

Chapitre XIV

Pratiques et perceptions des femmes séropositives à Abidjan et à Bobo-Dioulasso

Djénéba Coulibaly-Traoré, Alice Desclaux,
Odette Ky-Zerbo

Comme dans le cas des autres modes de transmission du VIH, le risque de transmission par l'allaitement dépend non seulement de la façon dont le système de soin a pu s'adapter face à l'épidémie pour protéger les enfants, mais également des attitudes des mères, qui sont elles-mêmes liées à leurs perceptions de la transmission et des mesures de prévention. Mais les mères ne choisissent pas librement, ni en toute indépendance, le mode d'alimentation qu'elles adopteront pour leur enfant. Leurs pratiques, et l'écart qui existe entre ce qu'elles auraient voulu faire et ce qu'elles ont pu faire effectivement, témoignent des contraintes et des obstacles qu'elles rencontrent. Leurs choix dépendent bien souvent des avis de leur conjoint et des personnes de leur entourage, qui peuvent s'opposer aux mesures préventives. L'étude des perceptions et des pratiques effectives des femmes auxquelles des mesures de prévention ont été conseillées dans le cadre du Projet DITRAME permet de mieux comprendre les obstacles que peuvent rencontrer les femmes séropositives dans deux contextes urbains ouest-africains.

L'enquête

L'enquête a été menée auprès de 60 femmes séropositives participant au projet DITRAME à Abidjan et à Bobo-Dioulasso, ayant un enfant qui avait déjà été sevré. Ces femmes étaient âgées de plus de 18 ans et venaient régulièrement en consultation dans les centres de soin concernés, ce qui correspond aux critères d'inclusion du projet¹. La méthode et la population d'enquête sont présentées plus bas.

Dans les deux villes, toutes les femmes interrogées avaient appris leur séropositivité à l'occasion du dépistage réalisé dans le cadre du projet, au cours d'une consultation prénatale. Dans ce cas, l'équipe du projet réalise un "conseil" (au sens de "counseling"), qui envisage avec la femme le fait d'informer son partenaire de son statut sérologique et de lui proposer de faire un test de dépistage qui sera pris en charge par le projet.

Les contraintes de la confidentialité

Les modalités de proposition de l'enquête et les modalités d'enquête garantissaient la confidentialité. De plus, les femmes ne devaient pas suspecter que les enquêteurs connaissaient leur statut sérologique : l'enquêteur ne posait aucune question directe dans ce sens et ne s'exprimait clairement sur le sujet que dans le cas où la femme avait déjà, elle-même, abordé sa séropositivité. Cette contrainte méthodologique particulièrement difficile à gérer du fait de ses implications concernant le contenu des entretiens tient aux options éthiques adoptées par le projet DITRAME.

En effet, si toutes les femmes incluses dans le projet sont séropositives (l'atteinte par le VIH étant le premier critère d'inclusion du projet), les investigateurs ont choisi, à Bobo-Dioulasso, d'informer chaque femme de sa séropositivité mais de lui laisser entendre que le projet pouvait concerner des femmes séropositives et séronégatives. Cette précaution avait pour objectif d'éviter que la fréquentation des centres de soin concernés par le projet ne devienne un stigmate de la séropositivité pour les femmes, dans une "petite ville" où "tout le monde se connaît", et dans un pays où l'attitude dominante vis-à-vis

¹ Les critères d'inclusion du projet sont explicités dans le chapitre XV.

des personnes atteintes par le VIH était la critique et le rejet lorsque le projet a été mis en place. À Abidjan par contre, l'anonymat étant plus facilement garanti dans des services de soin ayant une fréquentation habituelle importante, les femmes incluses savaient que le projet s'adressait exclusivement à des personnes séropositives. Ainsi, les "espaces de confidentialité", que l'on peut définir comme l'ensemble des personnes informées du statut sérologique d'une femme incluse respectant le secret, étaient différents sur les deux sites : à Bobo-Dioulasso, seuls l'assistante sociale et le médecin étaient informés du statut sérologique de la femme ; à Abidjan, c'est l'équipe du projet et l'ensemble des femmes incluses qui avaient connaissance de la séropositivité de toute femme incluse. Dans les deux sites, l'équipe conseillait aux femmes de ne pas dévoiler leur séropositivité à des personnes n'appartenant pas à leur entourage, pour éviter les réactions négatives. Les mêmes précautions ont régi la constitution d'associations : à Bobo-Dioulasso, Sya Solidarité, l'association qui rassemble les femmes et les membres de l'équipe du projet tout en étant ouverte à d'autres personnes, est une association "de soutien aux personnes vivant avec le VIH" ; à Abidjan, des femmes incluses dans le projet ont créé une association, Amépouh, qui rassemble explicitement des femmes "vivant avec le VIH".

Ces différences dans la gestion de la confidentialité à Bobo-Dioulasso et à Abidjan – réponses à l'attitude du corps social, dans ces deux villes, vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH – ont retenti sur les résultats de l'enquête : alors qu'à Abidjan, toutes les femmes enquêtées sauf une ont évoqué leur séropositivité, seulement 17 des trente femmes rencontrées à Bobo-Dioulasso en ont parlé ouvertement avec l'enquêtrice. Les analyses des perceptions et des pratiques relatives au VIH présentées ci-dessous ne concernent donc que 47 personnes ; par contre, les analyses des pratiques d'allaitement concernent l'ensemble des femmes.

Méthodologie de l'enquête

Les femmes concernées par cette étude ont toutes un enfant vivant, déjà sevré. Ces femmes ont été choisies de telle façon que soient représentées dans l'échantillon des durées d'allaitement diverses (à Abidjan, ont été rencontrées des femmes qui avaient moins de 2 mois / entre 2 et 8 mois / plus de 8 mois d'allaitement ; à Bobo-Dioulasso, moins de 18 mois / plus de 18 mois) et des milieux sociaux variés (à Abidjan, les femmes provenaient de trois services de santé ayant des recrutements différents en terme de catégorie sociale : CHU / Formations Sanitaires Yopougon / FSCom - Formation Sanitaire Communautaire - Anonkoua-Kouté). Les informations recueillies par cette

enquête sont donc illustratives des situations existant à Abidjan et Bobo-Dioulasso, mais ne sont pas quantitativement représentatives de la population des femmes incluses dans le projet DITRAME.

Les femmes qui devaient être interrogées ont été sélectionnées en fonction des possibilités de les contacter et selon les critères exposés ci-dessus par l'équipe du projet DITRAME, qui leur présentait l'étude en leur expliquant ses objectifs et sa méthode, soit à la suite d'une consultation de suivi clinique, soit lors d'une visite à domicile d'une assistante sociale. Les femmes qui acceptaient le principe de l'étude étaient orientées auprès des chercheurs-enquêtrices, qui ré-expliquaient les objectifs et les modalités de l'enquête. Les femmes qui ont accepté de participer ont été rencontrées dans le centre de santé où elles sont suivies d'ordinaire à Abidjan, dans un lieu d'enquête extérieur aux services de soin à Bobo-Dioulasso, pour deux entretiens standardisés directifs, réalisés en français ou en dioula à Abidjan, en français, dioula ou moré à Bobo-Dioulasso. Les chercheurs qui ont réalisé l'enquête avaient déjà travaillé dans le cadre du projet DITRAME comme sociologue (D. Coulibaly-Traoré) et comme moniteur d'études cliniques (Odette Ky-Zerbo), ce qui assurait une articulation étroite de l'étude en sciences sociales avec le projet DITRAME et un respect des procédures garantissant la confidentialité. À Bobo-Dioulasso, une interprète a été engagée pour la réalisation des entretiens en moré ; cette interprète était l'une des femmes suivies par le projet, bien connue des autres femmes, ce qui a facilité l'instauration d'une relation de confiance entre l'équipe d'enquête et les femmes. La plupart des entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits, après traduction lorsque nécessaire. Quelques femmes ont refusé l'enregistrement ; dans ce cas, la méthode choisie fut la prise de notes. L'enquête a été réalisée entre juillet et septembre 1998.

