fourniture des ingrédients et ustensiles nécessaires à l'alimentation artificielle. Là où la décision est prise au cours du conseil, c'est généralement le professionnel de santé qui, en fonction de son appréciation souvent implicite des capacités de la femme, en premier lieu sur le plan économique, met en avant telle ou telle option ou accorde plus ou moins de place à l'avis de la femme. Les femmes qui ont un niveau d'éducation relativement élevé et disposent d'une autonomie financière sont de fait les seules en mesure d'exercer leur préférence et de discuter l'option présélectionnée par l'agent de santé [Desclaux, Alfieri 2009]. Dans tous les cas, les agents de santé les « responsabilisent », comme le rapporte l'une d'entre elles : « À [nom du projet], le docteur dit que si elles respectent bien leurs conseils, les enfants ne seront jamais contaminés ».

9. La notion de « stigmatisation » paraît dans ce cas excessive et trop simplificatrice.

Les relations entre les femmes et les professionnels de santé et conseillères apparaissent donc comme diverses, échelonnées sur un continuum entre deux extrêmes : sur fond de discours qui les individualise face au risque de transmission, certaines relations sont empathiques, appuyées sur un savoir spécialisé et des compétences professionnelles en matière de VIH, prennent en compte l'avis des femmes et valorisent leur autonomie, surtout là où les moyens apportés par des projets ou l'engagement de conseillères associatives permettent un temps d'échange pendant ou en complément de la consultation ; ailleurs les relations plus verticales et autoritaires, limitées aux dimensions techniques de la prise en charge, contraintes par la distance sociale usuelle entre professionnels de santé et femmes dans les services sanitaires, rapportées par des femmes comme stigmatisantes ou culpabilisantes, surtout dans certains services « ordinaires »¹⁰. Dans les associations, les femmes peuvent trouver « l'auto-support », les explications, la mise en cohérence des informations, l'appui psychologique et l'aide matérielle, voire une possibilité d'engagement collectif, mais un certain nombre de femmes se privent de ces ressources de peur d'être vues dans des lieux connus comme accueillant des personnes séropositives.

Les relations avec l'entourage et le conjoint

Pour une mère, pratiquer chez soi l'allaitement exclusif n'est pas facile : les nourrissons burkinabè sont souvent soumis 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 sa mère en visite dans un autre foyer. S'opposer à ces pratiques est malvenu pour une mère, qui semblerait ainsi contester l'autorité des « vieilles »¹¹, réaffirmée en particulier lorsque l'enfant est malade¹². Certaines femmes ne parviennent à protéger leur enfant de liquides complémentaires à l'allaitement qu'à la condition d'être seules avec lui et doivent déployer des stratégies pour prolonger cette situation au-delà du temps nocturne [Alfieri *et al.*, 2007].

Justifier l'alimentation de son enfant avec du lait artificiel est encore plus difficile : le coût en est rédhitoire et la mention par la mère de l'obtention gratuite des substituts du lait maternel risquerait d'être décryptée par l'entourage comme un indice d'infection par le VIH. De plus, les messages du programme de promotion de l'allaitement maternel ont justement pour propos d'éradiquer l'utilisation du « lait artificiel ». Ceux concernant le VIH diffusés dans la population générale présentent désormais l'allaitement comme un mode de transmission, comme le montrent ces propos : « Si j'ai dit que j'allais donner le sein à cet enfant c'est parce qu'en donnant le lait artificiel à l'enfant précédent, les parents de mon mari ont dit que si je donne le biberon à l'enfant, cela signifie que j'ai le virus

10. Ces attitudes des professionnels de santé sont moins rapportées dans les récits les plus récents, ce qui accrédite la notion de « normalisation » au fur et à mesure de la formation des agents de santé à la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.

11. Terme respectueux qualifiant les femmes âgées dans les pays francophones d'Afrique.

12. Les pratiques ont peu changé dans ce domaine depuis les années 1990 [Desclaux, Taverne, 2000].

dans le sang. Qu'ils ont vu à la télé. » Les mères qui n'allaitent pas se protègent généralement de la stigmatisation en invoquant une raison médicale : absence de montée laiteuse, pathologies mammaires, cancer du sein...

