Dynamique de genre masculin dans la prise en charge des enfants séropositifs au Burkina Faso

Ezoma Juliette Nathalie BAKYONO(1),
Kouadio Patrick ADON(2), Kamba André-Marie SOUBEIGA(3)

(1) Université Joseph Ki-Zerbo,
(2) Université Félix Houphouët-Boigny, (3) Université Joseph Ki-Zerbo

DOI : https ://doi.org/10.17184/eac.10084

Résumé : Au Burkina Faso, l'engagement actif des pères est nécessaire pour assurer l'observance du traitement chez les enfants séropositifs ; cette implication des pères dans l'observance médicale est souvent entravée par les représentations sociales de la séropositivité et les normes socioculturelles définissant les rôles de genre. L'absence des pères dans la famille, et auprès de leurs enfants séropositifs, a une incidence sur la vulnérabilité sociale des enfants face au VIH et peut compromettre l'observance du traitement. Face à ces défis, les mères d'enfants séropositifs font preuve d'une résilience remarquable, en développant des stratégies d'adaptation telles que la recherche de soutien communautaire auprès des associations de santé, qui prodiguent des conseils, une aide matérielle et un accompagnement psychosocial aux séropositifs et à leur entourage familial. Le personnel soignant peut également jouer un rôle essentiel en offrant un soutien et un modèle masculin lors des visites de suivi médical d'enfants séropositifs à domicile dans les familles monoparentales. Ces interventions médicosociales sont très utiles pour une meilleure observance du traitement par les enfants séropositifs.

Mots-clés : engagement paternel ; dynamique de genre ; enfants séropositifs ; intervention médico-sociale.

Abstract: In Burkina Faso, the active involvement of fathers is necessary to ensure treatment adherence among HIV-positive children; this involvement of fathers in medical adherence is often hindered by social representations of HIV status and sociocultural norms defining gender roles. The absence of fathers in the family, and from their HIV-positive children, impacts the social vulnerability of children to HIV and can compromise treatment adherence. Faced with these challenges, mothers of HIV-positive children demonstrate remarkable resilience, developing coping strategies such as seeking community support from health associations, which provide advice, material assistance, and psychosocial support to HIV-positive children and their families. Healthcare workers can also play a vital role by providing support and a male role model during medical follow-up visits for HIV-positive children at home in single-parent families. These medical-social interventions are very useful for improving treatment adherence among HIV-positive children.

Keywords: paternal involvement; gender dynamics; HIV-positive children; medical-social intervention.

1 Introduction

Au Burkina Faso, comme dans l'ensemble de l'Afrique subsaharienne qui concentre la majorité des personnes vivant avec le VIH au niveau mondial, l'épidémie de VIH/sida demeure un enjeu majeur de santé publique et de bien-être familial. En 2022, le Burkina Faso comptait environ 96 000 personnes vivant avec le VIH, avec une prévalence estimée à 0,7% chez les adultes (15-49 ans). La situation est particulièrement préoccupante pour les enfants, avec environ 7 000 enfants de 0 à 14 ans vivant avec le VIH et 1 200 nouvelles infections pédiatriques enregistrées cette même année (ONUSIDA, 2023). Ces chiffres, bien que témoignant des efforts de prévention et de traitement, soulignent la persistance des défis. En effet, malgré des progrès significatifs dans l'accès aux antirétroviraux (ARV) qui ont transformé le VIH/sida d'une maladie annonçant la mort en une condition chronique gérable, l'impact de la maladie sur les enfants et les dynamiques familiales reste préoccupant (Hejoaka, 2012). L'efficacité thérapeutique des ARV est intrinsèquement liée à une observance stricte du traitement. Ces impératifs horaires, auxquels s'ajoute le secret qui entoure souvent la maladie et ses traitements, génèrent un certain nombre de contraintes sociales et créent une « tension thérapeutique » pour les familles. Dans ce contexte, l'engagement actif des pères dans la prise en charge de leurs enfants séropositifs est crucial pour assurer l'observance du traitement, le soutien émotionnel et le développement psychosocial de l'enfant (Yee *et al.*, 2010).

Cependant, cet engagement est souvent entravé par des normes sociales et culturelles qui définissent les rôles de genre et les responsabilités parentales (Barker *et al.*, 2010). Les représentations sociales du VIH/sida, en particulier celles véhiculées par les hommes, peuvent influencer négativement leur perception de la maladie, leur attitude envers les personnes vivant avec le VIH, et leur volonté de s'impliquer dans les soins de leurs enfants (Williams *et al.*, 2015). Ces dynamiques ne sont pas exclusives au contexte burkinabè. Par exemple, au Zimbabwe, Campbell (2006) a mis en lumière comment la masculinité et la mobilité des hommes influencent leur engagement dans la prévention et les soins du VIH. De même, des travaux en Afrique du Sud (Becker *et al.*, 1999) ont exploré la manière dont les perceptions culturelles du sida façonnent la participation des hommes dans la gestion de la maladie au sein de la famille. Des études ont montré que les hommes peuvent être réticents à se faire dépister, à révéler leur statut sérologique, ou à participer aux activités de soutien en raison de la stigmatisation, de la peur de la discrimination, ou de croyances erronées sur la maladie (Greig *et al.*, 2008, Bila, 2011).

Dans ce contexte, il est essentiel de comprendre comment les représentations sociales du VIH/sida chez les hommes Burkinabè façonnent leur engagement paternel dans la prise en charge de leurs enfants séropositifs. Cet article vise à explorer ces représentations, à analyser leur impact sur les pratiques parentales, et à identifier les leviers pour promouvoir un engagement paternel plus actif et positif. Nous mobiliserons des données qualitatives issues d'une recherche menée au sein d'un centre de référence pédiatrique à Ouagadougou, afin de mettre en lumière les expériences et les perspectives des pères, des enfants et du personnel soignant.