Ne pas savoir ou ne pas dire

Les termes employés pour qualifier la séropositivité ne sont pas exactement les mêmes à Abidjan et Bobo-Dioulasso : à Abidjan, les termes de "séropositivité" et de "VIH" ou de "virus du sida" sont employés par la quasi-totalité des femmes ; la seule inexactitude d'un point de vue médical consiste, pour quatre femmes, à se déclarer "malades du sida" alors qu'elles sont au stade de la séropositivité asymptomatique. À Bobo-Dioulasso, par contre, les propos employés par les femmes qui se déclarent infectées par le VIH, comme par celles qui ne disent pas l'être, sont moins précis, d'autant plus qu'ils sont fréquemment exprimés en moré et en dioula : « *Il y a des microbes dans le sang* », « *Le sang n'est pas bon* », « *Les microbes du sida sont dans mon organisme* », « *Ils ont dit qu'il y a des maladies, quand tu marches dessus tu peux les avoir*². Mais ils ont regardé et dit

² Il est fait référence ici à un mode de transmission de la maladie appartenant aux

que je n'ai pas ces maladies-là ». Les limites méthodologiques de l'interprétation du discours sur un thème aussi chargé d'enjeux que l'atteinte par le VIH ne permettent pas toujours de distinguer le fait de ne pas savoir de la volonté de taire, ou de l'euphémisation qui permet de répondre "sans dire". Même dans une situation de communication où il existe une certaine confiance, subsistent des difficultés linguistiques, liées notamment au fait qu'il n'existe pas de traduction reconnue des notions concernant le VIH dans les langues officielles du Burkina (moré, dioula, fulfuldé), ce qui conduit les professionnels de santé à utiliser eux-mêmes des formulations telles que : « *Le sang n'est pas bon* », voire « *Le sida est dans le sang* ». D'autre part, l'éthique interdit à tout enquêteur d'amener les femmes enquêtées à dire ce qu'elle ne veulent pas dire. Il semble donc impossible d'affirmer que les imprécisions, fréquentes dans les propos des femmes, reflètent leur incompréhension. Ce flou sémantique général – certes, plus marqué à Bobo-Dioulasso qu'à Abidjan – apparaît, bien plus qu'une simple conséquence des limites méthodologiques de notre enquête, comme une caractéristique de la communication entre soignants et femmes dans le contexte du sida, fréquemment décrite dans les enquêtes menées auprès des professionnels de santé des services de soin d'Afrique de l'Ouest³.

Profil de la population d'enquête

60 femmes (30 à Abidjan, 30 à Bobo-Dioulasso) sont concernées par cette analyse. L'âge moyen des femmes est de 29 ans à Abidjan, 26 ans à Bobo-Dioulasso ; la plus jeune a 20 ans dans les deux villes et la plus âgée en a 42 à Abidjan, 39 à Bobo. Les femmes sont plus nombreuses à vivre seules à Abidjan, où 19 vivent en couple : 16 sont mariées coutumièrement et/ou religieusement (dont une seule légalement) et deux en concubinage ; à Bobo-Dioulasso, 24 sont mariées, dont 20 vivent avec le père de l'enfant. Six femmes de Bobo-Dioulasso vivent dans des foyers polygames ; aucune femme d'Abidjan n'est dans cette situation, mais deux ont un enfant avec un partenaire marié par ailleurs, alors que les femmes d'Abidjan sont plus nombreuses à vivre seules ou en famille (14 célibataires et fiancées vs. 4 à Bobo). Les familles étendues sont plus nombreuses à Bobo-Dioulasso, où le nombre moyen est de neuf personnes par foyer (compris entre trois et 32), alors qu'il est de cinq (compris entre deux et 11) à Abidjan. Les

perceptions populaires, qui concerne plus particulièrement les "maladies du sexe" ; le sida est perçu comme appartenant à cette catégorie de maladies, et susceptible d'être contracté par un contact direct ou indirect avec un malade.

³ Pour des données récentes témoignant de la difficulté des médecins à annoncer la séropositivité au Burkina Faso voir Bronsard 1999.

femmes ont en moyenne deux enfants à Bobo et à Abidjan.

Le niveau de scolarisation des femmes est plus élevé à Abidjan qu'à Bobo-Dioulasso : 26 femmes y ont été scolarisées dont 10 ont un niveau d'études secondaire et 16 ont un niveau d'études primaire ; 21 femmes savent lire et écrire ; trois ont fait l'école coranique et quatre n'ont pas été scolarisées. À Bobo-Dioulasso, 13 femmes n'ont pas été scolarisées, et seulement trois ont un niveau d'études secondaire. Ces différences reflètent des disparités nationales : le taux d'alphabétisme brut pour les adultes est de 19 % au Burkina, 40 % en Côte-d'Ivoire ; le taux d'alphabétisme des femmes est, en pourcentage de celui des hommes, de 30 % au Burkina, 60 % en Côte-d'Ivoire (UNICEF 1999).

Toutes les femmes rencontrées à Abidjan utilisent l'eau du robinet ou de la pompe pour les travaux ménagers : 29 d'entre elles ont un robinet toujours fonctionnel à domicile et quatre achètent l'eau du robinet dans une cour voisine ; aucune n'utilise l'eau de puits. À Abidjan, quels que soient le lieu d'habitation et le niveau de vie, il est possible de s'approvisionner en eau de robinet ou de pompe. À Bobo-Dioulasso, par contre, quatre femmes utilisent l'eau de puits, 21 achètent l'eau de robinet au jour le jour dans une cour voisine, ou aux robinets et pompes installés dans les quartiers viabilisés. Le pourcentage de la population urbaine ayant accès à l'eau salubre est de 66 % au Burkina, 56 % en Côte-d'Ivoire ; pour l'ensemble de la population, ces taux sont de 42 % dans les deux pays (UNICEF 1999).

Trois femmes (deux à Abidjan, une à Bobo) ont un emploi rémunéré qui leur assure un revenu régulier. Les autres sont pour moitié des "commerçantes" ayant une activité de "petit commerce" dans le secteur informel, qui leur procure un revenu irrégulier ; pour moitié, elles s'occupent de leurs enfants et de leur "ménage" et ne disposent que de l'argent que leur donne leur conjoint. Le PNB par habitant était, en 1996, de 230 USD au Burkina Faso, et de 660 USD en Côte-d'Ivoire (UNICEF 1999).

Des pratiques d'alimentation aux perceptions

Le détail des pratiques alimentaires présenté ci-dessous a valeur de description de notre "échantillon". Ces pratiques concernent 60 femmes qui se savent infectées par le VIH à Abidjan et à Bobo-Dioulasso en 1998, dans des conditions où elles doivent elles-mêmes acheter les substituts du lait maternel et le matériel pour préparer les biberons, ainsi que les aliments de remplacement. Les pratiques sont aussi liées aux perceptions de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, qui s'articulent avec les perceptions de l'allaitement maternel.

Les pratiques alimentaires

À Abidjan, trois femmes ont adopté l'allaitement artificiel dès la naissance. Deux femmes ont pratiqué l'allaitement mixte dès la naissance et adopté l'allaitement artificiel à partir de deux mois ; cette manière de procéder leur a permis de justifier ce choix vis-à-vis du mari ou de l'entourage, par le refus du lait maternel par le nouveau-né : elles peuvent ainsi déclarer que l'enfant n'a plus voulu le sein. À Bobo-Dioulasso, toutes les femmes sauf une ont allaité au sein jusqu'au sevrage effectif ; une femme a pratiqué l'allaitement artificiel pendant 40 jours, sur prescription médicale pour cause de maladie⁴.

À Abidjan, le colostrum a été donné à l'enfant par toutes les femmes qui l'ont allaité dès la naissance. À Bobo-Dioulasso, le colostrum a été donné à l'enfant par toutes les femmes, à l'exception de deux femmes qui ont déclaré qu'il doit être jeté parce que « *les gens disent que ce n'est pas bon* » : elles ne font pas référence à la transmission du VIH, mais aux perceptions populaires du "premier lait".

À Abidjan, l'âge moyen d'introduction d'un autre aliment est de quatre mois. À Bobo-Dioulasso, les aliments autres que le lait maternel ont été introduits à un âge très variable : entre trois et douze mois (âge moyen : six mois) ; aucune femme n'a eu recours à l'allaitement mixte. Généralement, les femmes ont donné à leur enfant des bouillies, préparées majoritairement par elles-mêmes à partir de céréales locales (riz, maïs, mil, etc.) ; trois femmes ont utilisé des bouillies instantanées. À Abidjan, quelques femmes achètent des

⁴ La maladie n'a pas pu être identifiée au cours de l'entretien.

bouillies instantanées importées (Cérelac®, Phosphatine®, Blédilac®, etc.) dans les pharmacies ou les supermarchés. La bouillie est considérée comme un complément alimentaire lorsque le lait maternel est insuffisant ou ne suffit plus pour répondre aux besoins de l'enfant. Pour les mêmes raisons, quand le lait de la mère est abondant, l'âge d'introduction de la bouillie peut être retardé à cinq, voire six mois.

