



LES CONTRAINTES SOCIO-SPATIALES À L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF CHEZ LES MÈRES SÉROPOSITIVES À OUAGADOUGOU (BURKINA FASO)

SOCIO-SPATIAL CONSTRAINTS TO EXCLUSIVE BREASTFEEDING AMONG HIV-POSITIVE MOTHERS IN OUAGADOUGOU (BURKINA FASO).

¹ Tougma Alix, ² Le Marcis Frédéric, ³ Nikiema Aude, ⁴ Bonnet Emmanuel

¹ Assistant, Laboratoire d'Études et Recherches sur les Milieux et les Territoires (LERMIT), Université Joseph KI-ZERBO/Centre universitaire de Ziniaré (Burkina Faso) alixtougma@yahoo.fr.

² UMR 5206 Triangle, ENS de Lyon, UMI 233 TransVIHMI, Université de Montpellier, IRD CERFIG, frederic.lemarcis@ens-lyon.fr

³ Maître de recherche, INSS/CNRST, nikiaude@yahoo.fr.

⁴ Directeur de recherche, Institut de Recherche pour le Développement (IRD), UMR 215 PRODIG, Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne AgroParisTech, emmanuel.bonnet@ird.fr

Tougma Alix, Le Marcis Frédéric, Nikiema Aude, Bonnet Emmanuel, Les contraintes socio-spatiales à l'allaitement maternel exclusif chez les mères séropositives à Ouagadougou (Burkina Faso), *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé* 6 (11), 197-212, [En ligne] 2023, URL: <https://retssa-ci.com>

Résumé

L'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'OMS pour l'ensemble des femmes, mais particulièrement pour les femmes séropositives afin de limiter les risques de transmission du virus. Cependant, sa pratique dans le contexte africain se heurte à plusieurs difficultés, ce qui compromet l'élimination de la transmission verticale du VIH. Notre étude a pour objectif de revisiter les contraintes liées à l'allaitement exclusif chez les mères séropositives, de proposer une hiérarchie de ces contraintes en fonction de leur importance et de les mettre en relation avec la zone d'habitation des mères enquêtées. Les conditions objectives de vie et les expériences des mères ont été décrites en mobilisant les outils de l'anthropologie et de la géographie de la santé. Trente mères séropositives ont été régulièrement visitées pendant au moins six mois. Des entretiens compréhensifs ainsi que des observations ont été menés au cours de ces visites. Les

données recueillies ont fait l'objet d'un traitement statistique et cartographique.

Huit contraintes ont été relevées. La chaleur due aux conditions climatiques était la contrainte la plus récurrente et la plus difficile à contourner. Des différenciations spatiales inattendues en termes de respect des pratiques ont été mises en évidence par cette étude. En effet, habiter dans une zone d'habitat précaire ne compromettait pas à priori le respect des consignes liées à l'allaitement exclusif et se révélait même parfois avantageux.

Mots-Clés: allaitement maternel exclusif, VIH, contrainte, outils de la géomatique.

Abstract

Exclusive breastfeeding is recommended by WHO for all women, but particularly for HIV-positive women, in order to limit the risk of transmission of the virus. However, the practice of breastfeeding in the African context is fraught with difficulties, compromising the elimination of vertical transmission of HIV. Our study aims to revisit the constraints associated with exclusive breastfeeding among HIV-positive mothers, to propose a hierarchy of these constraints according to their importance, and to relate them to the living area of the mothers surveyed.

The concrete living conditions and experiences of the mothers were described using the tools of anthropology and health geography. Thirty HIV-positive mothers were regularly visited for at least six months. Comprehensive interviews and observations were carried out during these visits. The data collected was statistically and cartographically processed.

Eight constraints were identified. Heat due to climatic conditions was the most

recurrent constraint and the most difficult to overcome. This study revealed unexpected spatial differences in terms of compliance with practices. In fact, living in a precarious housing area did not compromise compliance with exclusive breastfeeding instructions, and even proved advantageous in some cases.

Keywords: exclusive breastfeeding, HIV, constraint, geomatics tools.

Introduction

Le Burkina Faso, dans son programme de Prévention de Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME, 2011-2015), a intégré pour les mères séropositives sous prophylaxie ARV la recommandation d'un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois suivant la naissance (Option B+) lorsque l'allaitement artificiel n'est pas abordable, faisable, acceptable, durable et sûr (DSME, 2011, p.29). L'allaitement exclusif « suppose que le nouveau-né n'absorbe que du lait maternel. Il ne reçoit aucun autre liquide ou solide, pas même de l'eau, à l'exception des solutions de réhydratation orale, ou des gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments » (M-T. Arcens Somé, 2020, p.114). Pratiquer ce type d'allaitement dans le contexte africain ne se fait pas sans contraintes. En effet, s'il est vrai que l'allaitement maternel est pratiqué en Afrique, il est prolongé et non exclusif (P. Bonvalet, 2011, p.404; R. Becquet et al., 2005, p. 354). La question de l'allaitement fait toujours l'objet de contestations relevant de la confrontation de logiques sociales, culturelles et biomédicales (A. Desclaux et B. Taverne, 2000, p.176, p.302). C'est sans doute pour ces raisons qu'elle a été très souvent abordée en socio-

anthropologie, mais rarement en géographie, dans un contexte de VIH en Afrique subsaharienne.