En contribuant à une meilleure compréhension de ces dynamiques sociales genrées, nous espérons éclairer les interventions médicosociales visant à renforcer le soutien psychosocial aux familles touchées par le VIH/sida et à promouvoir l'égalité de genre dans la prise en charge des enfants séropositifs.

2 Revue de Littérature

Par « dynamique de genre masculin », cet article fait d'abord référence conceptuellement aux représentations masculines et féminines du VIH/SIDA et de la séropositivité. Il s'agit ensuite d'un concept relatif à l'engagement paternel tel que vécu par l'entourage familial des enfants séropositifs ainsi que les pratiques masculines et féminines mobilisées comme soutien psychosocial aux enfants séropositifs. Ainsi, les représentations sociales du VIH/sida ont été largement étudiées dans divers contextes culturels, révélant une diversité de croyances, d'attitudes et de pratiques (Farmer, 1992 ; Parker et Aggleton, 2003). En Afrique, ces représentations sont souvent façonnées par des facteurs historiques, religieux et socioéconomiques (Dozon et Fassin, 1989, Bila 2011). Des études ont montré que la stigmatisation, la discrimination et la peur de la contagion sont des obstacles majeurs à la prévention, au dépistage et à l'accès aux soins (Campbell, 2006).

Les perceptions masculines du VIH/sida sont particulièrement importantes à considérer, car les hommes sont souvent perçus comme les chefs de famille et les principaux décideurs en matière de santé (Barker *et al.*, 2010). Cependant, les normes de genre traditionnelles peuvent limiter leur participation dans les soins et le soutien aux enfants. La masculinité hégémonique, qui valorise l'autonomie, la force et le contrôle émotionnel, peut dissuader les hommes de rechercher de l'aide, de révéler leur vulnérabilité, ou de s'impliquer dans des activités traditionnellement associées aux femmes, comme les soins aux enfants et aux malades (Connell & Messerschmidt, 2005).

Plusieurs études ont exploré les obstacles à l'engagement paternel dans la santé infantile, notamment le manque d'information, les contraintes économiques, les normes sociales et les relations de pouvoir au sein du couple (Yee *et al.*, 2010). Au Burkina Faso, des recherches ont montré que les hommes peuvent être réticents à se faire dépister, à accompagner leurs partenaires aux consultations prénatales, ou à s'occuper des enfants en raison de la stigmatisation, de la peur de la désapprobation sociale, ou de la surcharge de travail (Hejoaka, 2012, Bila, 2011). D'autres études ont souligné l'importance de l'éducation, du soutien psychosocial et des interventions communautaires pour encourager un engagement paternel plus actif (Greig *et al.*, 2008).

Bien que ces recherches aient apporté des éclaircissements précieux, il existe encore des lacunes dans notre compréhension des dynamiques spécifiques de genre à l'œuvre au Burkina Faso. Peu d'études ont exploré en profondeur les représentations sociales du VIH/sida chez les hommes Burkinabè et leur impact sur la prise en charge de leurs enfants séropositifs. Bien que des efforts aient été faits pour documenter l'engagement paternel dans la santé infantile liée au VIH dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne (Pulerwitz *et al.*, 2010), la spécificité des dynamiques socio-culturelles burkinabè, notamment l'influence des croyances traditionnelles et des structures familiales locales, nécessite une exploration plus fine pour adapter efficacement les interventions De plus,

il est nécessaire d'examiner comment ces représentations interagissent avec d'autres facteurs, tels que le statut socio-économique, le niveau d'éducation et l'appartenance ethnique, pour façonner les pratiques parentales. Notre recherche vise à combler ces lacunes en offrant une analyse détaillée des perspectives des pères, des enfants et du personnel soignant, et en identifiant les leviers pour promouvoir un engagement paternel plus éclairé et plus responsable.

3 Méthodologie

La présente étude s'est déroulée au Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique Charles De Gaulle (CHUP-CDG) de la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. Communément appelé « Hôpital pédiatrique » ou tout simplement « la Pédiatrie », le CHUP-CDG est le plus grand centre de référence pédiatrique publique accessible à toutes les couches sociales. Il est ouvert au public 24h/24 et sa principale mission est de donner les prestations des soins curatifs, préventifs et réadaptatifs aux enfants de 0 à 14 ans. Il participe à la formation du personnel médical et à l'enseignement des sciences de la santé. Aussi, il procède à la prise en charge des « petits malades » évacués, etc. Pour accomplir sa mission, le CHUP-CDG est donc spécialisé dans la prise en charge des maladies pédiatriques. Il y existe en son sein une unité de maladies infectieuses avec pour spécialité, comme son nom l'indique, la prise en charge des maladies infectieuses dont le VIH/sida pédiatrique.

Notre etude s'inscrit dans une posture épistémologique interprétative et constructiviste. Nous considérons que les réalités sociales, et en particulier les expériences du VIH/sida et de l'engagement paternel, ne sont pas des entités objectives et universelles, mais des constructions sociales significatives et contextuelles. L'objectif n'est donc pas de tester des hypothèses préétablies de manière quantitative, mais de comprendre en profondeur les significations que les acteurs (pères, mères, personnels soignants) attribuent à leurs expériences, à leurs actions et aux phénomènes qu'ils vivent. Cette approche privilégie la richesse et la complexité des récits individuels et collectifs, cherchant à saisir les logiques internes et les dynamiques interactionnelles qui façonnent l'engagement paternel au Burkina Faso.

L'étude a adopté une approche qualitative afin d'explorer en profondeur les représentations sociales du VIH/sida chez les hommes et leur impact sur la prise en charge des enfants séropositifs au Burkina Faso. L'approche qualitative permet de saisir la complexité des expériences individuelles et des dynamiques sociales, en accordant une attention particulière aux significations que les acteurs attribuent à leurs actions (Denzin et Lincoln, 2018).