La majorité des femmes dépistées en consultation prénatale ne connaissaient pas préalablement leur statut sérologique ; si elles ne sont pas tenues d'en informer immédiatement un conjoint dont elles craignent une réaction de rejet, la mise en place d'une alimentation du nourrisson atypique, éventuellement coûteuse, leur impose de lui en dévoiler le motif. C'est ce que dit cette femme, parlant d'elle-même : « Comme elle n'a pas informé son mari, elle dit qu'elle va donner le sein, si elle donne le lait (artificiel) le mari va commencer à lui poser des questions, donc voilà pourquoi elle a choisi de donner le sein... Si le mari est au courant, ça peut amener le divorce pour certains ». Les attitudes des pères s'échelonnent entre le refus d'entendre évoquer le VIH, assorti de diverses formes de rejet vis-à-vis de celle qui en introduit la mention dans le couple, et une pleine implication dans la démarche de prévention concernant l'enfant. Ces attitudes sont liées à la connaissance que le père a lui-même de son propre statut sérologique et à sa manière de gérer cette information, à sa perception des modalités d'alimentation de l'enfant proposées par les soignants et à la tonalité des relations conjugales [Desclaux, Alfieri, 2008].

L'appui du conjoint est souvent indispensable pour qu'une mère puisse appliquer les recommandations des soignants divergentes des pratiques de son entourage ; dans le cas où cet appui est acquis, il peut être suffisant pour éviter la suspicion ou les interprétations critiques envers la mère, surtout s'il est justifié par un argument médical ayant valeur « d'alibi » non stigmatisant, comme cela avait aussi été montré à Abidjan [Tijou Traoré *et al.*, 2009]. Mais les femmes rencontrées n'ont pas toutes annoncé explicitement leur statut sérologique à leur conjoint à la date du second entretien ; certaines procèdent par étapes, par allusions et par bribes¹³, auprès de tiers pouvant être sollicités dans ce processus pour « préparer » la réception par le conjoint.

Le cas de Djénéba illustre bien la surdétermination de l'application et du choix des pratiques préventives par les rapports microsociaux dans l'unité familiale et une assignation par l'entourage d'une responsabilité individuelle sans gain d'autonomie. Elle est étudiante (alors que sa famille est très « modeste ») lorsqu'une grossesse hors alliance matrimoniale vient mettre fin à sa trajectoire à l'université ; de plus, elle apprend en consultation prénatale qu'elle a été contaminée. Sa mère, qui l'héberge, lui refuse alors toute voix au chapitre concernant les soins à l'enfant ; elle ne peut adopter l'option alimentaire qu'elle avait choisie (l'alimentation artificielle), doit quitter l'université, ne trouve plus que la vente de petits gâteaux comme moyen de gagner un peu d'argent et exprime sa détresse de ne pas pouvoir suivre les recommandations reçues des agents de santé pour protéger son enfant.

13. Ces « partages du statut VIH » partiels ou implicites constituent un défi méthodologique pour la mesure des taux d'annonce à des tiers, ce qui explique en partie la rareté des données fiables à ce propos.

Considérée par son entourage comme responsable et coupable de l'exposition de son enfant à la maladie, la possibilité de choisir la manière de le protéger lui est déniée [Desclaux, Alfieri, 2010].

Les effets sociaux de la prophylaxie médicamenteuse

Dans les services de soins, la prescription des antirétroviraux relève des relations ordinaires avec des médecins, marquées par la légitimité de l'autorité médicale et la confiance au détenteur du savoir, et souvent par l'empathie de médecins qui suivent des patients atteints de VIH, connus comme des personnes « engagées pour leurs patients » et bénéficiant de l'appui des « projets ». Les propos des femmes attestent de ce contexte favorable à l'adhésion aux antirétroviraux.