À Abidjan, les femmes ont sevré leur enfant à douze mois au plus tard ; la durée moyenne d'allaitement est, parmi les femmes qui ont allaité leur enfant, de six mois ; la durée moyenne d'allaitement pour l'enfant précédent était de 15 mois, ce qui correspond à la durée moyenne d'allaitement observée au plan national, comprise entre 15 et 18 mois (Institut National de la Statistique 1997 : 35). À Bobo-Dioulasso, aucune femme n'a sevré son enfant avant six mois : le sevrage a eu lieu entre huit et vingt-quatre mois (avec un âge moyen d'environ dix-sept mois). Cependant, la durée d'allaitement est inférieure de neuf mois à la durée de l'allaitement de l'enfant précédent.

Ainsi, à Bobo-Dioulasso, les pratiques alimentaires concernant l'enfant dont la mère savait qu'il courait un risque de contamination par le VIH sont très proches de celles qui ont été mises en oeuvre pour son aîné ; la principale différence concerne la durée d'allaitement. À Abidjan par contre, des femmes qui n'avaient jamais pratiqué l'allaitement artificiel l'ont essayé.

Les perceptions de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

La grande majorité des femmes que nous avons rencontrées à Abidjan comme à Bobo-Dioulasso savent que le VIH se transmet par le sang. Elles en déduisent que le virus peut passer de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement, car pour elles l'enfant est fait du sang de la mère. Pour quelques femmes, la perception des mécanismes de transmission s'appuie sur l'existence d'un traumatisme, qui mettrait directement en contact le sang de la mère et le sang de l'enfant, supposés distincts. Les connaissances sont moins établies concernant la transmission par le lait, et la part respective, dans la transmission, de la grossesse, l'accouchement, et l'allaitement.

L'ordre de grandeur du risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est pas perçu de manière précise. Aucune femme n'a cité de chiffre, et les réponses se partagent entre les options que nous

avons proposées aux femmes – toujours, souvent, rarement, jamais. Plusieurs femmes estiment que la transmission a lieu dans tous les cas. Cette notion est ancrée dans les perceptions des échanges sanguins entre la mère et l'enfant, lorsqu'une femme déclare : « *Quand l'enfant est dans le ventre, c'est forcé qu'il prenne la maladie parce que c'est le même sang que pour sa mère* ». Des propos révèlent une conception du risque qui n'est pas quantifié, qui envisage le risque individuel plutôt qu'un taux concernant une population, et qui fait intervenir la notion de destin ou de Dieu : « *Si Dieu veut que l'enfant ait la maladie, il l'aura. L'enfant peut être très touché comme il peut ne pas l'être... S'il est très touché il meurt dès la naissance.* » D'autres propos traduisent la perception du caractère aléatoire de la transmission : « *Quand tu donnes le sein à l'enfant tu n'es pas tranquille. Le microbe est-il en train de passer dans le lait, n'est-il pas en train de passer, tu ne sais pas* ». Mais même celles qui ont les meilleures connaissances ne sont pas en mesure de quantifier ce risque ou de donner un ordre de grandeur concernant la transmission du VIH de la mère à l'enfant et la transmission par l'allaitement.

La notion de transmission du VIH par l'allaitement est mentionnée par les femmes, mais les connaissances concernant les circonstances et les facteurs de la transmission ne sont pas parfaitement assurées. Deux types de perceptions du rapport entre allaitement et transmission du VIH transparaissent dans les propos. Certaines femmes pensent que la transmission n'a lieu que si l'allaitement, voire si chaque tétée, dure longtemps : « *Si l'enfant dure au sein il n'y a plus de lait. Donc c'est le sang de la mère que l'enfant boit. Quand l'enfant tète, à ce moment-là tu sens ton coeur battre...* ». Ces perceptions s'articulent à la fois avec la physiologie populaire, qui accorde une place cruciale au sang, et avec les sensations physiques des femmes qui perçoivent leur tachycardie au moment où elles allaitent comme un signe de l'absorption du sang par le nouveau-né. Le seuil de durée d'allaitement qui favoriserait la transmission est perçu de manières très diverses : cela peut être neuf mois, douze mois, deux ans... selon les femmes de Bobo-Dioulasso. Ainsi, une femme déclare : « *À l'âge de six, sept, huit mois, il n'y a pas de danger. Mais à un an et plus, l'enfant tète le sang de la mère. Donc si on ne l'enlève pas du sein à ce moment-là, il peut être contaminé* ». D'autres femmes, essentiellement à Abidjan, pensent que, si le sevrage est recommandé par les médecins à six mois, ce n'est qu'à cet âge-là que l'enfant court un risque. Aussi, quelques femmes

parmi celles qui ont respecté ce conseil estiment que leur enfant n'a couru aucun risque. Enfin, quelques femmes estiment qu'un traumatisme du sein ou une effraction cutanée du mamelon facilitant les échanges sanguins sont indispensables pour que le nourrisson soit contaminé par l'allaitement.

L'équipe du projet DITRAME est l'unique source d'information concernant la transmission du VIH par l'allaitement citée par les femmes de Bobo-Dioulasso ; à Abidjan, par contre, d'autres sources sont parfois mentionnées, telles que les associations ou les discussions avec les amies. Mais à Bobo-Dioulasso, l'intégration du projet dans des services de soin non spécialisés n'a pu éviter les contradictions dans les messages que rapportent des femmes, auxquelles divers professionnels de santé qu'elles ont rencontrés ont dit pour certains d'entre eux qu'il fallait allaiter l'enfant le plus tôt et le plus longtemps possible, pour d'autres qu'il fallait sevrer son enfant tôt. Aussi, certaines femmes que nous avons interrogées, "perdues" par ces discours, n'ont plus de notions précises à propos de la transmission du VIH par l'allaitement. De même, à Abidjan, près de la moitié des femmes que nous avons interrogées pensent que leur enfant était protégé par l'AZT dans les premiers mois de vie, période où les médecins n'insistaient pas sur la nécessité d'un sevrage précoce ; certaines femmes pensent que l'allaitement transmet le VIH autour de six mois de vie car c'est à ce moment-là que les médecins leur ont parlé avec insistance de la prévention. L'on entrevoit ici les risques de réinterprétation de l'information reçue, basée sur plusieurs processus : la nécessité cognitive pour les mères de mettre en cohérence des éléments d'information provenant de sources diverses, les inférences logiques du point de vue des femmes mais abusives du point de vue des médecins, les mécanismes psychologiques favorisant l'évitement d'informations péjoratives.

Les perceptions de l'allaitement et du lait

Les perceptions de l'allaitement et du lait maternel déterminent les attitudes en matière de prévention. Les motifs qui amènent la mère à refuser un sevrage précoce ne sont pas tous liés à des obstacles matériels ou aux réactions de l'entourage. En premier lieu, les femmes de Bobo-Dioulasso qui auraient voulu sevrer leur enfant plus tôt qu'elle ne l'ont fait de manière effective déclarent que l'enfant n'était

pas en assez bonne santé pour supporter le sevrage, ou que l'enfant avait trop peu d'appétit pour n'être nourri qu'avec des aliments de complément. Celles qui n'ont pas voulu sevrer leur dernier-né plus tôt que leurs autres enfants (majoritaires à Bobo-Dioulasso) avancent les mêmes raisons.