Les données ont été collectées à travers des entretiens semi-directifs et des observations participantes (Jorgensen, 2015). Trente (30) entretiens ont été menés auprès de quatre groupes de participants. Le premier groupe était composé des mères d'enfants séropositifs (n=12) : ce groupe est composé principalement de mères célibataires ayant la charge exclusive de leurs enfants séropositifs. Le second groupe relevait des jeunes adultes masculins séropositifs et pères (n=5) : ces jeunes hommes, vivant eux-mêmes avec le VIH, avaient également la responsabilité d'au moins un enfant. Le troisième groupe était constitué des tuteurs masculins (grands-pères, oncles, cousins) (n=3) :

Ces hommes avaient pris en charge des enfants séropositifs en l'absence des parents biologiques. Enfin, le quatrième groupe de participants était les membres du personnel soignant (n=10) : Ces professionnels travaillaient dans un centre de référence pédiatrique à Ouagadougou et étaient impliqués dans la prise en charge des enfants séropositifs et de leurs familles.

Les participants ont été recrutés grâce à un échantillonnage raisonné, visant à diversifier les profils en termes de statut socio-économique, de niveau d'éducation, et d'expérience de la maladie. Un critère d'inclusion spécifique pour les pères et tuteurs était d'avoir à leur charge un enfant séropositif suivi à l'hôpital pédiatrique et informé de son statut.

Les entretiens ont été menés en français ou en mooré, et ont duré en moyenne entre 30 et 45 minutes. Un guide d'entretien a été utilisé pour aborder les thèmes suivants : les représentations du VIH/sida, les expériences de prise en charge des enfants, les relations avec le personnel soignant, et les stratégies mises en œuvre pour faire face aux défis de la maladie. Les observations participantes ont été réalisées dans le centre de référence pédiatrique, afin d'appréhender le contexte des interactions et les pratiques quotidiennes.

Les données collectées à travers les entretiens semi-directifs et les observations participantes ont fait l'objet d'une analyse qualitative rigoureuse, suivant l'approche systématique de l'analyse thématique telle que décrite par Braun et Clarke (2006). Ce processus, mené de manière inductive et itérative, a visé à identifier, analyser et rapporter des thèmes au sein des données, en se concentrant sur les significations profondes exprimées par les participants.

Les étapes suivantes ont été scrupuleusement suivies :

1. Familiarisation avec les données : Cela a impliqué une immersion complète dans le corpus de données. Les entretiens ont été intégralement transcrits en verbatim à partir des enregistrements audio (qu'ils aient été menés en français ou traduits du Mooré). Nous avons relu et réécouté à plusieurs reprises les transcriptions et les notes d'observation afin de nous imprégner de leur contenu et de noter les premières idées ou impressions.

2. Revue des thèmes : Les thèmes provisoires ont été examinés, raffinés et validés par rapport à l'ensemble du jeu de données. Cette étape a permis de vérifier la cohérence interne des thèmes et leur distinction externe, assurant qu'ils étaient bien représentatifs des données et qu'ils captaient les aspects les plus significatifs des discours et des pratiques. Certains thèmes ont pu être fusionnés, divisés ou abandonnés si l'évidence des données n'était pas suffisante.

3. Définition et nomination des thèmes : Chaque thème a été clairement défini, nommé de manière concise et significative, et un récit a été construit pour chaque thème, illustrant son essence et sa pertinence. Une attention particulière a été accordée aux différences et aux similitudes entre les perspectives des différents groupes de participants (mères, pères, tuteurs, personnel soignant) au sein de chaque thème.

4. Analyse des données : Enfin, les thèmes ont été intégrés dans l'analyse de la recherche, soutenus par des extraits de verbatims soigneusement choisis pour illustrer et étayer les analyses, comme présenté dans la section "Résultats"

La recherche a été approuvée par le Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso. Le consentement éclairé a été obtenu de tous les participants, et leur anonymat a été garanti en utilisant des pseudonymes et en supprimant les informations identifiables.

4 Résultats

L'analyse qualitative a mis en lumière les thèmes clés qui émergent des entretiens et des observations présentés dans les principaux résultats suivants : d'abord les représentations sociales du VIH/sida chez les hommes Burkinabè ont été examinés à travers leurs perceptions de la maladie, leurs croyances sur les modes de transmission, et leurs attitudes envers les personnes vivant avec le VIH. Ensuite, l'impact de ces représentations sur l'engagement paternel, a été analysé en identifiant les obstacles et les stratégies mises en œuvre par les pères pour faire face aux défis de la prise en charge de leurs enfants séropositifs. Enfin, le rôle du personnel soignant dans ce contexte, a été mis en évidence par leurs perceptions et leurs pratiques pour soutenir les familles touchées par le VIH/sida.

4.1 Les représentations sociales du VIH/Sida chez les hommes

Les hommes interrogés présentent une diversité de représentations du VIH/sida, souvent teintées de croyances traditionnelles et de normes sociales.

Certains considèrent le VIH/sida comme une « maladie de la honte », associée à la promiscuité sexuelle et à la transgression des valeurs morales. Ainsi, Issaka[1], jeune adulte de 22 ans, explique que « *Le sida, c'est pour ceux qui ne respectent pas les interdits. C'est une maladie qui vient punir les mauvaises personnes* ». D'autres, bien qu'ayant des connaissances sur les modes de transmission, persistent à croire à des causes mystiques ou à des rumeurs infondées, comme l'explique ce père de famille : *« On dit que le sida, c'est un mauvais sort que quelqu'un t'envoie. Ou bien, c'est les blancs qui ont créé ça pour tuer les africains. »*

La peur de la stigmatisation est omniprésente, influençant les comportements et les discours. De nombreux hommes expriment leur crainte d'être rejetés par leur famille, leurs amis ou leur communauté s'ils étaient diagnostiqués séropositifs. *« Si les gens savaient que j'ai le sida, ils ne me parleraient plus, ils me regarderaient de travers. Je serais un paria »,* confie Abdoulaye, 35 ans.