Lorsqu'on aborde avec les femmes qui ont pris un traitement antirétroviral les difficultés qu'elles ont éprouvées à domicile pour appliquer les recommandations et prescriptions ou pour en gérer les conséquences, elles n'évoquent pas les antirétroviraux mais les modalités d'alimentation de l'enfant. La préoccupation principale qu'elles expriment à propos des médicaments est d'éviter qu'ils soient identifiés comme des « traitements du sida ». Plusieurs femmes expliquent leurs stratagèmes pour prendre leur traitement sans être vues ou pour le cacher, par exemple en gardant les antirétroviraux dans un placard fermé à clé ou dans leur propre sac à main, duquel elles ne se séparent jamais. Elles banalisent les antirétroviraux en disant qu'elles prennent du fer ou des vitamines prescrits en consultation postnatale, ou en cachant les médicaments dans la maison : « Souvent je prenais les médicaments devant des gens, je disais que c'est du fer qu'on donne à toutes les femmes, mais je ne montrais pas la boîte. » Les associations les aident à gérer l'anonymisation des produits en laissant les boîtes dans le local communautaire ou en reconditionnant les comprimés. Le risque de dévoilement de leur séropositivité au vu du traitement semble donc réduit, d'autant plus qu'il vient, pour un certain nombre de femmes, s'ajouter à la consommation d'autres médicaments courants pendant ou après la grossesse. Contrairement à l'utilisation du lait artificiel ou au sevrage précoce, la prise d'un médicament n'a imposé à aucune femme interrogée de dévoiler son statut sérologique à son conjoint, ni produit de situation de confrontation ou de conflit avec des membres de l'entourage.

À propos des traitements, c'est essentiellement le respect scrupuleux des horaires de prise qui inquiète les femmes. Certaines d'entre elles se font aider par leurs enfants les plus âgés, qui leur rappellent l'heure en leur faisant signe, sans pour autant être nécessairement informés de la nature du médicament. Les femmes rencontrées n'ont pas exprimé d'autres difficultés ni de réserves à appliquer la prescription qu'elles ont reçue et leur propos sur les traitements donnent souvent l'impression qu'il s'agit pour elles d'un traitement qui « ne pose pas question » tant son utilité est une évidence. « La prise des médicaments, c'est pour que l'enfant ne soit pas contaminé et que je reste en bonne santé. »

Ceci tient vraisemblablement non seulement à l'environnement de la prescription, mais aussi à la confiance que les femmes ont dans un traitement dont certaines ont pu éprouver les effets pour elles-mêmes, comme l'évoque ce propos : « Depuis que j'ai commencé à prendre les médicaments, je ne tombe plus malade. » Une seule femme a exprimé l'idée que la protection par les ARV pris comme indiqué n'est que partielle. La plupart d'entre elles pensent que le médicament passe dans le lait, comme toute autre substance ingérée par une mère qui allaite. Elles n'expriment pas de crainte spécifique concernant la toxicité du traitement pour l'enfant, à l'exception de quelques femmes qui ont lu sur la notice des médicaments antirétroviraux la mention de leur contre-indication en cas de grossesse, dont elles déduisent la possibilité qu'il existe un risque pour l'enfant allaité. Quelques femmes avancent que les médicaments peuvent rendre le lait plus clair, moins nutritif, « léger ». Ces réticences ne semblent pas avoir provoqué d'interruptions du traitement. Les perceptions des femmes semblent peu différentes entre celles qui l'ont reçu dans une finalité préventive et celles qui l'ont reçu dans un but curatif.

Médicament, individualisation, empowerment : un rapport complexe

L'ampleur inégale des effets microsociaux rapportés par les femmes à propos des deux stratégies préventives n'est pas imputable à un traitement différent des données recueillies, mais témoigne d'impacts d'échelles différentes.