Quelles sont les contraintes rencontrées par les femmes séropositives dans la pratique de l'allaitement exclusif ? Parmi ces contraintes, quelles sont celles qui sont les plus récurrentes et les plus difficiles à contourner ? Y a-t-il une influence de la zone d'habitation des femmes (zone lotie/zone non lotie) sur le respect des consignes de l'allaitement exclusif ? L'objectif de cet article est de répondre à ces questions à travers une approche interdisciplinaire. En effet, l'exclusivité méthodologique en sciences sociales ne permet pas toujours de saisir la complexité du phénomène étudié (R. Lefrançois, 1995, p.56). Différentes méthodes sont ici associées : celles issues de l'anthropologie (observations, entretiens ouverts, formels et informels) destinées à comprendre les choix et les pratiques et celles issues de la géographie de la santé pour spatialiser les comportements et comprendre l'impact de l'environnement. L'interdisciplinarité permet de mieux contextualiser un problème et d'enrichir les résultats et l'interprétation. Certains rapprochements entre disciplines vont de soi, surtout lorsque ces dernières sont connexes. On parlera d'« interdisciplinarité de proximité » (M. Jollivet et J-M. Legay, 2005, P.185). Géographie, sociologie, anthropologie sont proches, car elles partagent les mêmes objets d'étude : l'homme, ses pratiques, son territoire.

La présentation des résultats obtenus dans cette étude devrait enrichir la littérature sur les questions d'allaitement et VIH en Afrique par un regard porté à l'échelle de territoires de vie et de pratiques. Elle

prolonge les analyses de l'impact du savoir des mères séropositives, de leur stigmatisation ou du fonctionnement du système de santé (M-T. Arcens Somé, 2020, p. 117-118 ; A. Desclaux et al., 2018, p.116) sur l'allaitement sécurisé en analysant sa mise en pratique par le biais d'une approche socio-spatiale via des outils de la géomatique. Ce faisant, cet article constitue un exemple de la portée de l'interdisciplinarité pour l'analyse des questions de santé.

1. MÉTHODOLOGIE

1.1 Collecte de données et variables

Menée par une équipe pluridisciplinaire, l'étude présentée combine des méthodes de collecte et de traitement de données issues de l'anthropologie et de la géographie. Une enquête ethnographique a été en effet développée auprès de 30 femmes séropositives en 2015 dans la ville de Ouagadougou (Burkina Faso). Comme son étymologie grecque l'indique, l'ethnographie consiste en la description (graphein) de l'autre (ethnos) et suppose de partager le quotidien des populations étudiées – ici les mères séropositives – afin de comprendre leurs manières de penser, de sentir et d'agir. – ici dans le contexte de l'allaitement en contexte de séropositivité. La pratique de l'ethnographie que nous avons mobilisée est celle décrite dans l'anthologie dirigée par D. Céfai (2003) (qui rassemble les textes fondateurs de la pratique) et rappelée par G. Blundo et J-P. O. De Sardan (2003).

Ouagadougou recensait plus d'un tiers de la liste active des patients VIH au Burkina Faso, soit 31 572 sur 80 390 patients en 2015 (Ministère de la Santé, 2016, p.263-264). La prévalence féminine du VIH était quatre fois plus élevée en milieu urbain

(2,6%) qu'en milieu rural (0,7%) (INSD et ICF international, 2012, p.259). La sélection des enquêtées s'est faite en deux étapes. La première a reposé sur un échantillonnage stratifié sur le territoire urbain des structures de soins publiques qui ont servi de relai à l'identification des enquêtées. Les différentes structures de soins prises en compte dans l'enquête ont été identifiées en fonction de leur contexte d'implantation. Ces structures sont ainsi inscrites respectivement dans des quartiers centraux et périphériques du territoire d'enquête, dans des quartiers pauvres et aisés et dans des zones d'habitats formels et informels (communément appelées zones loties et non loties). Ces critères reposaient sur la théorie d'une accessibilité différentielle aux équipements de soins et une autonomie d'actions plus ou moins grande. Ainsi, la sélection spatiale reposait sur l'hypothèse que chaque grand profil territorial¹ (centre/périphéries: disponibilité des équipements; loti/non loti: profil des équipements; quartier pauvre/aisé: accessibilité financière) pouvait constituer une contrainte dans le cas d'un équipement faible et peu accessible et un atout dans le cas contraire, aux capacités de suivi des recommandations d'allaitement exclusif par les femmes.

La seconde étape a consisté au recrutement des enquêtées dans les structures de soins publiques choisies. Les femmes ont été sélectionnées en collaboration avec les agents de santé qui leur présentaient au préalable le projet de recherche et sollicitaient leur accord de participation. Ce n'est qu'après l'obtention de leur consentement éclairé que l'agent de santé

établissait le contact avec l'équipe de recherche. Les critères d'inclusion étaient : être enceinte et séropositive avec plus de 6 mois de grossesse ou être mère séropositive avec un nourrisson âgé de deux mois ou moins. Il s'agissait ainsi de prendre en compte la période déterminante de l'allaitement exclusif qui concerne les six mois suivants la naissance du bébé. L'anonymat des femmes a été préservé tout au long de la collecte et du traitement des données. Lors du premier échange entre les mères et l'équipe de recherche, les conditions des futures rencontres (prise de contact, lieux, horaires) ont été définies conjointement afin de garantir la confidentialité des informations recueillies et des entretiens.