4.2 Impact des représentations sur l'engagement paternel - Obstacles

Les représentations sociales du VIH/sida constituent un frein majeur à l'engagement paternel, se traduisant par divers obstacles.

[1]Il s'agit, à l'instar des autres prénoms dans cet article, d'un prénom d'emprunt pour garantir l'anonymat des personnes interviewées après leur consentement éclairé (Demazière, 2011).

La peur de la stigmatisation empêche certains hommes de s'impliquer ouvertement dans la prise en charge de leurs enfants, par crainte de révéler leur propre statut sérologique ou celui de leur enfant. *« Je ne veux pas que les gens sachent que mon enfant a le sida. Ça serait une honte pour moi et pour toute la famille. Alors, je préfère que ce soit sa mère qui s'en occupe. Aussi si je suis tout le temps à l'hôpital, les gens pourraient se poser des questions »*, explique un père de 40 ans.

Le déni et l'évitement conduisent certains hommes à minimiser la gravité de la maladie ou à refuser de s'investir émotionnellement. *« Le sida, ce n'est pas si grave que ça. Avec les médicaments, on peut vivre longtemps. Alors, je laisse ma femme s'occuper des traitements, moi j'ai d'autres choses à faire »*, affirme un autre père, âgé de 43 ans.

Les difficultés de communication rendent difficile l'échange avec les enfants et le personnel soignant. Les tabous et les non-dits empêchent les pères d'aborder ouvertement la maladie et ses implications. *« Je ne sais pas comment parler du sida avec mon fils. C'est un sujet trop délicat, j'ai peur de le traumatiser. Moi ce sont les docteurs qui ont toujours parlé avec moi. Elle aura de meilleurs conseils »*, confie un père de 27 ans.

4.3 L'Absence paternel : facteur de vulnérabilité et de résilience

L'absence paternelle, qu'elle soit physique ou émotionnelle, est une réalité prégnante dans les récits des mères rencontrées. Dans 44% des familles, les pères ont abandonné le foyer ou répudié la femme après avoir appris la séropositivité de l'enfant, laissant aux mères la responsabilité exclusive de la prise en charge. Comme l'explique Aminata : *« Quand mon mari a su que notre fils avait le VIH, il est parti. Il a dit que c'était une punition de Dieu et qu'il ne voulait plus rien avoir à faire avec nous et que c'était moi la sidéen mais pas lui. Il a même refusé de faire le test de dépistage ».* Cela est aussi constaté par la médiatrice : *« Malgré les sensibilisations il y a toujours des gens qui ignore. Et quand on voit ce qui arrive la plupart du temps se sont les familles pauvres. Mais la stigmatisation est toujours là. Les femmes même sont répudiés à cause de ça ».*

L'absence paternelle se présente sous plusieurs aspects, entre autres, l'abandon du foyer après la découverte de la séropositivité de l'enfant ou de la mère, le désengagement émotionnel et manque de soutien concret, le décès du père lié au VIH/sida ou à d'autres causes.

Ces aspects de l'absence paternel ont des effets réels sur la charge de travail et constitue une source de stress pour les mères ou les tuteurs ; ceux-ci ont exprimé des sentiments d'isolement et de manque de soutien émotionnel pour les enfants, l'impact négatif sur l'observance du traitement et le suivi médical en passant par les difficultés financières et matérielles. Comme le souligne Awa, grand-mère de Fatou : *« Depuis que son père est mort, c'est moi qui m'occupe de tout. C'est pas facile, mais je fais de mon mieux pour qu'elle ne manque de rien et pour qu'elle prenne bien ses médicaments. »* Cette absence a des conséquences désastreuses sur la vie des enfants. Non seulement ils doivent faire face à la maladie, mais ils sont également privés du soutien émotionnel et matériel de leur père. Fatimata témoigne : *« Depuis que mon mari est*

parti, c'est très difficile. Je dois travailler au marché toute la journée pour nourrir mes enfants, et je n'ai plus le temps de m'occuper correctement de leur traitement. En plus tu ne sais pas quoi dire quand l'enfant pose des questions sur son papa ».

Malgré ces difficultés, les mères font preuve d'une résilience remarquable. Elles peuvent compter sur le soutien de leur propre famille, ou s'investir dans des associations communautaires pour trouver de l'aide et des conseils. De plus, elles encouragent leurs enfants à devenir autonomes et à prendre leur traitement en charge eux-mêmes, comme l'explique Awa : *« Je leur ai toujours dit : c'est votre santé, c'est à vous de vous battre. »* Aussi le service de l'action sociale leurs apporte de l'aide financière ou des vivres en fonction des possibilités.

4.4 Impact des représentations sur l'engagement paternel – Stratégies d'adaptations

Face à ces obstacles, certains hommes mettent en place des stratégies pour s'engager malgré tout dans la prise en charge de leurs enfants ou ceux dont ils ont la charge :

La recherche d'information et d'éducation leur permet de mieux comprendre la maladie et de lutter contre les idées reçues. *« Au début, j'avais peur du sida. Mais après avoir discuté avec le médecin et lu des articles, j'ai compris que ce n'était pas une mort assurée. Alors, j'ai décidé de m'impliquer pour aider mon cousin »*, témoigne un tuteur de 31 ans.

Le soutien mutuel entre pères vivant des situations similaires est une source de réconfort et de conseils. *« Je vais souvent aux réunions de l'association. Là, je rencontre d'autres pères ou tuteurs qui vivent la même chose que moi, et on s'encourage, Il faut signaler aussi que certains pères sont ceux avec qui on a grandi ici ensemble. Tu sens donc souvent la familiarité explique un tuteur âgé de 45 ans ».*

L'adaptation des rôles de genre permet à certains hommes de s'impliquer davantage dans les soins et le soutien émotionnel, en remettant en question les normes traditionnelles. *« Je sais que c'est pas facile pour un homme de s'occuper des enfants, mais je fais de mon mieux. Je cuisine, je les emmène à l'hôpital, je les aide à faire leurs devoirs. C'est mon rôle de père. Moi-même je suis séropositif et je comprends que ce n'est pas simple mais on s'organise »,* affirme un père de 26 ans.