Stratégie comportementale versus stratégie médicamenteuse

La stratégie comportementale de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement impose aux mères de mettre en œuvre des pratiques d'alimentation et de soin du nourrisson qui exigent qu'elles s'opposent aux usages dans l'espace profane, et les met en position de vulnérabilité. Par opposition, la stratégie médicamenteuse leur permet de maintenir des pratiques qui ne les distinguent pas des autres femmes. Dans le foyer, l'alimentation d'un nourrisson ne pouvant être toujours confinée au privé, ses interprétations sont soumises *a minima* au regard des « vieilles », censées transmettre les règles de soin des enfants, du conjoint, supposé disposer d'un certain contrôle sur le respect des usages dans son foyer, et parfois des coépouses, rarement bienveillantes. La stratégie comportementale attire les commentaires de ces tiers, qui offrent un support à l'affirmation de l'ordre social dans le foyer et renforcent son emprise sur une mère.

Les femmes qui parviennent à appliquer sans difficulté majeure la stratégie de prévention comportementale appartiennent à quatre catégories : des femmes qui ont un statut social, un niveau d'éducation et/ou un niveau économique suffisants pour imposer leur préférence et gérer le risque d'impact sur leurs relations avec leur entourage et leur conjoint ; des femmes qui appartiennent à des couples « séro-informés » (de statuts sérologiques concordants ou différents), ayant une approche commune concernant la gestion préventive et curative de l'infection à VIH dans

leur foyer, et qui ont mis en place une stratégie de protection vis-à-vis du risque de stigmatisation qui englobe la famille ; des femmes chefs de famille, veuves, séparées ou abandonnées par leur mari, ou bien venues avec leurs enfants sans leur mari de Côte d'Ivoire¹⁴ ; des femmes, peu nombreuses, qui trouvent dans les associations ou auprès des professionnels de santé les ressources et l'aide psychologique et stratégique nécessaires pour contrebalancer des réactions défavorables de la part de leur conjoint ou de leur entourage. Pour les autres femmes, la stratégie comportementale de prévention est indissociable d'un risque social de mise en danger des relations, en premier lieu conjugales, pouvant, dans une société patrilinéaire virilocale, conduire à l'exclusion du foyer.

Dans les services de santé, la stratégie médicamenteuse est en phase avec la définition classique de la relation médicale soignant-soigné trouvant son apanage dans le modèle pasteurien, basée sur un savoir d'autorité et matérialisée par une prescription. Le « conseil informé » associé à la stratégie comportementale, qui met en avant la notion de choix de la part des femmes, convient mal aux situations qu'elles vivent, qui relèvent plutôt de décisions sous contraintes, en premier lieu d'ordre économique [Desclaux, Alfieri, 2009] ; il ne renforce leur autonomie que si elles sont déjà en mesure de négocier leurs relations intrafamiliales. La difficulté réside surtout pour les femmes dans l'anticipation de l'attitude du conjoint et des effets de l'annonce du statut VIH sur la relation interindividuelle, notamment dans le contexte souvent complexe de l'unité familiale ou résidentielle hébergeant coépouses et belle-mère elles-mêmes influentes auprès du conjoint.

D'autre part, la stratégie comportementale n'apparaît pas comme sûre aux femmes, alors que le médicament bénéficie de l'aura d'efficacité associée au monde de la science et de la médecine, qui assure sa popularité dans de nombreux contextes socioculturels [van der Geest, Whyte, 2003]. Les entretiens montrent également qu'un certain nombre de femmes sont culpabilisées ou se culpabilisent lorsqu'elles n'ont pas pu faire le « bon choix préventif », c'est-à-dire appliquer l'option alimentaire qu'elles auraient souhaitée. Aussi, la stratégie de prévention comportementale combinée à la notion de choix conduit une partie des femmes à se percevoir peu sûres d'elles, voire impuissantes et coupables, dépendantes de leur entourage, face à la transmission du VIH à leur enfant. Ceci ne signifie pas que la stratégie médicamenteuse n'aurait que des avantages objectifs : les mères pourraient par exemple être conduites à surévaluer son efficacité, ou éprouver des effets secondaires à long terme, ce qui ne pouvait être précisé par notre étude ; de plus les perceptions favorables des antirétroviraux sont probablement en partie liées au caractère exceptionnel du contexte de leur prescription au moment de l'étude¹⁵.

14. Au moment de l'enquête, les troubles sociopolitiques en Côte d'Ivoire avaient poussé des Burkinabè et des Ivoiriens d'origine burkinabè à se réfugier au Burkina Faso, notamment dans la région de Bobo-Dioulasso.

