

Les pères ont-ils un rôle dans la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ? Éléments d'analyse issus du Burkina Faso, du Cameroun et de Côte-d'Ivoire

ALFIERI Chiara¹, SANOU Armande K.², DJETCHA Sophie¹, QUERRE Madina³, AGBO Hélène³, KY-ZERBO Odette², DESCLAUX Alice¹

¹Centre de Recherche Cultures, Santé, Sociétés (CRéCSS), Université Paul Cézanne, Aix-en-Provence, France

²Projet Kesho-Bora, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

³Projet DITRAME Plus ANRS 1201/1202, Abidjan, Côte d'Ivoire

INTRODUCTION

•La plupart des programmes de PTME tentent d'impliquer les pères, mais les résultats sont loin de ce que l'on pourrait attendre. Après avoir proposé le test VIH aux femmes, les programmes PTME demandent aux femmes séropositives ou à toutes les femmes (recommandations diverses selon les programmes) d'inciter leurs partenaires à se tester. Mais là où ils ont été mesurés, les pourcentages d'hommes qui ont effectivement recours au dépistage sont assez faibles. Un certain nombre de programmes, notamment ceux qualifiés de PTME+, permettent aux hommes de réaliser leur test de dépistage gratuitement soit dans les services de PTME, soit dans d'autres services.

•Les réactions des pères face à ces incitations de la part des programmes PTME sont encore mal connues et ont été peu explorées. Les études réalisées jusqu'à présent portaient surtout sur les intentions d'hommes de la population générale à qui on demandait ce qu'ils auraient fait dans cette situation.

•Non seulement les attitudes des pères sont mal connues, mais les déterminants de ces attitudes doivent être analysés. En effet, les études qui ont été réalisées sur le sujet et l'expérience des services montrent que les difficultés des femmes pour mettre en pratique les mesures de prévention sont souvent liées à leur entourage.

•De plus, les programmes PTME+, actuellement promus, tentent de faire de la PTME une porte d'entrée vers le dépistage et la prise en charge familiale. Il est donc important de connaître l'attitude et le rôle des pères car ils vont être déterminants dans l'accès aux soins (en plus de la prévention de la transmission à l'enfant).

OBJECTIFS

- Décrire et analyser le rôle des pères à divers stades de la mise en place des mesures de prévention de la transmission par l'allaitement, en particulier au moment du choix d'une option alimentaire et au sevrage, et concernant la mise en pratique de l'option alimentaire choisie.
- Comprendre les facteurs influant sur ce rôle, liés aux contraintes matérielles, aux attitudes individuelles ou aux modèles culturels.
- Établir une typologie des rôles et des facteurs et comparer les observations entre sites camerounais, burkinabé et ivoirien.
- Études incluses dans une recherche plus vaste sur les déterminants socioculturels de la transmission par l'allaitement (ANRS 1271) et les projets KB et DITRAME Plus 3 (Abidjan).

METHODES

•Entretiens qualitatifs (répétés) avec les mères entre 3 et 12 mois. Les données proviennent d'enquêtes auprès des mères incluses dans des projets ou programmes PTME qui ont été rencontrés plusieurs fois (entre 2 et 4 fois) entre 3 et 6 mois de vie de l'enfant pour aborder les facteurs qui favorisent ou limitent la prévention de la transmission par l'allaitement. Le fait de ne pas disposer d'entretiens auprès des pères représente a priori une limite. Cependant, nous n'avons pas d'éléments pour penser que les informations recueillies auprès des pères seraient plus objectives que celles recueillies auprès des mères. De plus, dans ce domaine, la façon dont les mères ont perçu l'attitude des pères est peut-être l'élément le plus significatif pour la mise en pratique de la prévention de la transmission par l'allaitement.

•Ces femmes ont été contactées par le biais des services qui les prennent en charge ou au travers des associations par l'équipe de recherche. Les entretiens qualitatifs ont été enregistrés, traduits et analysés.

•Démarche illustrative et explicative et non quantitative (pas d'objectif de représentativité, approche « classique » en sciences sociales quantitatives, mais un niveau de saturation de l'information a été obtenu).

POPULATIONS D'ETUDE

•30 femmes incluses dans le projet PTME national (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso).