4.5 Rôle du personnel soignant

Le personnel soignant joue un rôle essentiel pour accompagner les pères et les encourager à s'investir dans la prise en charge de leurs enfants.

La sensibilisation et l'éducation sont des outils clés pour lutter contre les représentations erronées et les tabous. Les agents de santé organisent des séances d'information et de discussion avec les pères, en leur expliquant les modes de transmission, les traitements et l'importance de l'observance. Le soutien psychosocial est également crucial pour aider les pères à surmonter leurs peurs et leurs angoisses. Les psychologues et les assistants sociaux offrent un espace d'écoute et de conseils pour les pères, en les encourageant à exprimer leurs émotions et à trouver des solutions à leurs problèmes. Des visites à domiciles sont souvent organisées par le personnel soignant pour contri-

buer à jouer un rôle masculin de substitut à l'absence du père auprès de leur enfant séropositif.

La valorisation du rôle paternel est essentielle pour encourager les pères à s'investir davantage. Les agents de santé mettent en avant l'importance de la présence des pères dans la vie de leurs enfants, et les encouragent à assumer leurs responsabilités parentales. *« On leur dit que ce n'est pas seulement le rôle de la mère de s'occuper des enfants, mais que le père aussi a un rôle important à jouer et aussi pour les prises médicamenteuses, les horaires et les consultations sont organisées avec les parents tant que cela est possible »*, explique une infirmière.

En résumé, cette section a mis en lumière la complexité des représentations sociales du VIH/sida chez les hommes Burkinabè et leur impact ambivalent sur l'engagement paternel. Si les croyances traditionnelles et la stigmatisation peuvent constituer des freins importants, l'étude a également révélé des stratégies d'adaptation et des initiatives prometteuses de la part des pères et du personnel soignant.

La section suivante discutera de ces résultats à la lumière de la littérature existante, en explorant leurs implications pour les interventions visant à promouvoir un engagement paternel plus actif et responsable dans la prise en charge des enfants séropositifs.

5 Discussion

Ces résultats précédents seront maintenant discutés à la lumière de la littérature existante, en explorant leurs implications théoriques et pratiques, et en soulignant les limites de notre recherche et les perspectives pour de futures études.

5.1 Synthèse des principaux résultats

Nos résultats ont révélé que les représentations sociales du VIH/sida chez les hommes Burkinabè sont souvent marquées par une forte stigmatisation, des croyances erronées sur les modes de transmission, et des normes de genre traditionnelles. Ces constats rejoignent les conclusions de Farmer (1992), Parker et Aggleton (2003) et Bila 2011, qui ont souligné l'importance des facteurs culturels dans la construction des perceptions du VIH/sida. Ces schémas de stigmatisation et d'influence des normes de genre sont largement documentés dans d'autres contextes africains, notamment en Afrique du Sud (Campbell, 2006) et au Cameroun (Kamga, 2013), où les pères sont également confrontés à des pressions sociales similaires. Toutefois, contrairement à certaines études qui mettent l'accent sur la passivité des hommes face à la maladie (Greig *et al.*, 2008) ou à une participation très limitée observée dans des contextes ruraux, nos données montrent que certains pères/tuteurs au Burkina Faso développent des stratégies de résilience et s'engagent activement, une observation qui mérite d'être contextualisée. Cette observation d'une résilience paternelle et d'un engagement actif, même face à la stigmatisation, est un aspect moins fréquemment souligné mais crucial. Des travaux au Nigeria (Okonofua *et al.*, 2019) ont également identifié des pères qui, par l'éducation et le soutien communautaire, parviennent à surmonter les barrières sociales pour prendre un rôle proactif dans la santé de leurs enfants séropositifs. Nos résultats corroborent ainsi l'idée que l'engagement paternel n'est pas monolithique

mais peut être influencé par des facteurs individuels (connaissances, motivation) et contextuels (soutien social, disponibilité des services), comme l'ont souligné Pulerwitz *et al.* (2010)

Par exemple, nous avons observé que les pères qui ont une bonne connaissance du VIH/sida et qui bénéficient d'un soutien social sont plus susceptibles de s'impliquer dans le suivi médical de leurs enfants et de veiller à l'observance du traitement. Ces résultats sont cohérents avec les travaux de Pulerwitz *et al.* (2010), qui ont souligné l'importance de l'éducation et du soutien pour encourager l'engagement paternel. Cependant, nous avons également constaté que même les pères informés peuvent être confrontés à des obstacles liés à la stigmatisation et aux pressions sociales, ce qui confirme la complexité des dynamiques à l'œuvre.

En outre, nos résultats mettent en évidence le rôle crucial du personnel soignant dans la lutte contre les représentations erronées et la promotion d'un engagement paternel positif. Les agents de santé qui adoptent une approche empathique et qui valorisent le rôle des pères sont plus susceptibles d'établir une relation de confiance avec les familles et d'améliorer l'observance du traitement. Ces constats sont en accord avec les recommandations de l'OMS (2012) sur l'importance de la formation du personnel soignant pour accompagner les familles touchées par le VIH/sida.

