

CHAPITRE 1. REVUE CRITIQUE DE LA LITTÉRATURE

La revue critique de la littérature et la synthèse que nous en présentons dans cette première partie a quatre objectifs principaux. Il s'agit tout d'abord de donner un aperçu de l'état de santé des enfants dans les pays en développement et des différentes approches stratégiques et programmatiques utilisées en la matière depuis deux décennies. Nous nous sommes également efforcés de définir le contexte scientifique des progrès et expériences en matière de PTME, en axant la réflexion sur la nutrition infantile et la prévention de la TME du VIH par l'allaitement maternel, c'est-à-dire pendant la période postnatale, en abrégé PTME postnatale. Ensuite, nous avons entrepris de décrire le contexte zimbabwéen de mise en œuvre des services de PTME du VIH sur les plans politique, économique et socioculturel. Enfin, nous avons tenté de mettre en lumière certains des enjeux socioculturels de la mise en œuvre de services de PTME en Afrique.

Les principaux mots-clés sous-tendant notre recherche bibliographique ont été : VIH, SIDA, mère, enfant, prévention, nutrition infantile, communauté, professionnels de santé, conseil, social, culture, évaluation, pays en développement et Zimbabwe. Trois sources principales d'informations ont été utilisées. Tout d'abord, la consultation des bases de données en ligne de la *US National Library of Medicine* par le moteur de recherche Pubmed (Medline et Popline) et des *Current Contents*, nous a permis de recenser les études épidémiologiques et de santé publique les plus pertinentes en matière de santé de l'enfant, de PTME et de nutrition infantile dans les pays en développement. La participation à la rédaction du *PMTCT Intelligence Report*, bulletin bibliographique mensuel préparé par l'équipe de l'ISPED qui m'a accueillie et posté sur le site de l'OMS, et enfin la revue des sommaires de périodiques spécifiques tels *Social Science and Medicine*, *Health Promotion International* et *Bulletin of the World Health Organisation*, m'ont permis une surveillance active de « date » à « date » des études publiées. Ensuite, la consultation de catalogues des bibliothèques des universités de Bordeaux (Babord) et de bases de données spécifiques (Pascal pour les sciences médicales, Francis pour les sciences humaines et sociales) m'a permis d'identifier des ouvrages traitant des questions sociologiques et anthropologiques liées au VIH/SIDA en Afrique. Enfin, la lecture de la littérature grise en matière de PTME et autres interventions de prévention du VIH/SIDA, accessibles via les réseaux de l'ISPED, m'a aidée à conforter ma documentation d'expériences relatées à ce jour dans plusieurs pays d'Afrique et trop peu souvent publiées et référencées par les outils précédemment choisis.

La finalité de cette revue critique de la littérature était d'illustrer, par l'analyse des références sélectionnées et la synthèse qui pouvait être faite, à la fois les progrès et les écueils de la recherche en matière de programmes de PTME, et tout particulièrement en ce qui concerne le volet de la nutrition infantile, et de mettre en évidence les particularités sociales et de santé publique du Zimbabwe et de ses zones rurales.

1.1. SANTE, ALLAITEMENT MATERNEL ET VIH CHEZ L'ENFANT EN AFRIQUE

1.1.1.1 Initiatives de santé publique pour la survie de l'enfant et recommandations individuelles de nutrition infantile

En juin 1999, le *Global Forum for Health Research* (GFHR), fondation internationale siégeant à l'OMS, a créé « *The Child Health and Nutrition Research Initiative* » (CHNRI) afin d'encourager et de soutenir la recherche sur la santé et la nutrition de l'enfant à un niveau mondial. En 2001, à l'initiative du GFHR, l'équipe de santé internationale de l'ISPED ainsi que des chercheurs de *l'Institute of Child Health* à Londres (Grande-Bretagne) et de l'Université du Natal (*Department of Paediatrics and Child Health*) à Durban (Afrique du Sud) ont formé un groupe de travail pour préparer un document de synthèse sur les avancées et les lacunes majeures de la recherche sur la santé de l'enfant. J'ai assuré le secrétariat scientifique de cette étude qui s'inscrivait dans le contexte des réunions préparatoires à la Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) prévue en septembre 2001, puis reportée en 2002. Les conclusions de la revue critique de la littérature (Dabis, et al., 2002) et d'une enquête réalisée auprès d'institutions investies dans la santé de l'enfant (Orne-Gliemann, et al., 2003) ont fait l'objet d'un rapport de l'OMS sur l'état de la recherche en matière de santé et de nutrition de l'enfant (World Health Organisation and Global Forum for Health Research, 2002) dont nous nous sommes inspirés pour présenter le contexte actuel de morbi-mortalité de l'enfant.