Le suivi des femmes s'est fait en binôme, composé d'un géographe et d'un anthropologue. Il a consisté en des visites régulières prenant la forme de visite de courtoisie, variant de quelques heures à une journée entière. Ces visites ont permis d'observer les négociations quotidiennes des mères entre l'application des recommandations relatives à l'allaitement exclusif et les contraintes auxquelles elles étaient exposées. Des rencontres entre les mères et les enquêtrices ont eu lieu tantôt au domicile des femmes, tantôt dans des endroits à leur convenance (marché, centre de santé, restaurant...). Au cours de ces visites, les chercheuses ont réalisé des entretiens compréhensifs notamment sur les motifs du choix du type d'allaitement, les difficultés liées à sa mise en œuvre et la question du suivi dans les centres de santé. Les enquêtrices ont également observé le milieu de vie, les relations de la femme avec

¹ Ces grands profils et leurs caractéristiques en termes d'équipements et de niveau de vie ont été présentés dans différents travaux dont ceux de D. Delaunay, F. Boyer et al. (2017, p.27-29) ; F. Fournet, A. Meunier-Nikiema et G. Salem (2008, p.79-81) et

servent régulièrement de base d'analyse dans la ville de Ouagadougou.

son entourage et la manière dont les enfants étaient allaités. Le niveau socio-économique des quartiers a été évalué à travers la concentration des équipements collectifs (structures de soins et pharmacies privées, marchés), révélatrice du niveau de vie des ménages qui y vivent. Les coordonnées géographiques à proximité des domiciles des enquêtées ont été relevées, sans toutefois permettre leur identification précise afin de préserver l'anonymat.

1.2 Le traitement des données

L'étude ethnographique reposant sur des observations in situ et des entretiens formels et informels avec les mères a permis d'observer les conditions objectives d'allaitement, de rendre compte des perceptions et des négociations des femmes avec ces dernières. Toutefois, les femmes ne subissent pas les mêmes contraintes et de la même manière. Il est donc pertinent d'étudier le jeu différentiel de ces contraintes afin de les hiérarchiser. Les différentes contraintes rencontrées par les femmes dans la pratique de l'allaitement exclusif relevées à travers l'ethnographie ont ainsi été analysées par les outils de la géomatique grâce au codage. Le codage a permis d'obtenir une base de données qui a d'abord fait l'objet d'un traitement statistique, puis cartographique. Deux types de codage ont été réalisés. Le premier attribue un score pour chaque contrainte et par enquêtée. Le score correspond à la récurrence de la contrainte et à sa propension à faire échouer la pratique de l'allaitement exclusif. La valeur 0 a été ainsi attribuée lorsque l'enquêtée n'a pas été confrontée à la contrainte. La valeur 1 a été attribuée lorsque l'enquêtée a subi la contrainte, sans qu'elle soit la cause de l'échec de l'allaitement exclusif. La valeur

2 a été attribuée lorsque l'enquêtée a subi fortement la contrainte au point que celle-ci l'a empêché de respecter les directives de l'allaitement exclusif. La somme des scores a été ensuite calculée pour chacune des contraintes, ce qui a permis de les hiérarchiser. Cette hiérarchisation a permis de mettre en évidence les contraintes les plus récurrentes ou les plus difficiles à surmonter. Le second codage attribue pour chaque contrainte la valeur 0 aux femmes n'ayant pas été confrontées à la contrainte ; la valeur 1 aux femmes ayant subi la contrainte. Ce codage a permis de construire une matrice de données. Cette matrice a fait l'objet d'une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) afin de regrouper dans une même classe les femmes rencontrant des contraintes similaires. Les résultats de la CAH ont ensuite été cartographiés.

Les logiciels utilisés pour ces différentes analyses sont QGIS 3.4 et Philcarto. La classification ascendante hiérarchique est l'outil utilisé pour spatialiser les statistiques obtenues. Les résultats sont représentés par des dendrogrammes qui montrent à l'aide des écarts-types les dissimilarités par rapport à la moyenne. Les variations peuvent être positives et plus l'écart-type est important plus le phénomène est sur-représenté. À l'inverse si les variations s'expriment dans le négatif, le phénomène est alors sous-représenté, ce qui n'exerce aucune influence.

Dans l'interprétation des résultats, nous nous sommes particulièrement intéressés à l'impact de la zone d'habitation (zone lotie et non lotie) dans le respect des consignes de l'allaitement exclusif. Les quartiers non lotis contrairement aux quartiers lotis sont en général une zone d'habitat informel caractérisée par des conditions de vie

précaires, un niveau d'instruction et un niveau de vie relativement bas, un faible niveau d'équipements (A. Tougma, 2020, p.176-178). Les habitats y sont concentrés et de petites tailles (D. Delaunay et F. Boyer, 2017, p. 14).

L'étude menée a été financée par l'Agence Nationale de Recherche sur le SIDA et les hépatites². Le protocole de recherche a été soumis et accepté par le comité d'éthique en santé du Burkina Faso avec la référence 2014-4-032³. Dans ce protocole les aspects de l'anonymat des femmes et la préservation de l'information relative à leur séropositivité ont été pris en compte. Les femmes ont donc été désignées par un identifiant et leur localisation cartographiée à des échelles et à l'aide de taille de symbole qui ne permettent pas de préciser leur domicile de façon fine.

2. RÉSULTATS

2.1. Les contraintes à l'allaitement exclusif

Seulement quatre femmes affirment n'avoir rencontré aucune contrainte dans la pratique de l'allaitement exclusif. La plupart éprouvent des difficultés multiples et variées décrites ci-après. Les données recueillies après entretien, observation du comportement et du lieu de vie des femmes ont permis d'identifier au total huit types de contraintes :

Le discours des agents de santé: certaines femmes ont affirmé n'avoir pas reçu

d'information concernant l'allaitement exclusif de la part des agents de santé. L'enquêtée 13A raconte: « Quand j'ai accouché ils [agents de santé] m'ont donné des médicaments, ils m'ont dit de tout faire pour bien lui donner [au bébé] ... ils ne m'ont pas dit comment je devais l'allaiter... ». D'autres femmes ont reçu une information différente de celle contenue dans le programme PTME en cours. Certaines ont également fait face à des situations de contradictions dans les discours tenus par les multiples agents de santé rencontrés. Lorsqu'ils sont différents du protocole en cours, insuffisants, contradictoires ou inexistantes, les discours des agents de santé constituent ainsi une contrainte à la pratique de l'allaitement maternel exclusif par les mères.