5.2 Interprétation des résultats à la lumière du contexte burkinabè

Les représentations sociales du VIH/sida observées dans notre étude sont fortement ancrées dans le contexte socio-culturel Burkinabè. Dans une société où les normes de genre traditionnelles sont encore très présentes, les hommes sont souvent perçus comme les chefs de famille et les principaux pourvoyeurs de ressources (Badini, 1994). Si le rôle de pourvoyeur de ressources est universellement attribué aux hommes dans de nombreuses cultures africaines, les implications spécifiques sur l'engagement dans les soins de santé varient. Au Malawi, par exemple (Ching'anda *et al.*, 2017), l'engagement paternel dans les soins des enfants est souvent conditionné par une perception de la maladie comme affectant la "force" et la "capacité à travailler" de l'homme, ce qui résonne avec nos observations burkinabè. Cependant, la pression sociale au Burkina Faso, où la discrétion autour de la maladie est particulièrement forte, peut entraîner une plus grande délégation des tâches de soin aux mères, par rapport à des contextes où les initiatives de mobilisation masculine sont plus institutionnalisées et visibles (comme en Ouganda, Ssembajja *et al.*, 2018). Cette conception peut les dissuader de s'impliquer dans des activités traditionnellement associées aux femmes et la place des hommes, comme les soins aux enfants.

De plus, les croyances traditionnelles et les pratiques religieuses peuvent influencer la perception du VIH/sida. Certains hommes peuvent attribuer la maladie à des causes surnaturelles ou à un châtiment divin, ce qui peut les amener à adopter une attitude fataliste ou à rechercher des solutions non conventionnelles et des itinéraires thérapeutique diversifiés. Il est important de noter que ces croyances ne sont pas nécessairement incompatibles avec l'adhésion aux traitements médicaux modernes, mais elles peuvent influencer la manière dont les hommes perçoivent et gèrent la maladie.

L'influence de l'environnement social est également déterminante. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida restent très fortes au Burkina Faso, (Hejoaka, 2012) et toujours entouré de « non-dits » et de silence. Les hommes qui vivent dans des communautés où la maladie est taboue peuvent avoir peur de révéler leur statut sérologique ou celui de leurs enfants, par crainte d'être rejetés ou marginalisés. Cette peur peut les amener à adopter des comportements à risque, tels que le déni de la maladie ou le non-respect du traitement

5.3 Implications théoriques

Cette étude contribue à enrichir le cadre théorique existant sur les représentations sociales et l'engagement paternel en mettant en évidence la complexité des dynamiques à l'œuvre dans le contexte spécifique du VIH/sida au Burkina Faso. Nos résultats suggèrent que les modèles théoriques traditionnels, qui mettent souvent l'accent sur les facteurs individuels (connaissances, attitudes), doivent être complétés par une analyse plus approfondie des facteurs contextuels (normes sociales, croyances culturelles, etc.) qui façonnent les perceptions et les comportements des hommes.

Plus précisément, nos données invitent à repenser la notion de masculinité hégémonique dans le contexte africain. Si ce modèle met en avant l'autonomie et le contrôle émotionnel, il est important de noter que certains hommes Burkinabè parviennent à concilier ces valeurs avec un engagement actif dans les soins à leurs enfants, en développant des formes alternatives de masculinité qui valorisent la compassion, la responsabilité et le soutien familial. Cette observation d'une 'masculinité alternative' ou 'positive', qui intègre la compassion et la responsabilité parentale face à la maladie, est également documentée dans d'autres régions (Pulerwitz *et al.*, 2010 ; Williams *et al.*, 2015), suggérant une évolution des normes de masculinité en réponse aux défis de santé. Notre étude contribue à cette compréhension en illustrant comment cette adaptation s'opère spécifiquement au sein des dynamiques familiales burkinabè confrontées au VIH. Il serait intéressant d'explorer plus avant ces dynamiques et d'identifier les facteurs qui favorisent l'émergence de ces masculinités positives. L'émergence de ces « masculinités positives » qui valorisent la compassion et la responsabilité parentale face au VIH/sida n'est pas un phénomène isolé au Burkina Faso. Des études en Afrique du Sud (Mkhize *et al.*, 2019) et au Ghana (Adanu *et al.*, 2018) ont également mis en lumière comment certains hommes, confrontés à la maladie, réévaluent leurs rôles de genre, s'appropriant activement les responsabilités de soin traditionnellement féminines. Cela suggère une évolution transnationale des normes de masculinité en réponse aux crises sanitaires, enrichissant les théories existantes sur la manière dont les masculinités sont négociées et transformées dans des contextes de vulnérabilité. Notre recherche contribue à ce corpus en fournissant une perspective qualitative riche sur les motivations et les défis de cette transformation au sein d'un contexte culturel et social spécifique

Enfin, nos résultats soulignent l'importance d'adopter une approche intersectionnelle pour comprendre les inégalités d'accès aux soins et de participation sociale. En effet, les représentations sociales du VIH/sida interagissent avec d'autres facteurs, tels que le statut socio-économique, le niveau d'éducation, pour créer des situations de vul-

nérabilité spécifiques. Il est donc essentiel de tenir compte de ces intersections pour concevoir des interventions plus équitables et plus efficaces

5.4 Implications pratiques

Les résultats de cette étude ont des implications concrètes pour les politiques de santé et les programmes de soutien aux familles touchées par le VIH/sida au Burkina Faso. Il est essentiel de mettre en place des interventions ciblées multiniveaux.

Au niveau communautaire, il s'agit d'initier des campagnes de sensibilisation pour déconstruire les stéréotypes de genre et les idées reçues sur le VIH/sida. Ces campagnes devraient cibler spécifiquement les hommes et mettre en avant des modèles de masculinité positive et d'engagement paternel afin de lutter contre la stigmatisation et les discriminations liées à la séropositivité des enfants. Le succès de ces campagnes communautaires repose sur l'implication des leaders communautaires et religieux qui sont les figures d'autorité locales pour promouvoir l'engagement paternel et lutter contre la stigmatisation. Le renforcement du soutien psychosocial aux pères en favorisant dans la communauté des espaces de discussion et de soutien où les pères peuvent partager leurs expériences, exprimer leurs émotions, et recevoir des conseils et des informations. Ces espaces pourraient être animés par des pairs ou par des professionnels de la santé.