Les femmes que nous avons interrogées partagent les perceptions de l'allaitement déjà décrites au Burkina Faso dans un chapitre précédent, dominées par ses bienfaits enseignés dans les services de santé : psychologiques, contraceptifs, nutritionnels, pour la relation entre enfant et mère. L'allaitement est valorisé au point que plusieurs femmes de Bobo-Dioulasso déclarent simplement que l'enfant "doit" être allaité par sa mère quelles que soient les conditions, sans fournir d'explications qu'elles jugent superflues. À l'inverse, les "laits artificiels" sont marqués par des représentations péjoratives liées à leur faible valeur présumée pour le développement de l'enfant : des femmes disent que « *il n'y a pas de risque mais on dit que si tu donnes le lait de pharmacie à ton enfant il aura la diarrhée* », « *... l'enfant qui a bu le lait de pharmacie, même s'il grandit, il restera maladif* » ; il en est de même pour le lait de vache, qui, malgré ses qualités nutritionnelles, est considéré comme moins bon pour l'enfant que le lait maternel qui est "bien plus qu'un aliment" : « *Celui qui boit le lait de vache est gros alors que celui qui tète est fort* » dit une mère. Les termes employés pour évoquer les raisons qu'ont les mères de poursuivre l'allaitement malgré les conseils médicaux renvoient souvent à l'affectif : « *amour* », « *pitié* », « *il faut avoir le coeur dur pour sevrer son enfant, [même si c'est pour son bien]* ». Les mères expliquent qu'un enfant chétif "fait pitié" parce qu'elles savent que le sevrage aggraverait son état. Une femme commerçante de Bobo-Dioulasso qui a sevré son enfant à 18 mois dit que : « *Si une femme qui ne travaille pas fait pareil [c'est-à-dire si elle choisit le sevrage précoce] cela veut dire qu'elle ne veut pas de son enfant* ». C'est dire toute la valeur accordée à l'allaitement maternel, dans les perceptions des mères et dans le regard des autres.

Même les dimensions identitaires de l'allaitement et de ses pratiques peuvent être retrouvées dans les propos des femmes que nous avons rencontrées. Selon une femme d'Abidjan, « *un garçon doit téter un an, un an et demi pour qu'il soit bien dur, parce que nos maris, ils ont tété jusqu'à deux ou trois ans, si tu les vois aujourd'hui, ils sont solides. Le Blanc, il tète jusqu'à six mois, après il est fléqué-*

*fléqué*⁵. *Il tombe toujours malade... Peut-être cette sale maladie est partie de chez eux... »*. Cette femme sait que l'allaitement ne protège pas directement contre le virus car elle décrit aussi la transmission du VIH par le lait, mais elle pense que le lait maternel apporte une santé et une immunité qui procureraient un certain niveau de résistance... Les perceptions du lait maternel restent marquées par une ambivalence, qui pourrait être ainsi résumée : «le lait est bon, même s'il est contaminé» ; une ambivalence symétrique est associée au lait artificiel ; comme le décrit une femme rencontrée peu de temps après cette enquête et dans les mêmes services d'Abidjan, « *les gens disent que s'il prend le lait [artificiel], il ne respecte pas les gens, il n'est pas intelligent, mais comme je suis malade, je suis obligée de lui donner c'est pour cela que je lui donne* ». Cette ambivalence rend plus complexe encore la prise de décision du sevrage.

Les obstacles à la prévention

L'allaitement est un acte public, pratiqué aux yeux de tous, et tout changement dans l'alimentation du nourrisson implique, autour de la mère, l'avis de ceux qui ont l'autorité concernant l'élevage⁶ de l'enfant et de ceux qui ont le pouvoir économique : le père de l'enfant et le chef de famille. À Bobo-Dioulasso, où beaucoup de femmes vivent dans des foyers qui rassemblent des membres de la famille élargie, l'avis des conjoints est indissociable de l'avis des « vieilles », belle-mères et femmes âgées vivant dans la cour, qui ont l'autorité en matière de maternage. L'avis de ces personnes dépendra de leur compréhension des motifs pour lesquels l'enfant n'est pas allaité de la même façon que les autres enfants de la cour.

L'avis du conjoint

L'avis du partenaire est l'obstacle à la prévention le plus fréquemment cité par les femmes. Elles disent qu'elles n'ont pas pu sevrer leur enfant aussi tôt qu'elles l'auraient voulu parce que leur mari s'y est opposé. « *S'il ne tenait qu'à moi, je l'aurais sevré à 16*

⁵ *Fléqué-fléqué* : chétif, faible, malingre.

⁶ Terme d'usage en ethnologie désignant le fait d'élever un enfant.

mois. *Son papa n'a pas été d'accord* »⁷. À Abidjan comme à Bobo-Dioulasso, une femme seulement a informé son conjoint de sa séropositivité et du risque de transmission par l'allaitement, et lui a expliqué les indications qui lui ont été données ; son conjoint l'a soutenue, lui rappelant les consignes de sevrage précoce données par l'équipe du projet. Ces cas sont les seuls où le problème a été géré par le couple. Par contre, plusieurs femmes ont expliqué à leur conjoint qu'elles ne pouvaient allaiter l'enfant pour des raisons médicales liées à une pathologie mammaire ou à la mauvaise qualité du lait.

L'avis du partenaire concernant l'alimentation de l'enfant pourrait être différent s'il avait été informé de la transmission du VIH par l'allaitement et des modalités de prévention. Or, beaucoup de femmes n'ont pas annoncé leur séropositivité à leur partenaire : 11 sur 29 à Abidjan, 12 sur 17 à Bobo-Dioulasso ne lui ont rien dit, le plus souvent par crainte de ses réactions, comme l'exprime cette femme d'Abidjan : *« Je n'ai rien dit à personne. Si je devais annoncer à quelqu'un, c'est à mon mari, mais j'ai peur car les maris dioula ne sont pas bons. Il risque de me chasser si je dis ça. Donc je n'ai informé personne, donc il n'y a pas de problème entre nous. De toutes façons, je sais que c'est lui qui m'a donné ça... »*. Les réactions des conjoints sont assez ambiguës, et se partagent entre le déni du résultat, l'absence de réaction, le rejet de l'épouse et l'acceptation du résultat par des conjoints qui soutiennent leur épouse par la suite. Les craintes de rejet sont fondées : à Abidjan, trois femmes racontent comment elles ont été délaissées, et comment le mari a refusé de faire face aux dépenses de santé concernant l'enfant ; dans un autre cas, une femme a été repoussée par son conjoint sur le simple fait qu'elle lui ait demandé d'utiliser des préservatifs ; dans un cas, le rejet était une réponse à l'attitude d'une femme, qui accusait son partenaire de l'avoir contaminée. À Abidjan, aucun des conjoints n'a accepté la proposition de test de dépistage faite dans le cadre du projet ; un seul conjoint avait déjà fait le test dans un autre cadre et en a parlé ouvertement avec son épouse⁸. Même si le nombre des conjoints qui "soutiennent" leur épouse est, dans notre enquête, identique au nombre des conjoints qui la rejettent, ce soutien est limité : le problème de la transmission mère-enfant reste à la charge de la femme. Dans notre enquête, c'est

⁷ Ce père n'avait pas été informé de la séropositivité de son épouse ; le sevrage effectif a eu lieu à 19 mois.

⁸ Cette donnée n'est pas disponible pour Bobo-Dioulasso.

près de la moitié des femmes qui ont préféré ne rien dire au père de l'enfant et devront trouver un moyen de justifier le fait qu'elles ne nourrissent pas leur dernier-né de la même façon que les autres enfants de la cour. Peu de femmes trouvent un soutien auprès d'autres personnes : seulement neuf femmes à Abidjan et aucune à Bobo-Dioulasso ont parlé de leur séropositivité à quelqu'un d'autre que leur conjoint. Ces observations sont conformes à ce qu'avait observé J. Hassoun dans une étude sur le vécu du sida à Abidjan (1997a ; 1997b) : même si le risque d'être rejetée est peut-être "surévalué" par les femmes, la plupart d'entre elles vivent seules leur atteinte par le VIH pour éviter de la part de leur entourage non seulement le rejet, mais également la peur de la contagion.

Moins d'un conjoint sur dix apporte un soutien à son épouse – soutien matériel ou soutien moral – lorsqu'il a été informé de sa séropositivité : c'est donc près de neuf femmes sur dix qui vivent leur séropositivité dans la solitude, prenant seules, avec l'équipe soignante, les décisions concernant leur enfant. Le sevrage n'a été pour la mère un motif de communication de sa séropositivité à son conjoint que dans un cas ; cette femme a dévoilé son statut sérologique à cette occasion pour que son mari accepte un sevrage précoce et l'aide à faire face aux dépenses. Ainsi, s'il est admis au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire que les femmes acceptent le dépistage du VIH en grande partie par souci de l'intérêt de leur enfant, l'expérience des femmes que nous avons rencontrées montre qu'évoquer leur séropositivité avec leur conjoint dans le but de mettre en place une protection pour l'enfant ne garantit pas le soutien du père.