La chaleur: certaines femmes ont des difficultés à donner exclusivement du lait maternel à leur enfant pendant les périodes de forte chaleur. Elles sont tentées de lui donner de l'eau parce que, disent-elles, l'enfant pleure beaucoup, les laissant pressentir son envie de boire. Une enquêtée explique que le jour où elle a commencé à donner de l'eau à son enfant: « il faisait chaud et il pleurait beaucoup. Son papa [pourtant informé de la sérologie de sa femme et de la consigne de l'allaitement exclusif] m'a dit de lui donner l'eau. Depuis qu'il boit, il ne pleure plus beaucoup ». Les conditions climatiques marquées par de fortes chaleurs constituent une contrainte et

² Le projet s'intitulait "Inégalités spatiales, mobilités et expérience de l'allaitement sécurisé au Burkina Faso. Une approche socio-anthropologique et géographique pour mieux comprendre les contraintes à l'allaitement sécurisé ». ANRS 12316.

³ Nous remercions Fernand Bationo (co-responsable du projet avec Frédéric Le Marcis), Mireille Ouédraogo, Zenabe Koumbem et Christelle Kafando qui ont participé à la réalisation des enquêtes.

peuvent empêcher le respect de l'allaitement exclusif.

Le non-partage de la sérologie avec le conjoint: d'après nos observations, le partage de sa sérologie avec son conjoint constitue un avantage pour la femme. Ce dernier, à défaut de l'aider à mieux respecter les consignes de l'allaitement exclusif, ne constituera pas un obstacle à sa pratique. En revanche, lorsque le conjoint n'est pas informé de la sérologie de son épouse, la femme doit justifier les raisons pour lesquelles elle ne donne pas de l'eau, de la tisane ou de la bouillie à l'enfant. Ceci constitue une contrainte importante, puisque journalière. Ce constat a également été fait par A. Tijou-Traoré et al. (2009, p.5-6) en Côte d'Ivoire.

L'influence de la belle-famille: en Afrique subsaharienne, les nouveau-nés reçoivent un certain nombre de soins ayant pour but de les fortifier, de les protéger des maladies et des mauvais sorts. Dans cette étude, nous avons remarqué que ces soins sont très souvent appliqués par des femmes âgées et fréquemment par un membre de la belle-famille de la femme. Quand elle séjourne ou cohabite avec la belle-famille, il est difficile pour elle de la dissuader de réaliser certains soins si cette dernière n'est pas au courant de sa sérologie; ce qui est très souvent le cas. Une des enquêtées rapporte ainsi des reproches auxquels elle a été confrontée:

« C'est parce que tu n'as pas donné de décoction à boire au bébé qu'il pleure comme ça. Depuis que je suis

née, je n'ai jamais vu un bébé qui n'a pas bu de tisane. Tu vas beaucoup souffrir avec ce bébé si tu ne lui donnes pas de décoction. Ses frères [frères du bébé] que j'ai gavés ont bien grandi sans beaucoup pleurer. C'est vrai que le monde se modernise, mais il ne faut pas oublier les traditions ».

L'influence de la famille: lorsqu'une femme accouche, il n'est pas rare qu'elle séjourne ou rende visite à ses parents afin de leur présenter le bébé. Pendant ce séjour, elle peut se heurter à des difficultés, si sa famille n'est pas informée de sa sérologie. La mère de l'enquêtée 7A lui a demandé si elle gavait l'enfant avec des décoctions. Quand elle lui a dit non, elle a répliqué : « vous les enfants de la ville, vous êtes ainsi; c'est comme cela qu'on vous a traité et vous êtes bien aujourd'hui? » L'enquêtée 11B raconte qu'à chaque fois qu'elle rend visite à sa mère, cette dernière insiste pour donner de l'eau à son bébé.

L'activité économique: dans un allaitement exclusif, l'enfant doit être nourri au sein chaque fois qu'il le demande. Pour une mère qui travaille, pratiquer l'allaitement exclusif est contraignant, surtout si elle ne peut pas amener son bébé au lieu de travail. L'enquêtée 14A, explique:

« L'enquêtée 14A: je voulais commencer le lait là..., mais à trois mois... je veux commencer le lait artificiel là afin que quand la vieille

[celle qui viendra s'occuper du bébé] là va venir je puisse le laisser et puis partir [se rendre à son lieu de travail]

Enquêtrice: là, vous allez faire un allaitement mixte maintenant?

L'enquêtée 14 A: oui,

Enquêtrice: à partir de trois mois

L'enquêtée 14 A: oui, je suis obligée... ».

Le type de cour: lorsque la femme vit dans un logement individuel, elle bénéficie de plus d'intimité, car la cour n'est pas partagée avec des voisins et est très souvent clôturée. Par contre quand la femme vit dans une cour commune (dans laquelle cohabitent plusieurs ménages), elle devra faire face aux remarques, aux questions et aux suggestions du voisinage. L'enquêtée 5B affirme qu'il y a une vieille dame qui habite dans la même cour qu'elle. Cette dernière lui demande très souvent si elle a purgé le bébé et lui a donné à boire lors de son bain. Elle répond toujours par un oui. Pourtant, elle ne le fait pas. Lors du bain de son bébé, elle ferme la porte de sa maison afin que personne ne la voie. Habiter une cour commune peut donc se révéler contraignant.