Au niveau des services de santé, des ateliers de formation du personnel soignant à une approche sensible au genre sont nécessaires pour les aider à s'approprier les normes de genre en santé et aux à relever les défis spécifiques auxquels sont confrontés les hommes dans la prise en charge de leur enfant séropositif. Les normes de genre contribuent à encourager les agents de santé à adopter une attitude empathique et à valoriser l'engagement paternel et les deux sexes dans la prise en charge des enfants séropositifs. L'adaptation des services de santé aux besoins des hommes et des femmes peut consister non seulement à proposer des horaires de consultation flexibles, des lieux d'accueil conviviaux, et des informations adaptées aux hommes, mais aussi à impliquer les hommes dans la conception et la mise en œuvre des programmes de santé.

5.5 Limites de l'étude

Il est important de reconnaître les limites de cette étude. Tout d'abord, la taille de notre échantillon (n=30) est relativement modeste, ce qui limite la généralisation de nos résultats à l'ensemble de la population Burkinabè. De plus, notre recherche s'est concentrée sur le seul Centre universitaire pédiatrique Charles de Gaulle, avec 1/3 des pères eux même séropositif et étant eux même suivis dans la même structure hospitalière ; ce qui peut biaiser nos observations en raison des spécificités de ce contexte. En outre, le recrutement des participants a été difficile, en particulier pour les pères, en raison de la stigmatisation et des difficultés d'accès à certaines populations. Nous avons également rencontré des difficultés à obtenir des données complètes sur les pratiques sexuelles et les comportements à risque, en raison de la sensibilité de ces sujets. Enfin, il est possible que nos résultats soient affectés par des biais liés à l'auto-déclaration, car les participants peuvent avoir tendance à présenter une

image positive d'eux-mêmes ou à minimiser leurs difficultés. Malgré ces limites, nous pensons que notre étude apporte des éclaircissements précieux sur les dynamiques à l'œuvre et ouvre des pistes pour de futures recherches

5.6 Perspectives pour les recherches futures

Cette étude ouvre plusieurs pistes pour de futures recherches. Tout d'abord, il serait intéressant de mener des recherches quantitatives à plus grande échelle pour mesurer l'ampleur des phénomènes observés et tester les hypothèses dégagées de notre étude qualitative. Des études comparatives avec d'autres pays africains seraient également pertinentes pour examiner la généralisation de nos résultats et identifier les facteurs contextuels qui influencent l'engagement paternel. Il serait également intéressant d'explorer les perspectives des enfants plus jeunes (moins de 10 ans) qui n'ont pas été inclus dans notre étude, les besoins des enfants étant déférents en fonction des âges.

Enfin, des recherches interventionnelles sont nécessaires pour évaluer l'efficacité des stratégies visant à améliorer l'engagement paternel, telles que les campagnes de sensibilisation, les programmes de soutien psychosocial, et l'adaptation des services de santé. Ces recherches devraient également tenir compte des aspects économiques et structurels qui peuvent influencer la participation des pères aux soins de leurs enfants. Nous espérons que cette étude contribuera à stimuler de nouvelles recherches sur les dynamiques familiales liées au VIH/sida et à éclairer les interventions visant à améliorer la santé et le bien-être des enfants et de leurs familles au Burkina Faso et soulageraient la charge mentale des mères.

Cette discussion a permis de mettre en évidence la complexité des facteurs qui influencent l'engagement paternel dans la prise en charge des enfants séropositifs au Burkina Faso. Si les représentations sociales négatives du VIH/sida constituent un obstacle important, il est crucial de souligner que de nombreux hommes développent des stratégies de résilience et s'investissent activement dans le soutien de leurs enfants. Pour améliorer durablement l'engagement paternel, il est essentiel de combiner des interventions ciblées sur les représentations sociales, les normes de genre, et l'accès aux services de santé, en tenant compte des spécificités du contexte Burkinabè. De futures recherches devraient explorer plus en profondeur les dynamiques à l'œuvre et évaluer l'efficacité des interventions mises en place.

6 Conclusion

Cette étude a exploré les représentations sociales du VIH/sida chez les hommes Burkinabè et leur impact sur l'engagement paternel dans la prise en charge de leurs enfants séropositifs. Nos résultats ont révélé la complexité de ces dynamiques, en mettant en évidence à la fois les obstacles liés à la stigmatisation et aux normes de genre, et les stratégies d'adaptation mises en œuvre par les pères et le personnel soignant.

Nous avons montré que les représentations négatives du VIH/sida peuvent freiner l'engagement paternel, en créant des sentiments de honte, de peur et de culpabilité. Cependant, nous avons également observé que certains hommes parviennent à

surmonter ces obstacles et à s'investir activement dans les soins à leurs enfants, en s'informant, en recherchant du soutien, et en adaptant leurs rôles de genre. Nos résultats ont souligné l'importance d'adopter une approche globale et contextuelle pour promouvoir l'engagement paternel. Les interventions doivent cibler à la fois les représentations sociales, les normes de genre, et les facteurs économiques et structurels qui influencent la participation des hommes.

Cette recherche contribue à une meilleure compréhension des dynamiques familiales liées au VIH/sida au Burkina Faso, et offre des pistes pour concevoir des interventions plus efficaces et plus équitables, en plaçant les pères au cœur des efforts de lutte contre la pandémie. En ancrant cette analyse dans un cadre théorique et conceptuel solide, et en la confrontant aux dynamiques observées dans d'autres contextes africains, cette étude offre une compréhension enrichie et nuancée des défis et des opportunités liés à l'engagement paternel. Elle contribue ainsi à éclairer la conception d'interventions plus efficaces et culturellement adaptées pour soutenir les familles touchées par le VIH/sida au Burkina Faso.