15. L'étude a été réalisée auprès de femmes qui participaient à un essai clinique ou à un projet d'ONG. La prescription des antirétroviraux est désormais « banalisée » et décentralisée dans des services de santé

Quel type d'individualisation suscitent les stratégies préventives ?

La stratégie comportementale qui commence avec le conseil informé et le choix a été définie dans une optique de reconnaissance et de renforcement de l'autonomie des femmes. Notre étude montre que ce dispositif n'est pas favorable à toutes les femmes, du fait de la subsistance de relations inégalitaires avec les soignants et l'entourage, et des contraintes économiques et sociales qui donnent aux choix des femmes un caractère illusoire. À l'inverse de ce qui est escompté, il semble que le discours mettant en avant l'autonomie, lorsque ce choix ne peut se traduire en actes, conduise les femmes à se sentir responsables de leur impuissance à protéger leur enfant, et renforce leur sujétion à leur entourage. L'individualisation imposée par la négociation entre des modèles culturels d'alimentation de l'enfant contradictoires dans deux domaines de la vie sociale (les services de soins et l'espace familial) telle qu'évoquée par Marie [1997] ne permet un *empowerment* qu'aux femmes déjà détentrices d'un certain degré d'autonomie.

La plupart des mères, jeunes et informées très récemment de leur atteinte, n'ont pas encore, à la naissance de leur enfant, eu accès aux associations de personnes vivant avec le VIH qui les auraient soutenues et aidées à élaborer des stratégies, notamment pour la gestion du secret sur leur statut. Le « conseil informé » leur impose une démarche réflexive et favorise leur responsabilisation culpabilisante, mais elles ne profitent pas d'emblée de la resocialisation et du soutien par les « pairs » observés ailleurs [Nguyen, 2010], et encore moins de la reconstruction du sens de leur existence sur une dimension collective ou politique de promotion de leurs droits en tant que personnes vivant avec le VIH. Déjà soumises à une forme d'individualisation du fait de leur statut VIH qui leur impose de prendre une certaine distance avec leurs engagements dans leur milieu familial, elles peuvent être sans ressources face aux risques supplémentaires – liés à la prévention – d'être considérées comme de « mauvaises mères » et de voir dévoiler leur atteinte. De plus, dans le domaine de la PTME, les associations proposent des prestations (aide financière et alimentaire, conseil individuel) davantage qu'une mobilisation sociale (participation à des actions collectives et interventions militantes) ; aussi la dimension d'étayage collectif, au travers par exemple des groupes de parole, ne peut-elle opérer parfois qu'au deuxième enfant, ce qui réduit le champ d'application du modèle de « citoyenneté biologique » pour les femmes.

Dans ce contexte, une stratégie purement médicamenteuse permet aux femmes d'appliquer la prévention de manière autonome – sans avoir à revendiquer une autonomie plus globale et sans se mettre en danger socialement. Le fait que les mères puissent gérer ce traitement à leur guise dans l'espace privé, sans obligation de déroger aux usages en matière de puériculture et d'obtenir l'assentiment du père de l'enfant, lève le risque ou la contrainte du dévoilement de leur statut sérologique qu'elles parviennent à maîtriser à propos du médicament. Les femmes

ordinaires. Un nouveau projet de recherche aborde des situations où ces traitements sont pris non seulement par des femmes enceintes, mais aussi par des mères et des nourrissons, dans ce nouveau contexte.

accèdent ainsi à la capacité de protéger leurs enfants sans se soustraire à leurs appartenances et sans bouleverser leurs relations sociales avec leur entourage, même lorsque celles-ci sont inégalitaires. C'est là un des paradoxes du traitement médicamenteux : l'autonomie de décision individuelle qu'il renforce, confirmant l'analyse de van der Geest et Whyte [1989], permet le maintien d'un *statu quo* social là où des stratégies comportementales pourraient imposer un réajustement des relations favorisant l'*empowerment*. Les relations entre ces termes sont donc complexes. La contribution du médicament à l'individualisation déjà initiée par l'atteinte par le VIH et par l'intervention de soins permet surtout aux femmes de négocier leurs contraintes relationnelles selon leur propre temporalité. Le médicament permet d'éviter certains effets sociaux délétères du VIH, mais en l'absence de modification des inscriptions sociales, il ne permet pas de faire de la pandémie de VIH une opportunité pour « réformer » des rapports sociaux inégalitaires¹⁶.