Les aspects économiques

« Chaque jour que je lui donnais à téter je me disais est-ce qu'il n'est pas contaminé ? Vraiment moi je ne voulais pas aller jusqu'à six mois, mais comme je n'avais pas les moyens... » Les aspects économiques sont le facteur déterminant du choix d'allaiter l'enfant plutôt que de lui donner des substituts du lait maternel. Comme le dit une femme d'Abidjan qui résume l'attitude de nombreuses mères : *« Les médecins m'ont demandé de faire mon choix et de dire si je voulais donner le biberon. Or, si tu ne sais pas entretenir le biberon ou si tu ne peux pas acheter le lait, l'enfant sera toujours malade. Donc moi je préfère donner le sein »*. À Bobo-

Dioulasso, les obstacles économiques à l'alimentation aux substituts du lait maternel n'ont pas été évoqués ; mais ceci tient au fait que les perceptions sont tellement favorables à l'allaitement maternel que les femmes n'ont même pas envisagé l'utilisation des substituts.

Les aspects économiques interviennent aussi pour la décision du sevrage : le lait doit être remplacé par des aliments qui ont un coût, d'autant plus que les produits laitiers et les aliments pour nourrissons que les femmes donnent en relais de l'allaitement coûtent cher. Une femme explique ainsi qu'elle a planifié le sevrage en fonction de ces aspects : « *Avec suffisamment d'argent, [on peut acheter] du yaourt et du Cérélac®, si elle prend ça elle dort bien. Comme je n'avais pas beaucoup d'argent à ce moment-là [quand elle avait six mois], j'ai attendu d'en avoir pour la sevrer. J'ai gardé 5000 F pour qu'elle ne pleure pas beaucoup et qu'elle n'ait pas à souffrir...* »

Tant à Bobo-Dioulasso qu'à Abidjan, les revenus des femmes sont en moyenne de 1000 FCFA environ par jour, ce qui inclut le "prix du condiment", c'est-à-dire la part que le mari donne à son épouse pour préparer le plat familial – seul revenu de la femme lorsque celle-ci est "ménagère". Généralement, les femmes doivent assurer l'alimentation et les soins "ordinaires" des enfants sur ce revenu. Pour plus de la moitié d'entre elles, ces femmes disent qu'elles peuvent avoir recours à leur mari en cas de difficultés financières ; les autres sollicitent leur famille (frères et soeurs, parents) à condition que ces demandes ne soient pas répétées, ou les amis (dans quelques cas), mais certaines femmes ont déclaré n'avoir personne à qui s'adresser en cas de problèmes financiers. À Abidjan, de nombreuses femmes déclarent leur satisfaction de l'aide économique apportée par le projet DITRAME pour la prise en charge de la prévention et des soins qu'elles n'auraient pas pu payer elles-mêmes. Une femme déclare même que : « *le projet ne s'est pas créé par hasard, il a été guidé par Dieu pour nous aider à supporter financièrement la maladie* »⁹. C'est dire l'importance que revêt l'accessibilité économique des mesures de prévention, et la mise en oeuvre de programmes sanitaires qui prennent en compte cette dimension, le coût de ces mesures n'étant pas pris en charge par la famille élargie ou par des "réseaux de solidarité", qui ne sont pas intervenus pour les femmes auprès desquelles nous avons enquêté.

⁹ Concernant les perceptions du dépistage et du projet par les femmes, voir Coulibaly et al. 1997 ; 1998.

La pression sociale

La “pression sociale” s’exerce sur les femmes essentiellement sur deux plans : en imposant la pratique de l’allaitement maternel prolongé, et en culpabilisant les femmes qui n’ont pas respecté cet usage, surtout si leur enfant est tombé malade : « *Tant que l’enfant est bien portant il n’y a pas de problème. Si l’enfant est malade, tout le monde va en parler* » dit une femme de Bobo-Dioulasso. Qu’une femme n’allait pas son enfant et choisisse le “lait artificiel” sera interprété par l’entourage comme une forme de gaspillage et de désintérêt envers l’enfant. Au-delà, les relations sociales entre la mère, son conjoint et l’entourage, sont mises en jeu : le choix de la mère peut être perçu comme une marque d’égoïsme et de repli vis-à-vis des obligations familiales : « *S’il y a des frères et soeurs qui ne comprennent pas, ils vont se fâcher contre toi, [dire] que tu veux te prendre pour une grande dame, donc tu veux faire comme ça alors que tu ne donnes de l’argent à personne, donc que tu ne t’occupes que de ton enfant et de ton mari seulement...* » ; il peut aussi être perçu comme le signe que la mère veut cacher des informations à la famille de son conjoint : « *Eux en tout cas vont penser que c’est parce que tu es enceinte ou bien que c’est parce que tu trompes ton mari* »¹⁰. La “pression sociale” est telle que l’équilibre des relations avec l’ensemble de la famille peut ainsi être remis en cause par un choix d’alimentation de l’enfant qui singularise sa mère. Si son conjoint la soutient, ces critiques peuvent être ignorées ; dans le cas inverse, c’est le père que l’entourage et la famille approuveront, car « *l’entourage se désolidarise de la femme en cas de difficultés avec le mari parce qu’elle lui a désobéi* » précise une femme de Bobo-Dioulasso.

La justification du choix des alternatives à l’allaitement maternel dans une société où il est considéré comme la norme et chargé de sens multiples à la fois par les femmes âgées, par les pères, et par les services de soin, semble difficile. La femme qui décide de ne pas respecter cette règle est ramenée à l’ordre soit par le personnel de

¹⁰ Ceci fait référence au *sere*, terme dioula désignant une entité nosologique prévalente dans les représentations des populations de Bobo-Dioulasso quelle que soit leur origine ethnique. Selon les conceptions populaires, ce syndrome, qui se traduit principalement par un amaigrissement et une diarrhée, atteint les enfants qui ont tété un lait rendu toxique par le fait que leur mère a repris les relations sexuelles ou est de nouveau enceinte avant d’avoir sevré son enfant (Desclaux 2000). Dans cette situation, des mères interrompent l’allaitement à titre préventif.

santé, soit par son entourage. Des femmes arrivent à faire face à ces interrogations et critiques, mais ce n'est pas toujours facile pour elles, d'autant plus que ces échanges peuvent aboutir à une rupture de la confidentialité. Une femme d'Abidjan raconte : « *Quand j'ai sevré mon bébé, les femmes de la cour ou j'habite me critiquaient et une est même venue me faire savoir ça, j'ai failli me battre avec elle, parce que moi j'ai sevré mon enfant, ça me fait mal, et elle veut me moraliser*¹¹... ». Dévoiler son statut sérologique pourrait faire cesser les remarques, mais ce serait s'exposer à un autre risque social...

Les stratégies des femmes

Pour préserver la santé de leur enfant, les femmes doivent mettre en oeuvre de véritables stratégies qui leur permettent de déjouer la pression de l'entourage et de s'assurer un soutien économique, tout en protégeant la santé de l'enfant. Lorsque la mesure préventive choisie par la mère est le sevrage précoce, celle-ci décide du moment du sevrage de manière à ce qu'il ait lieu lorsque l'enfant est particulièrement bien portant et suffisamment "gros" pour supporter un amaigrissement transitoire. Il leur faut alors trouver le moyen de transgresser les usages en matière de durée d'allaitement.

¹¹ Faire la morale.

Médicaliser le choix d'alimentation

Les femmes les plus réceptives aux conseils de l'équipe du projet DITRAME, qui ont décidé de réduire la durée d'allaitement de leur enfant, ont, dans plusieurs cas, donné à leur entourage des raisons médicales pour justifier leur pratique. Mais il semble que l'évocation d'une incapacité, affirmant par exemple : « *C'est le médecin qui m'a dit que mon lait n'était pas bon* », ou « *J'ai une maladie qui ne me permet pas de donner le sein à l'enfant* »... ne suffise pas toujours à légitimer leur choix. Quelques-unes d'entre elles ont eu besoin de l'appui de l'équipe du projet, qui a fourni des ordonnances ou des certificats médicaux pour justifier le sevrage. Dans ce cas, l'autorité des médecins, incontestée, permet d'éviter les questions. Cette stratégie est cependant difficile à manier, car une femme qui n'allaiterait pas pour des raisons médicales non explicitées risque de faire l'objet de questions à propos de la maladie qui la touche.