•30 femmes incluses dans le projet Kesho Bora (Bobo-Dioulasso) qui offre le dépistage gratuitement aux partenaires.

•27 femmes programme national Yaoundé (Cameroun).

•30 femmes DITRAME+ Abidjan (Côte d'Ivoire).

LE RÔLE DES PERES

•Essentiel pour l'alimentation des enfants, d'abord pour des motifs économiques. Tout d'abord le père est presque toujours celui qui décide lorsque c'est l'alimentation au lait artificiel qui est choisie. Le motif principal en est que c'est lui qui dispose des revenus monétaires nécessaires.

•Autorité morale dans la famille
L'attitude du père, par son statut d'autorité morale dans la famille « couvre » l'option prise par la mère. Il est le rempart contre les critiques de l'entourage, en particulier celles de la grand-mère paternelle, qui dans les contextes où la famille élargie patrilinéaire est prévalente, a un pouvoir décisionnel en matière de soins aux enfants. Cependant, cette autorité morale n'est pas absolue et certains pères doivent parfois eux-mêmes mettre en œuvre des stratégies pour faire accepter leur décision auprès de la famille.

•Il est clair que l'attitude du père facilite ou rend difficile la pratique de l'adoption de certaines mesures préventives de la transmission à l'allaitement. Dans certains cas, l'attitude du père est tellement importante que des femmes mettent en place toute une stratégie pour informer le père. Sur la plupart des sites enquêtés, les soignants ont, pour cette raison, élaboré des propositions et conseillé des stratégies aux femmes pour qu'elles parviennent à convaincre leurs maris de se faire dépister.

•Diversité d'attitudes en rapport avec plusieurs éléments : 5 principaux déterminants. Les attitudes des pères sont très diverses, et semblent déterminées par 5 éléments que nous allons détailler.

PRINCIPAUX DETERMINANTS DES ATTITUDES DES PERES

1. Le rapport à leur partenaire : de l'aide au rejet.

L'attitude du père est prédéterminée par le rapport qu'il entretient avec son épouse ; elle (cette attitude) est très variable selon : le statut marital (par exemple statut de la femme d'épouse unique dans un foyer monogame ou de deuxième ou troisième épouse dans un foyer comptant déjà de nombreux enfants), les relations qu'ils entretiennent (inscrites dans des rapports d'alliance et des rapports

économiques),

ainsi que l'état de leurs rapports affectifs.

Nos entretiens décrivent des situations de rejet total de la femme qui doit gérer sa prise en charge et celle de l'enfant seule et sans soutien marital. A l'inverse, certaines femmes, peu nombreuses, sont totalement soutenues par leur conjoint qui partage avec elles non seulement les difficultés liées à la pathologie mais tous les aspects de leur vie quotidienne. Entre ces deux extrêmes, on peut décrire toute une palette de rapports.

2. Le rapport à leur propre statut sérologique : de l'ignorance à la connaissance.

L'attitude du père est en grande partie liée à son rapport à son propre statut sérologique. Une proportion importante des femmes, quel que soit le site (nos données ne nous permettent pas de quantifier cet aspect), ne parlent pas de leur séropositivité à leur partenaire / mari. Ceci n'est pas seulement lié au fait qu'elles sont vulnérables socialement : dans un certain nombre de cas elles savent que c'est un sujet sensible, notamment parce que leur conjoint a manifesté un rejet vis-à-vis de personnes séropositives. Dans ce cas, elles ont évité d'aborder la question du VIH à leur propos, et pensent que leur conjoint ne veut pas connaître son statut sérologique. Les pères qui connaissent leur séropositivité et ont fait une démarche volontaire, avec leur épouse, pour avoir un enfant en connaissance de cause (couples séropositifs ou sérodifférents) semblent les plus conscients et impliqués dans la prévention de la transmission à l'enfant. Ceux-ci sont cependant très peu nombreux dans notre population d'étude, et peut-être de manière plus générale parmi les couples concernés dans les programmes PTME.

3. Le partage d'information avec leur partenaire : de la dissimulation à la franchise.

Plusieurs entretiens rapportent des attitudes de distance ou d'apparente indifférence de la part des pères qui, dans certains cas, ne connaissent pas leur statut et ne veulent pas le connaître, et dans d'autres cas, nient connaître leur statut mais dont après plusieurs mois ou années, l'épouse découvre la séropositivité ou la prise de traitement antirétroviral depuis une date antérieure à la grossesse. Un cas nous a été rapporté où une femme a ainsi découvert la séropositivité de son mari en trouvant, après son décès, des antirétroviraux dans ses affaires personnelles.