La mobilité de la femme: les endroits fréquentés peuvent constituer une contrainte à la pratique d'un allaitement exclusif. Lorsque la femme est peu mobile, elle rencontre moins de personnes, reçoit moins de remarques et est confrontée à moins de questions. Par contre, quand elle fréquente plusieurs endroits en dehors du lieu de travail (visites de courtoisies, lieu de culte, cérémonies) ou change de lieu de

résidence (en dehors de la famille et de la belle-famille), elle multiplie les occasions d'interaction et doit donc se montrer plus stratégique (formuler des prétextes par exemple), afin de ne pas être soupçonnée. En effet, la plupart du temps, elle ne tient pas à ce que l'on sache qu'elle est séropositive, de peur d'être stigmatisée. L'enquêtée 12B raconte que lors d'un baptême, une dame a voulu donner de la boisson à base de petit mil à son enfant, mais elle lui a dit de ne pas le faire parce que le bébé était malade.

2.2 Le poids des différentes contraintes dans la pratique de l'allaitement exclusif

La hiérarchisation des différentes contraintes est représentée dans la figure n°1. Plus, la couleur est foncée, plus la contrainte est récurrente ou difficile à contourner. La chaleur apparaît comme la contrainte la plus importante. Pour beaucoup de femmes, il est insoutenable qu'avec des températures élevées, elles ne puissent pas donner de l'eau à leur enfant. Parfois, les agents de santé eux-mêmes encouragent et accompagnent les femmes dans ce choix. La deuxième contrainte la plus importante est l'influence de la belle-famille. Le discours tenu par les agents de santé, qui vient en troisième position, joue également un grand rôle dans le respect de l'allaitement exclusif. Les contraintes les moins fortes sont la mobilité de la femme, le type de cour et l'influence de la famille.

Au total, dix femmes sur 28⁴ ont respecté les exigences de l'allaitement exclusif.

Figure n°1 : Hiérarchisation des différentes contraintes



Source: Enquête, projet ANRS 12316

La hiérarchisation révèle l'aptitude de la mère à contourner les contraintes. Les contraintes telles que la chaleur, l'influence de la belle-famille et le discours des agents de santé sont plus difficiles à contourner. Le non-partage de la sérologie avec le conjoint et l'activité économique constituent des contraintes qui peuvent être surmontées. Certaines femmes cessent toute activité économique durant la période d'allaitement ou amènent et surveillent leurs enfants sur

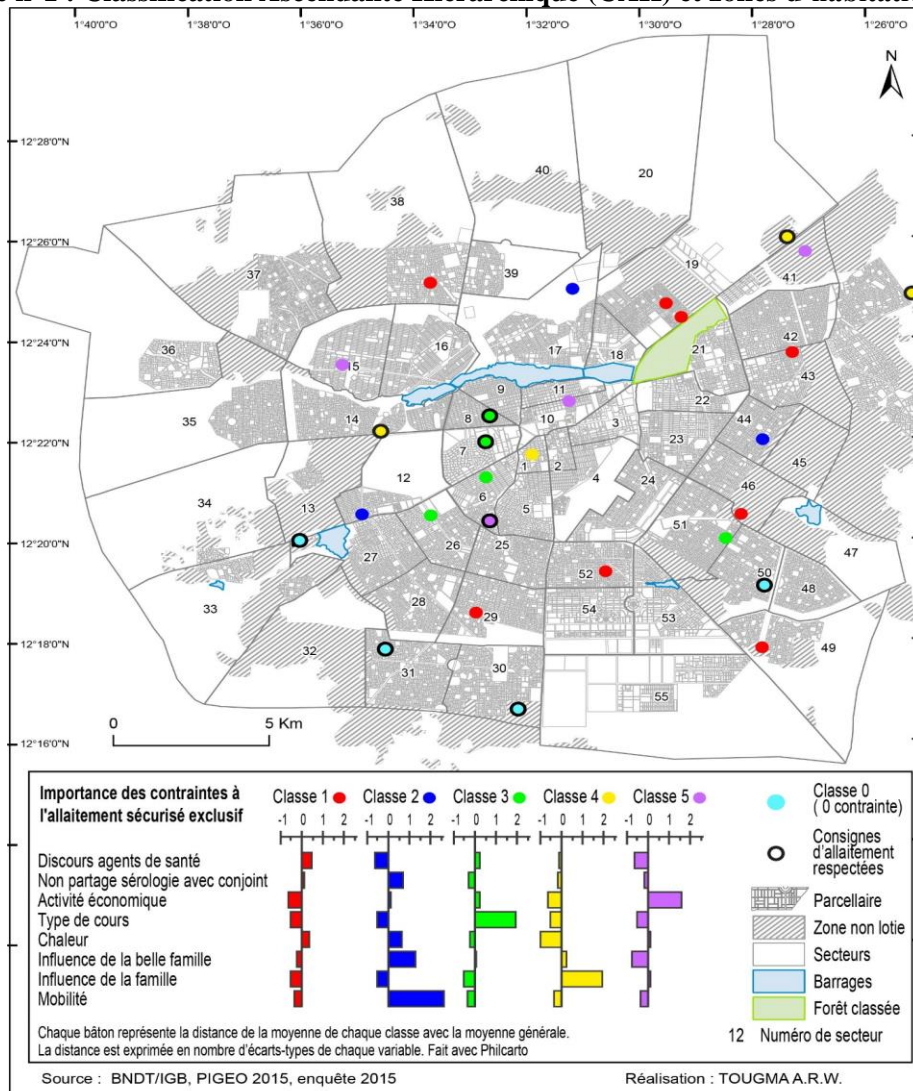
le lieu de travail. L'absence de certains conjoints du domicile familial du fait de leur activité économique (plusieurs d'entre eux sortent tôt le matin et ne rentrent que la nuit), résout partiellement la difficulté liée au non-partage de la sérologie. La mobilité, le type de cour et l'influence de la famille sont relativement les plus faciles à esquiver. Si la femme fréquente de nombreux endroits, ou habite en cours commune, elle a toujours son enfant dans ses bras et si ce n'est pas le cas, elle a généralement un œil sur lui. Si les personnes rencontrées ou habitant ces lieux font des commentaires ou posent des questions indiscrettes, elle arrive généralement à développer des stratégies (camouflage, esquives, prétextes...) pour les déjouer. En outre, lorsque les femmes séjournent en famille, elles rencontrent parfois des contraintes, mais arrivent davantage à se faire comprendre qu'au sein de leur belle-famille. Les femmes semblent mieux négocier la pratique de l'allaitement exclusif en famille qu'en belle-famille.