D'autres femmes profitent de la survenue de symptômes mammaires parfois bénins, qui ne les empêcheraient pas d'allaiter en situation normale. « *J'ai eu mal au sein droit, donc j'avais tellement mal que ça m'a arrangée en même temps parce que l'enfant ne pouvait plus téter ce sein, donc c'était un argument pour moi auprès de mes voisines. Donc quand l'enfant pleurait et qu'on me disait de lui donner le sein je leur disais que j'ai mal au sein et je leur montrais en même temps...* ». Cette femme peut ainsi laisser penser que le "choix" du mode d'allaitement de son enfant ne lui appartient pas et qu'elle n'a fait qu'exécuter une recommandation médicale, ce qui lui permet de se disculper.

Jouer de son indépendance

Dans un espace social où le soin des enfants est soumis au contrôle des grand-mères et à l'autorisation des pères, pouvoir choisir "à contre-courant" des usages et des conseils de tous est, pour la mère, une question d'autonomie, tant décisionnelle que matérielle. De manière générale, les femmes rencontrées à Bobo-Dioulasso ont moins de latitude pour la décision que les femmes d'Abidjan, étant plus dépendantes de leurs conjoints, matériellement et socialement.

L'indépendance des femmes influe à un autre niveau sur leur

capacité à adopter une alternative à l'allaitement au sein : lorsqu'elles travaillent et ne peuvent amener leur bébé sur leur lieu de travail, l'usage du biberon (ou d'une tasse) est matériellement justifié et socialement accepté. À Abidjan, une femme qui opte pour l'allaitement artificiel ou le sevrage précoce s'entend fréquemment poser la question suivante : « *Qu'est-ce que tu fais comme travail pour que tu refuses de donner à téter à l'enfant ?* ». Aussi, des femmes que nous avons interrogées disent que si elles avaient des activités qui expliquent leur absence de la maison, leur choix du biberon serait justifié vis-à-vis de leur entourage.

Mais les possibilités d'accroître son autonomie vis-à-vis de l'entourage sont limitées. Certaines femmes ont utilisé des stratégies pour sevrer leur enfant à un moment où elles pouvaient être seules à décider, par exemple pendant un voyage, profitant d'une autonomie temporaire qui leur permettait en suite de mettre leur entourage devant le fait accompli.

L'indépendance des femmes, dans le couple et dans la famille étendue, est une question sensible, à Abidjan comme à Bobo-Dioulasso. La décision de la femme concernant le sevrage de l'enfant peut devenir un enjeu dans les relations entre conjoints, et peut être perçue par le mari comme un acte d'affirmation d'une indépendance qui menace le couple : « *Mon mari dit que c'est pour me promener¹² que j'ai sevré l'enfant.* » « *Il dit que moi je veux sevrer l'enfant pour faire jeunesse, alors que lui il s'en fout [de l'enfant]* ».

Pour éviter l'affirmation d'une indépendance qui pourrait conduire à une confrontation directe et la mise en jeu des rapports d'autorité, les femmes usent de quelques stratégies telles que ce que l'on peut qualifier de "délégation du choix d'alimentation" à leur enfant. En effet, les deux femmes d'Abidjan qui ont pratiqué l'allaitement mixte dès la naissance et sont passées à l'allaitement artificiel deux mois plus tard, ont invoqué le refus du lait maternel par le nourrisson. Elles présentaient ainsi comme incontournable une décision qui aurait pu être mal acceptée par le conjoint si elle était apparue comme un choix individuel.

Résister à la culpabilisation

¹² "Se promener" a des connotations relativement péjoratives, évoquant la recherche de relations passagères avec des personnes de l'autre sexe.

« *Son papa n'a rien dit au début. Mais présentement il [l'enfant] est malade, donc il dit que c'est moi qui l'ai rendu malade parce qu'un enfant comme ça devrait téter. Je lui ai dit qu'au début il n'avait rien dit¹³, donc c'est comme ça que j'ai fait. Il a dit qu'il ne m'avait pas dit d'aller le sevrer* ». Les femmes qui choisissent les alternatives à l'allaitement prolongé racontent de nombreuses situations dans lesquelles elles ont été publiquement critiquées. Les critiques sont d'autant plus virulentes que l'enfant est tombé malade : dans ce cas, sa maladie est mise par l'entourage sur le compte du sevrage décidé par sa mère. Les mères sont d'autant plus sensibles à ces critiques qu'elles ne sont pas sûres de faire le meilleur choix pour la santé de leur enfant. De plus, l'absence de perception précise du taux de transmission, et donc de la probabilité associée au risque individuel, amène les mères dont l'enfant a été contaminé à penser qu'il ne l'aurait pas été si elles l'avaient sevré plus tôt : « *Si j'avais pu sevrer mon bébé tôt, ou lui donner le biberon, je ne me serais pas tellement culpabilisée, mais actuellement je me sens coupable parce que je n'ai pas respecté ce qu'on m'a dit* ». Plusieurs pères font preuve d'un désaccord avec la décision de la mère, qui ne s'exprime que dans le cas où l'enfant supporte mal le sevrage, *a posteriori* : « *Son père n'a rien dit devant moi. Mais des fois, il va chez mon grand frère pour lui dire que c'est moi-même qui ai sevré l'enfant tôt, et que si l'enfant tombe malade, il n'a rien à voir là-dedans.* » (cet enfant d'Abidjan a été sevré à six mois). Le silence est la stratégie de résistance la plus répandue ; il est cependant difficile à vivre.

¹³ Au sens de "Il avait approuvé".

Typologie des choix

Les histoires de cas qui suivent montrent l'enchevêtrement des facteurs qui ont conduit à tel ou tel mode d'alimentation du nourrisson. Dans certains cas, le poids des contraintes économiques et de l'environnement social est tel que les modalités d'alimentation se différencient peu de celles adoptées pour l'enfant précédent ; dans d'autres cas, la mère a dû mettre en place toute une stratégie pour résister aux contraintes. Mais dans une situation comme dans l'autre, ni le niveau des connaissances ou le niveau général d'instruction de la mère, ni la disponibilité d'eau potable dans son foyer n'apparaissent comme le déterminant principal des choix.

L'alimentation artificielle

Awa, 35 ans, vivant à Abidjan, qui n'a pas été scolarisée, a déjà trois enfants lorsqu'elle apprend sa séropositivité en consultation prénatale. Elle vit seule avec ses enfants, et possède un petit commerce qui lui permet de payer son loyer et ses dépenses quotidiennes. Quand elle a appris qu'elle était infectée par le VIH, elle a informé sa mère après l'accouchement. Mais sa mère ne lui a apporté aucun soutien ; au contraire elle est venue chercher la petite soeur d'Awa qui l'aidait pour ses travaux ménagers et pour tenir son commerce. La mère d'Awa a cessé de venir la voir, et divulgué son état aux frères et soeurs d'Awa, qui pense que tout le village est maintenant au courant de son statut sérologique. Bien qu'elle ait allaité ses autres enfants, Awa a choisi l'allaitement artificiel pour le dernier. Au père de l'enfant, marié et ayant d'autres enfants par ailleurs, qui n'était pas informé du statut d'Awa, Awa a dit qu'elle avait des problèmes de sein et que son lait n'était pas bon. C'est donc le père qui a payé le lait artificiel jusqu'à ce que l'enfant ait un an et demi. Awa a commencé la diversification vers trois ou quatre mois, et l'enfant s'est bien développé. Awa connaissait bien les différents types de lait, et elle a appris à préparer les biberons à l'hôpital ; c'est elle qui s'occupait seule des biberons. Lorsque l'enfant a eu un an et demi, Awa a expliqué au père de l'enfant que c'était à cause du VIH qu'elle et l'enfant étaient suivis médicalement : « *Sincèrement, au début je ne lui avais rien dit. Mais en tant que chrétienne cela me gênait...* ». Le père a

changé d'attitude, et cessé de donner de l'argent à Awa. Elle a dû recourir à la justice, qui a condamné le père à payer 15 000 FCFA par mois pour la nourriture de l'enfant ; mais le père refuse désormais de payer les ordonnances, même celles qu'Awa n'a pas pu payer, et de venir voir l'enfant, même lorsqu'il est malade.