Conclusion

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement éclaire l'un des enjeux de la généralisation des antirétroviraux comme stratégie préventive en Afrique. Respecter les préceptes de la stratégie comportementale oblige les femmes à déroger, en matière d'alimentation du nourrisson, aux « exigences de leurs communautés qui à la fois les soutiennent et les menacent » [Marie, 1997, p. 15]. Ceci n'est possible que si elles disposent d'un certain niveau d'autonomie préalable, ou qui peut être acquis dans le rapport avec le système de soins, mais seulement pour certaines d'entre elles, au travers du modèle de « citoyenneté biologique » qui leur permet de s'appuyer sur des associations. Le degré d'autonomie nécessaire est bien moins important pour prendre un médicament que pour modifier les modalités d'alimentation d'un nourrisson. Le médicament apparaît donc comme plus favorable aux femmes car il leur permet de décider d'annoncer leur séropositivité à leur conjoint « quand elles veulent, comme elles veulent »¹⁷, afin d'éviter l'altération de relations qu'il leur faut maintenir car elles fondent leur appartenance à leur unité de survie. Il leur permet aussi d'éviter la culpabilisation induite par une individualisation non accompagnée d'*empowerment* lorsqu'on leur demande de choisir entre des pratiques d'alimentation de l'enfant en partie inapplicables. Enfin, il permet aux femmes d'être rassurées par l'aura d'efficacité associée aux antirétroviraux.

En 2010, les résultats probants d'études de l'efficacité de la prophylaxie médicamenteuse de la transmission du VIH par l'allaitement – en particulier celle menée sur le site de Bobo-Dioulasso – conduisaient l'OMS à promouvoir cette stratégie à la place de la stratégie comportementale dans le cadre de ce que les

16. C'était le sens de la « vision » de Jonathan Mann et de l'école de santé publique de Harvard dans les années 1990 [Gostin, 2001].

17. Allusion au slogan associé à l'obtention en France dans les années 1970 d'un autre médicament, « la pilule » contraceptive, symbole de la capacité de renforcement de l'autonomie et de l'individualisation des femmes par un médium pharmaceutique.

instances francophones qualifient « d'allaitement protégé » [WHO, 2010]. Entre-temps, la promotion de l'allaitement exclusif s'est généralisée, ce qui réduit les différences entre les pratiques d'alimentation recommandées pour les femmes atteintes par le VIH et pour celles qui ne le sont pas. Notre étude montre que cette nouvelle orientation stratégique favorise l'individualisation sans introduire de nouveaux effets sociaux défavorables ni modifier l'inscription microsociale des femmes dans leurs familles, fût-elle à leur désavantage.

Quelle portée plus générale peut-on attribuer à ces analyses pour contribuer au débat évoqué en introduction ? En matière de transmission sexuelle, les stratégies médicamenteuses de prévention sont attendues au vu de l'inefficacité relative des approches comportementales en vigueur, surtout à l'égard des femmes [Desclaux, Msellati, Sow, 2011]. Néanmoins, dans certains modèles en cours de généralisation en Afrique, c'est la personne atteinte qui prend les antirétroviraux et non son partenaire face au risque de transmission sexuelle ; la première pourrait préférer ne pas révéler son statut VIH à la seconde, la motivation préventive de l'annonce n'étant plus prégnante lorsque le risque de transmission est théoriquement nul. Le médicament est tangible pour celui qui le consomme, comme le soulignent van der Geest et Whyte [1989], mais pour un partenaire il est moins tangible que l'utilisation des préservatifs. L'individualisation et l'*empowerment* que véhiculent les médicaments pourraient renforcer ou neutraliser les rapports de pouvoir selon que la personne qui prend les antirétroviraux est porteuse du VIH ou pas, et appartient à l'un ou à l'autre sexe, ce qui impose d'en mener une analyse contextualisée prenant en compte la diversité des stratégies médicamenteuses. L'analyse à venir, ébauchée ici à propos d'une situation particulière de prophylaxie médicamenteuse, s'annonce riche. Elle devrait permettre de documenter la contribution de l'expérience de la maladie et de diverses formes de soin aux processus d'individualisation, encore peu explorée [Calvès, Marcoux, 2007].