2.3 Contraintes et zones d'habitation

La CAH et sa représentation cartographique à l'échelle de la zone d'habitation des femmes permettent de spatialiser les différentes contraintes par quartier de vie à Ouagadougou (Carte n°1). La carte permet d'affiner les résultats statistiques de la CAH qui met en évidence l'importance des contraintes à l'allaitement exclusif.

⁴ Dans le traitement des données, deux femmes ont été exclues de l'échantillon. La première a perdu son bébé quand il avait moins de trois mois et la seconde a pratiqué un allaitement artificiel.

Carte n°1 : Classification Ascendante Hiérarchique (CAH) et zones d'habitation



Classe 0 : aucune contrainte relative à l'allaitement exclusif n'a été notifiée. Les femmes de cette classe ont réussi à suivre les recommandations. Au nombre de quatre, dont deux en zone lotie et deux en zone non lotie, elles se trouvent à la périphérie de la ville.

Classe 1 : les contraintes rencontrées se retrouvent généralement au niveau du discours des agents de santé et de la chaleur. Aucune femme n'a pu pratiquer un allaitement exclusif. Cette classe se retrouve dans les deux zones d'habitation.

Classe 2 : au total, cinq contraintes sont sur-représentées, mais à des intensités

variables. Aucune femme appartenant à cette classe n'a pu pratiquer un allaitement exclusif. Toutes les femmes de cette classe vivent en zone lotie.

Classe 3: la contrainte liée au type de cour, notamment le fait d'habiter dans une cour commune est fortement sur-représenté. Deux femmes sur cinq ont pu pratiquer un allaitement exclusif dans cette classe qui se retrouve uniquement en zone lotie.

Classe 4: les contraintes sont moins nombreuses et ne sont pas réhivitoires. Seule l'influence de la famille y est fortement sur-représentée. Au total, trois femmes sur quatre ont pu faire un allaitement exclusif. La classe 4 est observée dans les deux zones d'habitation.

Classe 5: la contrainte liée aux activités économiques menées par la femme y est sur-représentée. Une femme sur quatre a réussi à pratiquer un allaitement exclusif. Les femmes de cette classe se retrouvent dans les deux zones d'habitation.

La répartition des différentes classes est hétérogène et ne permet pas de dégager une tendance générale. Cependant, la classe 3 dans laquelle la contrainte liée au type de cour est sur-représentée se retrouve uniquement en zone lotie. Il en est de même pour la classe 2 dans laquelle la contrainte liée à l'influence de la belle-famille est sur-représentée. Cette spatialisation permet donc de mettre en évidence des influences variées mises en discussion.

3. Discussion

3.1 L'influence familiale, un contrôle majeur de l'alimentation du nouveau-né que le corps médical ne permet pas de remettre en cause

Les contraintes à l'allaitement maternel exclusif recensées dans cette étude mettent en évidence : les conditions climatiques qui relèvent de l'environnement physique, la pression de l'environnement social de la femme et le discours des agents de santé. A. Desclaux et C. Alfieri (2009, p.4-5) soulignent que l'environnement social joue un rôle important dans les pratiques d'allaitement et que les déterminants sociaux tels que la stigmatisation, la gestion de la sérologie au sein du couple, les normes sociales de l'allaitement constituent des difficultés. Au Malawi (L. R. Stergaard et A. Bula, 2010, p.213), en Mauritanie (M. Diagana et H. Kane, 2016, p.238), au Sénégal (M-T. Arcens Somé, 2020, p.119-120), l'influence de l'entourage s'exerce sur les choix en matière d'alimentation des nouveau-nés, particulièrement celle des personnes les plus âgées. La communauté ne considère pas que l'utilisation de produits autres que le lait maternel est une limite à l'allaitement exclusif. Parmi les pratiques, l'ingestion de l'eau est également considérée comme un moyen de stimuler l'appétit, de calmer le bébé et d'éteindre sa soif (Alive et Thrive et UNICEF, 2022, p.33). Pourtant, selon A. Desclaux (2001, p.3), l'OMS et l'UNICEF ont fait la promotion de l'allaitement maternel en s'appuyant sur les savoirs médicaux qui lui

accordaient une influence majeure. À ce propos, « des représentants nationaux assurent l'adaptation du programme aux situations des pays et forment les professionnels de santé » (A. Desclaux, 2001, p.3). Dans le cadre du troisième programme PTME 2011-2015, le Burkina Faso a opté pour l'allaitement sécurisé. La bonne mise en pratique des directives repose sur la qualité du suivi des femmes enceintes, sur la qualification des agents de santé réalisant l'accouchement, sur la qualité du suivi du couple mère-enfant après l'accouchement (et notamment sur l'intérêt porté par les agents de santé aux nourrissons nés de mères séropositives lors des consultations des nourrissons). Or, le discours du personnel soignant constitue une difficulté supplémentaire au suivi des recommandations comme le montre notre étude. « Beaucoup de sages-femmes doutent de l'application de l'allaitement exclusif et se montrent indulgentes face aux préparations de décoctions et infusions » (M-T. Arcens Somé, 2020, p 121). A. Desclaux et C. Alfieri (2009, p.824) soulignent la faible qualité du conseil proposé aux femmes (entre prescriptif et compréhensif), ce qui pose la nécessaire question de ce que les femmes comprennent réellement. Ces observations mettent en évidence la nécessité de la prise en compte des contextes, notamment les contextes socioculturels dans la mise en œuvre des résultats de la science. Le contexte n'empêche pas la mise en place de politiques, mais suppose une traduction

dont les effets sont parfois inattendus (C. Brives et al., 2016, p.370).