Les femmes qui ont pu acheter les substituts du lait maternel disposent de moyens économiques, mais ceux-ci ne reflètent pas toujours l'appartenance à une catégorie sociale aisée : Awa a dû "se débrouiller" pour que le père de l'enfant paie le lait artificiel. Elle a pour cela joué sur la médicalisation de l'indication alimentaire, et elle a retardé l'annonce du diagnostic au père de l'enfant, malgré le dilemme éthique que cela représentait pour elle ; sa première expérience d'annonce lui avait sans doute appris à anticiper les risques de rejet.

L'allaitement mixte

Léa a 24 ans et vit à Abidjan ; elle est mariée et c'est pendant sa troisième grossesse que sa séropositivité est dépistée. Bien qu'ayant une formation de secrétaire de direction, elle est commerçante de légumes et fait un bénéfice de 1000 FCFA par jour, qui constitue son revenu personnel. Elle a annoncé sa séropositivité à son mari qui l'a acceptée, sans pour autant évoquer son propre statut sérologique. Léa ne s'était pas occupée de son premier enfant, élevé par sa propre mère, mais elle avait allaité le second pendant 15 mois. D'un commun accord avec son mari, Léa avait prévu de nourrir son troisième enfant au lait artificiel dès la naissance. Ils avaient pris des dispositions pour pratiquer l'allaitement artificiel, acheté le lait et les accessoires de biberon. Mais sous la pression de sa mère, qui n'était pas informée de son statut sérologique, elle a dû pratiquer l'allaitement mixte jusqu'à ce que son enfant ait deux mois. Léa raconte : « *Moi je lui ai donné le sein [parce que] d'abord, quand on accouche, il faut te dire qu'il y a tout le monde. Tu as ta maman, tu as d'autres personnes. [Or], c'est pas tout le monde qui sait que je suis comme ça, sauf mon mari. Donc si je ne donne pas le sein, ils vont dire "Mais pourquoi tu ne donnes pas le sein à l'enfant ?". Pour que ça ne devienne pas autre chose [pour éviter des discussions], j'ai commencé à donner le sein. Comme je savais que mon enfant n'allait pas prendre beaucoup le sein, donc c'est le même jour que je lui ai donné le biberon et quelque temps*

après je l'ai sevré en clando¹⁴ ... ». Elle a profité d'un voyage à l'extérieur de sa mère, qui vivait avec le couple, pour passer au lait artificiel. Ce choix n'a pas posé trop de problèmes parce que son mari et elle étaient d'accord pour partager les frais ; il lui a cependant fallu faire des choix et des sacrifices, notamment en réduisant ses dépenses d'habillement. Pour éviter les critiques de l'entourage, Léa s'est souvent cachée pour donner le biberon à son enfant ; elle était aidée par son mari. Elle a commencé la diversification à quatre mois et l'enfant s'est bien développé.

Léa n'a pas choisi l'allaitement mixte : c'est pour elle un pis-aller tant que l'influence de sa mère l'empêche de sevrer l'enfant. Cela semble d'ailleurs être le cas pour toutes les femmes qui ont choisi ce mode d'alimentation pour leur enfant : l'allaitement au sein est maintenu pour "donner le change". Contrairement à Awa, Léa fait partie des rares femmes qui ont pu s'appuyer sur leur partenaire ; celui-ci l'aide à éviter les critiques et l'affrontement avec sa mère, qui aurait pu la conduire à devoir révéler sa séropositivité pour se justifier.

Le sevrage précoce

Léontine a 38 ans et vit à Bobo-Dioulasso. Elle est mariée, elle a eu cinq enfants. Elle a dit à son mari qu'elle était malade sans préciser la nature de sa maladie. Des conseils donnés par les médecins pendant la grossesse, Léontine a retenu qu'elle devait sevrer l'enfant tôt : *« à sept mois si j'avais de l'argent, ou bien encore plus tôt. »* Léontine a commencé à donner de la bouillie de maïs et de Cérélac® à son enfant quand il a eu quatre mois. Elle a finalement sevré l'enfant à neuf mois : *« On m'a dit de sevrer l'enfant à sept mois, mais moi je n'ai pas pu parce que pour moi, elle était trop petite... À sept mois elle refusait la bouillie mais à neuf mois elle avait commencé à manger un peu plus... »*. Léontine considère que le sevrage précoce lui pose un problème économique : *« Si j'avais eu les moyens je l'aurais fait à sept mois. Mais mon mari ne travaille pas depuis près de neuf ans, il se débrouille, donc ce n'est pas facile de sevrer l'enfant plus tôt. Je pense que si on me donnait le lait et les biberons, je pourrais le sevrer et lui donner le biberon ou ne pas lui donner le sein du tout, mais le sevrer comme ça, c'est pas facile du tout parce que je ne savais pas ce que j'allais lui donner pour qu'il ait la force »*. C'est

¹⁴ Clandestinement, en cachette.

aussi un problème vis-à-vis de l'entourage : « *Franchement j'avais peur de sevrer l'enfant à cause des gens de la cour où on habite. Actuellement, personne ne sait que je l'ai sevré et chaque fois qu'il pleure, les gens me demandent pourquoi je ne lui donne pas à téter. Je suis obligée de mentir en disant qu'il vient de téter dans la maison. Être dans une cour commune c'est pas facile, car les autres s'occupent de tout ; ils demandent même ce que tu prépares et ce que tu manges. Donc pour nous, les pauvres, ce n'est pas facile de sevrer l'enfant. Moi-même j'ai pu faire ça à neuf mois mais je sais qu'il y en a qui ne peuvent pas, car à force de mentir tous les jours, un jour on peut te surprendre.* »

L'exemple de Léontine montre que même le sevrage précoce, qui apparaît pourtant aux professionnels de santé comme une mesure simple, faisable et accessible, ne va pas de soi, notamment parce qu'il est soumis à l'attitude du père de l'enfant et de l'entourage. Le sevrage dépend aussi, et en premier lieu, de la perception que la mère a de l'état de santé de son enfant ; il ne s'agit pas là d'une perception abstraite d'un risque grave mais anticipé (ce qui est le cas de la transmission du VIH), mais de l'expérience sensible du développement pondéral et de l'appétit de l'enfant, que la mère observe tous les jours. Dans ce domaine qui relève habituellement des soins et du maternage, en grande partie dans la famille, la mère utilise le savoir et les recours aux soins "ordinaires", qui fondent la compétence des mères dans le secteur populaire. Ainsi, une femme d'Abidjan a repris l'allaitement deux semaines après le sevrage, parce que son enfant était tombé gravement malade et refusait de manger ; pour réussir son second sevrage, la femme s'est adressée à une guérisseuse qui lui a recommandé de purger l'enfant avec un remède traditionnel ; l'enfant a été définitivement sevré un mois plus tard, lorsqu'il avait retrouvé son appétit. Les récits des femmes qui ont pratiqué le sevrage précoce montrent que le moment et les modalités du sevrage sont choisis en fonction de ces multiples paramètres, soumis au savoir populaire des mères.

L'allaitement inchangé

Fanta est âgée de 39 ans et vit à Bobo-Dioulasso. Elle est commerçante et déclare un revenu d'environ 5000 FCFA par jour. D'origine samo, elle est mariée religieusement à son mari, dont elle est

la seule épouse. C'est au cours de sa neuvième grossesse qu'elle apprend sa séropositivité, alors qu'elle a déjà six enfants vivants. Elle a été scolarisée à l'école coranique, et lit et écrit l'arabe mais ne lit pas le français. Son mari est mécanicien et vit avec elle et leurs enfants. Quand Fanta a appris sa séropositivité, elle en a informé son mari, qui est resté indifférent. Fanta raconte que pendant sa grossesse, on lui a dit de tout faire pour sevrer son enfant tôt, et que ces recommandations lui ont été renouvelées après l'accouchement, mais elle a refusé. Elle donne peu d'explications sur son refus, mais elle dit que si elle en avait parlé à son mari, il aurait refusé. D'autre part, les connaissances de Fanta concernant la transmission du VIH par l'allaitement semblent peu précises ; elle n'a pas de notion de l'ordre de grandeur du risque. Elle a introduit les premiers aliments de complément quand l'enfant avait six mois, mais elle déclare qu'elle aurait davantage attendu si on ne lui avait pas recommandé le sevrage précoce. Elle a sevré son enfant de façon fortuite quand il a eu deux ans, à l'occasion d'une séparation prolongée, lorsqu'elle a dû assister une personne de son entourage à l'hôpital. L'enfant précédent avait également été sevré à l'âge de deux ans.