Bibliographie

- ALFIERI C., SANOU A., KY-ZERBO O., DESCLAUX A. [2007]. « Alimenter son enfant après un sevrage précoce au Burkina Faso : perceptions et pratiques des mères séropositives », *Poster* présenté à la 4^e Conférence francophone VIH/sida, Paris, 29-31 mars 2007.
- BARR D., AMON J.J., CLAYTON M. [2011]. « Articulating a Rights-Based Approach to HIV Treatment and Prevention Interventions », *Current HIV Research*, vol. 9, n° 6, p. 396-404.
- BIEHL J. [2007]. "Pharmaceuticalization: AIDS Treatment and Global Health Politics", *Anthropological Quarterly*, vol. 80, n° 4, p. 1083-1126.
- CALVES A.E., MARCOUX R. [2007]. « Présentation. Les processus d'individualisation "à l'africaine" », *Sociologie et sociétés*, vol. 39, n° 2, p. 5-18.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. [2000]. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest : de l'anthropologie à la santé publique*, Médecines du Monde : Anthropologie Comparée de la Maladie, Paris, Karthala, 556 p.

- DESCLAUX A., ALFIERI C. [2008], « Allaitement, VIH et prévention au Burkina Faso : les déterminants sociaux ont-ils changé ? », *Science et technique, Sciences de la santé*, hors série n° 1, p. 117-126.
- DESCLAUX A., ALFIERI C. [2009], "Counseling and Choosing Between Infant-Feeding Options : Overall Limits and Local Interpretations by Health Care Providers and Women Living with HIV in Resource-Poor Countries (Burkina Faso, Cambodia, Cameroon)", *Social Science and Medicine*, vol. 69, n° 6, p. 821-829.
- DESCLAUX A., ALFIERI C. [2010], "Facing Competing Cultures of Breastfeeding: The Experience of HIVPositive Women in Burkina Faso", in LIAMPUTTONG P. (dir.), *Infant Feeding Beliefs and Practices across Cultures*, Dordrecht, Springer, p. 195-210.
- DESCLAUX A., MSELLATI P., SOW K. [2011], *Les Femmes à l'épreuve du VIH dans les pays du Sud. Genre et accès universel à la prise en charge*, *Sciences sociales et sida*, Paris, Éditions ANRS, 290 p.
- EGROT M. [2007], « Renaître d'une mort sociale annoncée : recomposition du lien social des personnes vivant avec le VIH en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Sénégal) », *Cultures et sociétés*, vol. 1, n° 1, p. 49-56.
- ELIAS N. [1991], *La Société des individus*, Paris, Fayard, 301 p.
- GARNIER C., LEVY J.J. [2007], *La Chaîne des médicaments : perspectives pluridisciplinaires*, Québec, Presses de l'université du Québec, 499 p.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. [2003], « Popularité et scepticisme : opinions contrastées sur les médicaments », *Anthropologie et sociétés*, vol 27, n° 2, p. 97-117.
- VAN DER GEEST S., WHYTE S.R. [1989], "The Charms of Medicines: Metaphors And Metonyms". *Medical Anthropology Quarterly*, vol 3, n° 4, p. 345-367.
- GOSTIN L.O. [2001], "Public Health, Ethics, and Human Rights: A Tribute to the Late Jonathan Mann", *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 29, n° 2, p. 121-130.
- GRANICH R., GUPTA S., SUTHAR A., SMYTH C., HOOS D., VITORIA M., MARIANGELA BAVICCHI SIMAO M., HANKINS C., SCHWARTLANDER B., RIDZON R., BAZIN B., WILLIAMS B., LO Y.-R., MCCLURE C., MONTANER J., HIRNSCHALL G. [2011], "ART in Prevention of HIV and TB: Update on Current Research Efforts", *Current HIV Research*, vol. 9, n° 6, p. 446-469.
- INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD) [2012], *Burkina Faso, Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDSBF-MICS IV) 2010*. Ouagadougou, ministère de l'Économie et des Finances et ICF International, 501 p. : www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR256/FR256.pdf (page consultée le 22 mars 2013).
- MARIE A. [1997], *L'Afrique des individus : itinéraires citadins dans l'Afrique contemporaine*, Paris, Karthala, 440 p.
- NGUYEN V.-K. [2010], *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. (1^{re} ed.), Durham, NC, Duke University Press, 248 p.
- NGUYEN V.-K., BAJOS N., DUBOIS-ARBER F., O'MALLEY J., PIRKLE C.M. [2011], "Remedicalizing an Epidemic: From HIV Treatment as Prevention to HIV Treatment is Prevention". *AIDS*, vol. 25, n° 3, p. 291-293.
- NICHTER M., VUCKOVIC N. [1994], "Understanding medication in the context of social transformation", in ETKIN N.L., TAN M.L. [dir.], *Pharmaceuticals: Meanings and contexts*, Quezon City: Health Action International Network, p. 287-305.
- PNUD [2011], « Durabilité et équité : un meilleur avenir pour tous », *Rapport sur le développement humain 2011* : <http://hdr.undp.org/fr/rapports/mondial/rdh2011/> (page consultée le 15 novembre 2012).