3.2 L'influence de la zone d'habitation : vivre en zone non lotie ne constitue pas, a priori, une contrainte à l'allaitement maternel exclusif

La particularité de cette étude interdisciplinaire est, en plus de recenser les contraintes à l'allaitement exclusif, de les hiérarchiser et de les mettre en rapport avec le quartier d'habitation; ce qui est, à notre connaissance, rare dans la littérature.

La question de l'allaitement maternel exclusif sécurisé est complexe et sa réalisation est confrontée à des contraintes différentes. Ces dernières se traduisent par une inscription spatiale qui, si elle ne permet pas de dégager de tendance significative, met en évidence des situations inattendues. Ainsi, dans la classe où aucune contrainte n'est rapportée, les femmes résident à parts égales en zone lotie⁵ et en zone non lotie⁶. En outre, la proportion des femmes habitant une zone non lotie et respectant les consignes d'un allaitement exclusif (3/6) est supérieure à celle des femmes habitant une zone lotie (7/22). Vivre en zone non lotie, dans des conditions de vie moins bonnes qu'en zone lotie ne constitue donc pas, à priori, un obstacle à l'allaitement exclusif. Les zones non loties pourraient même présenter un avantage en permettant d'échapper à certaines contraintes comme le type de cour ou l'influence de la belle-famille. En effet, bien

5 Deux sur un total de 22 femmes.

6 Deux sur un total de six femmes.

que les résidents des quartiers informels se connaissent mieux qu'en zone lotie (V. Ridde et al., 2014, p.9), la taille des parcelles et la capacité résidentielle y sont réduites et contribuent à limiter le nombre de résidents dans la cour à la famille nucléaire (D. Delaunay et F. Boyer, 2017, p. 14). En outre, les cours communes y sont rares. L. R. Tomasoni et al. (2011, p.61-62) rapportent, après une étude multicentrique menée dans différents pays du Sud, dont le Burkina Faso, que les représentations et pratiques des femmes concernant l'allaitement varient de manière significative en fonction de l'expérience maternelle et du lieu de résidence. Ils reconnaissent également, sans pouvoir l'analyser faute de données pertinentes, que ces variations sont sans doute également fonction du lieu de consultation des femmes et des conseils qu'elles reçoivent de la part des agents de santé ou de leur entourage. Toutefois, il faut nuancer ce constat. En effet, la localisation des couples mères-enfants permet d'identifier les déterminants spatiaux en jeu dans le recours aux soins alors que l'on sait que la pratique de l'allaitement maternel doit s'accompagner d'un suivi médical régulier. Les variables relatives au lieu et à la distance ont leur importance pour analyser les contraintes d'accès à la PTME par les mères et par voie de conséquences à la réalisation optimale de l'allaitement sécurisé. A. Nikiema et al. (2019, p.7-10) ont montré des comportements inattendus à Ouagadougou: les facteurs cognitifs liés à la compréhension de la maladie et à la

pratique du traitement amènent les patients à effectuer de longs trajets pour consulter, et ce malgré une offre de soins de proximité adaptée.

Conclusion

Les différentes contraintes à l'allaitement maternel exclusif ont été revisitées. Les difficultés à suivre les recommandations de l'OMS sont d'ordre social, mais aussi spatial à travers l'impact de la zone d'habitation. Les femmes développent différentes stratégies afin de supprimer ou de contourner les contraintes rencontrées. Il existe cependant trois contraintes sur lesquelles elles ont peu d'emprise: la chaleur, le discours des agents de santé et l'influence de la belle-famille. La chaleur et l'influence de la belle-famille sont des contraintes sur lesquelles il est difficile pour les politiques d'agir soit parce qu'elles manquent d'outils (la chaleur) ou parce que la contrainte relève de la traduction de normes sociales qui supposent une mobilisation de la société civile et du politique sur le temps long pour les transformer. En revanche, des actions pourraient être menées rapidement et avec des effets tangibles pour améliorer la qualité du discours des agents de santé. La plupart d'entre eux apparaissent en effet perdus dans la succession rapide des différentes recommandations de l'OMS. Une formation simultanée et homogène dans le cadre de la PTME est en fait nécessaire. Par ailleurs, les recommandations de l'OMS devaient tenir compte davantage des réalités culturelles des populations auxquelles elles sont destinées.

Références bibliographiques

ALIVE & THRIVE ET UNICEF, 2022, *Factors Influencing the Practice of Exclusive Breastfeeding and other infant feeding practices in the first six months of life in West and Central Africa*, [En ligne], URL:

https://www.aliveandthrive.org/sites/default/files/literature.reviewbreastfeeding.in_westcentralafrica_fr_march2022.pdf

ARCENS SOMÉ Marie-Thérèse, 2020, « Le défis de l'adoption de l'allaitement maternel exclusif au Burkina Faso », *Santé Publique 2020/S1 (HS1)*, p. 113-122.

BECQUET Renaud, CASTETBON Katia, VIHO Ida, EKOUEVI Didier K., BÉQUET Laurence, EHOUE Brigitte, DABIS François et LEROY Valériane, 2005, « Infant feeding practices before implementing alternatives to prolonged breastfeeding to reduce HIV transmission through breastmilk in Abidjan, Cote d'Ivoire », *Journal of Tropical Pediatrics* [En ligne], 51, 6, p. 351-55, URL: <https://doi.org/10.1093/tropej/fmi050>.