Qu'il s'agisse d'un refus clairement énoncé, d'un acquiescement à la recommandation du médecin non suivie d'effet, ou d'une divergence entre ce que la mère dit et ce qu'elle fait (notamment lorsque, plusieurs mois après la date du sevrage qu'elle a donnée aux médecins, la mère continue à allaiter son enfant), plusieurs femmes ont poursuivi l'allaitement aussi longtemps que pour leurs enfants précédents. Dans le cas de Fanta, les perceptions de "ce qui est bon pour l'enfant" marquées par la méfiance envers les alternatives à l'allaitement prolongé, l'attitude du mari, la crainte des réactions de l'entourage, se combinent pour s'opposer à l'adoption de mesures de prévention, alors que ses revenus auraient peut-être pu lui permettre de contourner l'obstacle économique. Pour les autres femmes, cet obstacle s'ajoute aux autres motifs qui les conduisent à maintenir l'allaitement.

Conclusion

L'adoption d'une mesure de prévention de la transmission par l'allaitement a posé des problèmes à la quasi-totalité des femmes que nous avons rencontrées. Aussi, la notion de "choix" d'un mode

d'alimentation du nourrisson, utilisée dans les recommandations d'Onusida, paraît inappropriée : les décisions sont prises dans une situation de contraintes multiples. En atteste le fait que la plupart des femmes déclarent qu'elles auraient choisi l'alimentation artificielle si elles en avaient eu la possibilité.

Il n'est pas vraiment possible de hiérarchiser les obstacles à la prévention, et la décision en matière d'alimentation du nourrisson apparaît multifactorielle et complexe. Les récits de ces femmes montrent que le premier obstacle à la prévention est économique. Mais lever l'obstacle économique en fournissant le lait aux femmes ne suffira pas à résoudre leurs problèmes. Sous le terme "d'obstacle économique", il faut comprendre également le fait que nourrir son enfant au lait artificiel est devenu pour la population un signe extérieur de richesse, voire une signe de gaspillage de la part de la mère. L'obstacle économique tient à la fois à l'impuissance matérielle de chaque mère et aux représentations sociales des dépenses légitimes ou illégitimes associées au maternage.

Les femmes ont plus souvent opté pour des mesures préventives à Abidjan qu'à Bobo-Dioulasso ; les disparités en termes de niveau économique, de niveau d'instruction, l'organisation sociale en faveur d'une plus grande autonomie des femmes d'Abidjan, laissent prévoir ces différences, mais elles ne les expliquent pas totalement. De même, le niveau des connaissances des femmes en matière de transmission du VIH, leurs perceptions et leurs attitudes, ne justifient pas ces disparités. La complexité de la prévention tient en grande partie au fait que les obstacles relèvent non seulement des connaissances et attitudes des femmes, mais aussi des représentations et attitudes des autres : conjoint, mère et belle-mère, entourage. Les femmes doivent anticiper les réactions de ces "autres" face à leur séropositivité et au fait qu'elles ne pratiquent pas un allaitement "normal". Au-delà des "autres" proches, c'est l'attitude et les représentations de l'ensemble du corps social vis-à-vis des personnes atteintes par le VIH qui est en cause. Les représentations sociales concernant l'allaitement sont aussi en cause ; dans ces deux domaines, il n'est pas possible de mesurer précisément des différences entre Abidjan et Bobo-Dioulasso à moins de mener de vastes enquêtes en population générale.

La plupart des femmes que nous avons rencontrées vivent leur séropositivité dans la solitude ; les seuls "espaces de confidentialité"

où leur statut sérologique ne risque pas d'être brutalement dévoilé sans leur accord semblent être pour elles composés par l'équipe du projet DITRAME (selon des modalités différentes à Bobo-Dioulasso et à Abidjan) et les associations Sya Solidarité¹⁵ et Amépouh. Les attitudes et pratiques des professionnels de santé ont donc une importance extrême tant pour informer et "motiver" les femmes pour la prévention, que pour les soutenir dans cette prise de risque social qu'est le fait de ne pas allaiter son enfant (ou ne pas le nourrir comme les autres). Notre enquête ne portait pas sur les pratiques de conseil, qu'il aurait été difficile de préciser avec un à deux ans de recul, d'autant plus que les modalités du conseil ont évolué au cours du projet. Elle n'a donc pas pu faire la part respective du poids, dans les décisions des femmes, de l'"environnement social" et des relations avec le système de soin – incluant les attitudes des soignants, la cohérence des informations qu'ils apportent alors que plusieurs professionnels de santé interviennent auprès des femmes, les modalités du "conseil" en matière d'allaitement et l'organisation de la gestion de la confidentialité autour de chaque femme.

En termes d'application, l'enquête auprès des femmes montre que leurs caractéristiques individuelles (sociales, économiques, composition du foyer, niveau des connaissances) ne permettent pas de préjuger des mesures de prévention qu'elles pourront adopter pour leur enfant. L'enquête montre également qu'il est extrêmement difficile d'apporter une information suffisamment précise pour qu'elle soit comprise et acceptée, tout en évitant la culpabilisation des femmes. Une telle démarche suppose de "revenir" plusieurs fois sur l'information délivrée, d'établir un dialogue avec les femmes pour qu'elles puissent s'approprier cette information sans que cela ait pour elle un coût psychique (en terme de regret, culpabilisation, angoisse, etc.) trop important. Pour cela, il peut être nécessaire d'élargir l'espace de confidentialité de manière suffisante pour que les échanges puissent se multiplier avec des professionnels de santé ayant un savoir à leur proposer ou entre mères confrontées aux mêmes problèmes et ayant acquis une expérience. Outre les aspects techniques et sanitaires de préparation des aliments de substitution et de complément, les femmes auront à faire tout un travail relationnel avec leur conjoint et leur entourage pour faire accepter les mesures préventives. Aussi, la sélection d'une stratégie de prévention adaptée à chaque cas exige un

¹⁵ Cette association a cessé ses activités en 1999. Depuis, les femmes s'adressent à une autre association de soutien aux personnes vivant avec le VIH, REVS+.

véritable travail de “conseil” en allaitement, et le maintien des mesures de prévention pourrait nécessiter un “soutien” qui prolonge le conseil, similaire au soutien réalisé par les “clubs post-test” en matière de dépistage VIH. Ces deux aspects mettent en lumière l’importance, en matière de prévention, du rôle des équipes soignantes et des associations, qui représentent souvent le seul appui et les seuls espaces de confidentialité pour les femmes.

Références bibliographiques

- Bronsard G.
1999 *Les polythérapies antirétrovirales au Burkina Faso en 1998*. Ouagadougou, IRD. Cyclostylé.
- Coulibaly D. *et al.*
1998 Attitudes et comportements des femmes face au dépistage VIH/sida à Abidjan. *Cahiers Santé* 8 : 234-238.
- Coulibaly-Traoré D., P. Msellati, A. Desgrées du Loù *et al.*
1997 *Le vécu des femmes d'un essai thérapeutique visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH-1 à Abidjan, Côte-d'Ivoire, en 1997 (essai ANRS 049)*, Communication à la Conférence Internationale sur le Sida et les MST à Abidjan, 7-12 décembre 1997.
- Desclaux A.
2000 *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo Dioulasso, Burkina Faso*. Lille, Presses du Septentrion.
- Hassoun J.
1997a La solidarité familiale face au sida : résultats d'une enquête réalisée à Abidjan (Côte-d'Ivoire) auprès de femmes malades du sida. *Autrepart* (2) : 105-122.
1997b *Femmes d'Abidjan face au sida*. Paris, Karthala.
- Institut National de la Statistique
1997 *Enquête à indicateurs multiples. Résumé du rapport final*. Abidjan.
- UNICEF
1999 *La situation des enfants dans le monde. 1999*. New York, Genève.