- RABINOW P. [2000], *Le Déchiffrage du génome*, Paris, Odile Jacob, 274 p.
- ROSE N., NOVAS C. [2005], "Biological Citizenship", in ONG A., COLLIER S.J. [dir.], *Global Assemblages. Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems*, Malden, Mass., Blackwell Publishing, p. 439-463.
- SEIDEL G. [1993], "The Competing Discourses of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs. Discourses of Control and Exclusion", *Social Science & Medicine*, vol 36, n° 3, p. 175-194.
- TJOU TRAORÉ A., QUERRE M., BROU H., LEROY V., DESCLAUX A., DESGRÉES-DU-LOÛ A. [2009], "Couples, PMTCT Programs and Infant Feeding Decision-Making in Ivory Coast", *Social Science & Medicine*, vol 69, n° 6, p. 830-837.
- UNICEF [2007], "Women and Children The Double Dividend of Gender Equality", *The state of the world's children 2007*, New York, Unicef, 148 p. : <http://www.unicef.org/sowc07/docs/sowc07.pdf/> (page consultée le 15 novembre 2012).
- UNICEF [2012], Burkina Faso, Statistiques, Nutrition. http://www.unicef.org/french/infoby-country/burkinafaso_statistics.html (page consultée le 10 novembre 2012).
- WHO [2009], *HIV and Infant Feeding Revised Principles and Recommendations, Rapid Advice*, Geneva, World Health Organization, 23 p. : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598873_eng.pdf (page consultée le 15 novembre 2012).
- WHO [2010], *Guidelines on HIV and Infant Feeding, 2010, Principles and Recommendations for Infant Feeding in The Context of HIV and A Summary of Evidence*, Geneva, World Health Organization, 49 p. : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599535_eng.pdf (page consultée le 31 janvier 2013).
- WHO [2011a], *Global health sector strategy on HIV/AIDS 2011-2015*, Geneva, World Health Organization, 40 p. : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501651_eng.pdf (page consultée le 15 novembre 2012).
- WHO [2011b], *Global HIV/AIDS réponse, Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access, Progress Report 2011*, Geneva, World Health Organization, 224 p : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf (page consultée le 15 novembre 2012).
- WHO [2012], *The Strategic Use of Antiretrovirals to Help End The HIV Epidemic*, Geneva, World Health Organization, 51 p. : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75184/1/9789241503921_eng.pdf (page consultée le 9 novembre 2012).