Références

- Adanu, R. M. K., Mfoafo, E., Armah, P., & Quansah, P. (2018). Masculinity, HIV and sexual health : A qualitative study among Ghanaian men. *African Journal of AIDS Research*, *17*(2), 170-176.
- Attané, A., et Ouédraogo, R. (2008). Le caractère électif de l'entraide intrafamiliale dans le contexte de l'infection à VIH. Science et technique, Sciences de la santé, hors-série, 1, 101-106.
- Badini, A. (1994). Naître et grandir chez les Moosé traditionnels. Ouagadougou/ADDB, Paris : Sépia.
- Becker, C., *et al.* (1999). Vivre et penser le sida en Afrique : Experiencing and understanding AIDS in Africa. Paris-Dakar : Karthala.
- Bila, A. (2011). *Corps, maladies et logiques d'action dans le champ du VIH/SIDA au Burkina Faso*. Thèse de doctorat, Université de Franche-Comté, France
- Bossus, F. (1978). L'enfant et les hommes. Paris : Pierre Tisseyre.
- Broqua, C., et Eboko, F. (2009). La fabrique des identités sexuelles. Autrepart, 1, 49, 3-13. Campbell, C. (2006). Migrant men, Zimbabwe, and AIDS : unpacking the relationship between mobility, masculinity, and risk. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 43(Suppl 1), S77-S82.
- Campbell, C. (2006). Migrant men, Zimbabwe, and AIDS : unpacking the relationship between, mobility masculinity, and risk. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 43(Suppl 1), S77-S82.
- Ching'anda, J. E., Kapingidza, A., Munthali, A., & Msowoya, M. (2017). Men's involvement in prevention of mother to child transmission (PMTCT) services in Malawi. *African Journal of AIDS Research*, *16*(1), 74-80.
- Connell, R. W. (1995). Masculinities. University of California Press.
- Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic Masculinity : Rethinking the Concept. Gender & Society, 19(6), 829-859.
- CRIPS Provence-Alpes-Côte d'Azur. (2006). Des progrès dans l'accès aux traitements dans les pays du Sud.
- Dabis, F., et Leroy, V. (2003). Prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique. In Girard P. M., Katlama C, Pialoux G. (Eds.), VIH (pp. 521-527). Paris : Doin.
- Delaunay, K., & Vidal, L. (2002). Le sujet de l'observance. L'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire. Sciences sociales et santé, 20(2), 5-29.
- Demazière, D. (2011). L'entretien biographique et la saisie des interactions avec autrui, recherche qualitative de l'usage des perceptives interactionnistes en recherche.
- Dortier, J. F. (2004). Dictionnaire des Sciences Humaines. Auxerre : Éd. Sciences humaines. Dozon, J.P., et Fassin, D. (1989). Pourquoi l'Afrique ? La construction scientifique et médiatique des risques épidémiques. In Economie et humanisme (Vol. 309, pp. 25-31).

- Farmer, P. (1992). AIDS and accusation : Haiti and the geography of blame. University of California Press.
- Goffman, E. (1963). Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall.
- Greig, F., *et al.* (2008). Engaging men in HIV prevention and care in sub-Saharan Africa : evidence and challenges. AIDS, 22(Suppl 4), S1-S6.
- Gupta, G. R., *et al.* (2008). Gender and HIV : what do we know ? What do we need to know ? AIDS, 22(Suppl 2), S1-S16.
- Hejoaka, F. (2012). L'enfant gardien du secret : vivre et grandir avec le sida et ses traitements à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS, Paris.
- Jodelet, D. (1989). Les Représentations Sociales. Presses Universitaires de France.
- Jorgensen, D. L. (2015). Participant observation. In The SAGE encyclopedia of qualitative research methods (Vol. 2, pp. 597-600). SAGE Publications, Inc.
- Kamga, L., K. (2013). Enfants et VIH/sida au Cameroun Construction et implications de l'agenda politique. Thèse de doctorat, Université Bordeaux Segalen.
- Mburu, G., Izugbara, C., & Ong'wen, P. O. (2014). HIV-related stigma in healthcare settings in Kenya : a scoping review. *Journal of the International AIDS Society*, *17*(1), 18991
- Mkhize, N., Zuma, N., Sibiya, Z., Zondi, S., & Billa, J. (2019). Exploring positive masculinity in the context of HIV and AIDS in KwaZulu-Natal, South Africa. *African Journal of AIDS Research*, *18*(4), 312-320
- Moscovici, S. (1979). La psychanalyse, son image et son public. Presses Universitaires de France.
- Okonofua, F. E., Ntoimo, L. F. C., Omo-Aghoja, L. O., Adewuyi, E. O., & Osasere, A. J. (2019). Male partner involvement in prevention of mother-to-child transmission of HIV in Nigeria : A qualitative study. *PLoS One*, *14*(12), e0225381
- OMS. (2012). Recommandations consolidées sur l'utilisation des médicaments antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH : Recommandations pour une approche de santé publique.
- ONUSIDA. (2020). Men and HIV : A focus on the challenges facing men and boys.
- Parker, R., et Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination : a conceptual framework and implications for action. Social Science & Medicine, 57(1), 13-24.
- Parker, R., et Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination : a conceptual framework and implications for action. Social Science & Medicine, 57(1), 13-24.
- Pulerwitz, J., *et al.* (2010). The role of men in HIV prevention and care : lessons learned from a global review. Journal of Public Health Policy, 31(Suppl 1), S1-S14.
- Ruffiot, A. (1987). "Le corps dans la relation soignant-soigné". Cahiers de Sociologie Economique et Culturelle, (5), 111-122.
- Ssembajja, F., Nsamba, B. B., Nakimuli, A., & Nansubuga, J. (2018). Male involvement in prevention of mother to child transmission (PMTCT) of HIV services : Opportunities and challenges in Uganda. *BMC Reproductive Health*, *15*(1), 17.
- Williams, A. B., *et al.* (2015). Masculinity and HIV : a literature review and recommendations for future research. Journal of Men's Studies, 23(4), 403-418.
- Yee, L. M., *et al.* (2010). The role of fathers in HIV/AIDS care and prevention programs : a systematic review. Journal of Urban Health, 87(3), 458-473