BLUNDO Giorgio et DE SARDAN Jean-Pierre Olivier, 2003, *Pratiques de la description*, Paris, Éditions de l'EHESS, collection « Enquête », n° 3, 223 p., réf., index.

BONVALET Perrine, 2011, « Allaitement et vih en Afrique subsaharienne: la difficile mise en œuvre d'une politique de santé viable », *Presses de sciences PO*, p. 399-407.

BRIVES Charlotte, LE MARCIS Frédéric, SANABRIA Emilia, 2016, « What's in a Context? Tenses and Tensions in Evidence-Based Medicine », *Medical Anthropology* [En ligne], 35, 5, p. 369-76, doi: 10.1080/01459740.2016.1160089; PMID: 27618221.

CÉFAÏ Daniel, 2003, *L'Enquête de terrain*, Paris, La Découverte.

DELAUNAY Daniel et BOYER Florence, 2017, « Habiter Ouagadougou », colloque Monographies Sud-Nord n°5, Paris: IEDES - Université Paris 1 Panthéon- Sorbonne [En ligne], URL: <http://iedespubli.hypotheses.org/monographies-sud-nord>, 84 p.

DESCLAUX Alice et ALFIERI Chiara, 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 & Medicine*, 69, p. 821–829.

DESCLAUX Alice et TAVERNE Bernard, 2000, *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Éditions Karthala.

DESCLAUX Alice, 2001, « le traitement de l'allaitement dans le système de soin », in *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*, Paris, Éditions Karthala.

DESCLAUX Alice, SOW Khoudia, BILA Blandine, ALFIERI Chiara, SERVAIS Sophie et al., 2018, *L'enfant protégé par les antirétroviraux. Etudes ethnographiques comparées: Sénégal, Burkina Faso, Laos*, Rapport de recherche, Institut de Recherche pour le Développement, [En ligne], URL: <https://hal.ird.fr/ird-02086882>.

DIAGANA Moussa Salatou et KANE Hélène, 2016, « Entre recommandations médicales et instructions des grand-mères: les pratiques d'alimentation des nourrissons à Nouakchott », *Santé publique*, 28, 2, p.235-243.

DIRECTION DE LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DE L'ENFANT (DSME), 2011, *Programme National de prévention de la transmission mère-enfant du VIH 2011-2015*, Ouagadougou.

FOURNET Florence, MEUNIER-NIKIEMA Aude et SALEM Gérard, 2008, *Ouagadougou 1850-2004: une urbanisation différenciée*, Petit atlas urbain, Éditions IRD.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD) et ICF INTERNATIONAL, 2012, *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*, Rapport, Calverton, Maryland, USA: INSD et ICF International.

JOLLIVET Marcel et LEGAY Jean-Marie, 2005, « Dossier Interdisciplinarité. Canevas pour une réflexion sur une

interdisciplinarité entre sciences de la nature et sciences sociales », *Natures Sciences Sociétés* [En ligne], 13, 2, p. 184-88, URL: <https://doi.org/10.1051/nss:2005030>.

LEFRANÇOIS Richard, 1995, « Pluralisme méthodologique et stratégies multi-méthodes en gérontologie », *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* [En ligne], 14, S1, p. 52-67, URL: <https://doi.org/10.1017/S0714980800005420>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉTUDES ET DES STATISTIQUES SECTORIELLES, 2016, *Annuaire Statistique 2015, Ouagadougou* [En ligne], URL: http://cns.bf/IMG/pdf/annuaire_ms_2015_signe.pdf.

NIKIEMA Aude, BONNET Emmanuel, TOUGMA Alix et LE MARCIS Frédéric, 2019, « Closer is not better. Distance and proximity in the use of health care by women living with HIV and AIDS in Ouagadougou (Burkina Faso) », *Cybergeo: European Journal of Geography* [En ligne], Space, Society, Territory, document 883, URL: <http://journals.openedition.org/cybergeo/31502> ; DOI : 10.4000/cybergeo.31502

ØSTERGAARD Lise Rosendal et BULA Agatha, 2010, « "They Call Our Children "Nevirapine Babies?" ": A Qualitative Study about Exclusive Breastfeeding

among HIV Positive Mothers in Malawi », *African Journal of Reproductive Health*, 14, 3, p. 213-22.

RIDDE Valéry, ROSSIER Clémentine, SOURA Abdramane, FIACRE Bazié, KADIO Kadidiatou, 2014, « Un vivre ensemble en zone lotie rend difficile une approche communautaire de sélection des indigents de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso », in *Parole de villes en Afrique* [En ligne], URL: http://www.equitesante.org/wp-content/plugins/zotpress/lib/request/request_dl.php?api_user_id=1627688&dlkey=P38NW8GQ&content_type=application/pdf.

TIJOU-TRAORÉ Annick, QUERRE Madina, BROU Hermann, LEROY Valériane, DESCLAUX Alice et DESGRÉES-DU-LOÛ Annabel, 2009, « Couples, PMTCT programs and infant feeding decision-making in Ivory Coast », *Social Science & Medicine*, 69, 6, p. 830–37.

TOMASONI L.R., GALLI M., DECLICH S., PIETRA V., CROCE F., PIGNATELLI S., FABIANI M., SIMPORÉ J., MABILIA M., AYELLA E.O., CARACCILO C., RUSSO G., GUARALDI G., GAMBIRASIO M.N., VULLO V. CASTELLI F., 2011, « Knowledge, attitudes and practice (KAP) regarding new born feeding modalities in HIV-infected and HIV-uninfected pregnant women in sub-Saharan Africa : a multicentre study », *International Health*, 3, p. 56-65.

TOUGMA Alix, 2020, *Vulnérabilité de la population de la ville de Ouagadougou face à la dengue*, Thèse de doctorat en Géographie, Normandie Université, 288p.