4. Le rapport aux agents de santé : de la relation directe à l'évitement.

Quelques pères -peu nombreux- ont suivi des sessions de counseling et ont participé aux échanges (éventuellement en suivant toutes les visites de leur épouse notamment dans Kesho Bora). D'autres semblent, d'après les femmes, refuser d'avoir un quelconque rapport avec les soignants ; certaines femmes s'arrangent pour que leur mari ne soit pas au courant de leur fréquentation des centres de santé. De même, certains maris interdisent aux épouses de fréquenter les associations explicitement pour éviter d'y être identifiées comme séropositives.

5. La perception des options préventives : de la confiance à l'anxiété.

En particulier au Cameroun, des entretiens rapportent un discours critique de la part des pères concernant les options préventives dont l'efficacité leur paraît discutable. Ceci induit ou renforce un rapport de défiance vis-à-vis du système de soin.

Les réponses sont à peu près analogues sur les différents sites.

ANALYSE TYPOLOGIQUE : 5 « MODELES » D'ATTITUDES ET RÔLES MASCULINS

1. Le rejet :

C'est le cas du père qui « ne veut pas entendre parler » de VIH ou de questions liées à la santé de l'enfant concerné et fait à sa femme une réponse du style « C'est ton problème ». Dans certains cas, l'analyse des entretiens ne peut faire la part entre un rejet objectif du mari et une perception de rejet par son épouse, qui parfois anticipe sur les attitudes du conjoint et évite de prononcer des paroles de rejet.

2. L'appui avec évitement

C'est le cas du père qui « ne veut pas entendre parler de VIH » mais apporte un soutien « ordinaire » à son épouse pour les soins à l'enfant, comme si la question du VIH pour l'enfant n'avait aucune implication pour lui-même.

3. L'appui avec dissimulation

C'est le cas du père qui cache son statut VIH ou le traitement qu'il suit dans un autre lieu de soin, mais apporte un soutien, que la mère considère comme étonnamment généreux, pour payer la prévention ou les soins pour l'enfant, comme si le fait de payer sans condition leur évitait d'ouvrir la discussion.

4. Le partage des soins

C'est le cas du père qui prend en charge la dimension économique des soins ou de la prévention en laissant la mère gérer les autres dimensions.

5. L'implication

C'est le cas du père qui accompagne la mère de l'enfant tout au long de son parcours.

CONCLUSION

•Alors que le rôle des pères apparaît comme essentiel pour assurer la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement, on observe de leur part une diversité d'attitudes vis-à-vis de la PTME, qui renvoie à l'attitude des hommes concernant leur propre statut sérologique.

•Cette attitude est liée au genre : alors que la maternité représente pour une femme une obligation de soin, elles se traitent souvent dans l'objectif d'assurer la vie et la santé de l'enfant. Les hommes ne conçoivent pas la paternité de la même façon, notamment car ils n'ont pas traditionnellement la charge des soins à l'enfant. De ce fait, percevant leur santé comme une question purement individuelle (et non familiale), la plupart d'entre eux se privent d'une opportunité de dépistage et de soin (cf. PTME+). Ceci renvoie à la vulnérabilité masculine en matière de traitement du sida, qui a déjà été décrite au Burkina Faso dans des études sur le genre et l'accès aux ARV, et dans des observations empiriques qui montrent que les hommes sont moins nombreux que les femmes à profiter d'un traitement ARV.

•C'est probablement en « articulant » la réflexion et la communication concernant la responsabilité des pères en matière de prévention de la transmission du VIH à l'enfant et leur propre vulnérabilité en matière de VIH et de soins qu'une avancée pourra être obtenue dans ces deux domaines. Cette démarche devrait permettre de produire des messages envers les pères qui ne soient pas limités à des injonctions critiques et moralisatrices.

•Ceci donnerait un contenu à la notion de PPTÉ (Prévention de la Transmission du VIH des Parents à l'Enfant), qui, jusqu'à présent, relève davantage des intentions que des pratiques.