A. Les données épidémiologiques sur les déterminants de la santé de l'enfant

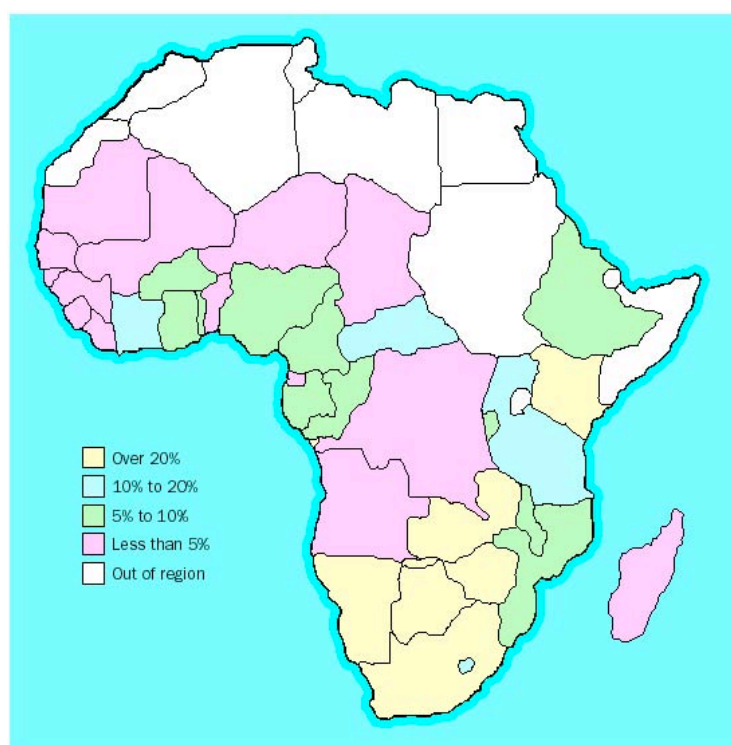
A.1. La morbi-mortalité de l'enfant et ses facteurs de risque

La réduction de la morbidité et de la mortalité de l'enfant est reconnue comme une priorité de santé publique à l'échelle internationale. En 1990, une étude a démontré que parmi les dix premières maladies pesant dans la charge de morbidité mondiale, cinq correspondaient majoritairement ou exclusivement à des maladies de l'enfant (Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options, 1996) : les infections des voies respiratoires basses, les maladies diarrhéiques, les infections périnatales, la rougeole et les

malformations congénitales. Ainsi, bien que la part croissante des blessures et maladies non-transmissibles comme cause importante de mortalité de l'enfant ait été mise en évidence au cours des années 1990 (Deen, et al., 1999), le dernier rapport sur la santé de l'enfant de l'UNICEF montre que la diarrhée, la pneumonie et le paludisme sont, aujourd'hui comme dans les années 1980, les principales causes de mortalité des enfants de moins de cinq ans (UNICEF, 2004b). Ainsi, en 2003, plus de 10 millions d'enfants de moins de cinq ans sont morts, la plupart de causes évitables, et la quasi-totalité dans les pays aux ressources limitées ou modérées (Bellagio Study Group on Child Survival, 2003). **Près de la moitié de la mortalité juvénile concerne l'Afrique sub-Saharienne (UNICEF, 2004a), ce qui est sans commune mesure avec le poids démographique de ce continent où vit moins de 20% des enfants de moins de cinq ans (UNICEF, 2004b).**

De plus, le VIH/SIDA est devenu, depuis plus d'une décennie, un défi épidémiologique supplémentaire et une épidémie coûteuse à prévenir parmi les jeunes enfants (Stover, et al., 2002). En effet, si le VIH/SIDA n'est pas, à l'échelle mondiale, la cause majeure de mortalité parmi les enfants de moins de cinq ans, le cas de l'Afrique sub-Saharienne et de certains pays d'Afrique australe notamment est pour le moins inquiétant (Walker, et al., 2002). **Il a été estimé récemment que 10% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique sub-Saharienne seraient liés au VIH/SIDA (Newell, et al., 2004a), soit plus de deux fois la proportion mondiale (Carte 2).** Ainsi, l'ONUSIDA a estimé qu'au Zimbabwe, l'augmentation du taux de mortalité infanto-juvénile (des enfants de moins de cinq ans) de huit à 20 pour mille de 1990 à 1996 (+ 250%) était principalement due à l'épidémie pédiatrique d'infection par le VIH (UNAIDS, 1998). La prévention de l'infection par le VIH, chez les adultes en âge de procréer et les enfants, est souvent un enjeu considérable en Afrique sub-Saharienne (*voir point A.3. ci-dessous*).

Carte 2. Proportion de la mortalité des moins de cinq ans attribuable au VIH/SIDA en Afrique sub-Saharienne en 1999.

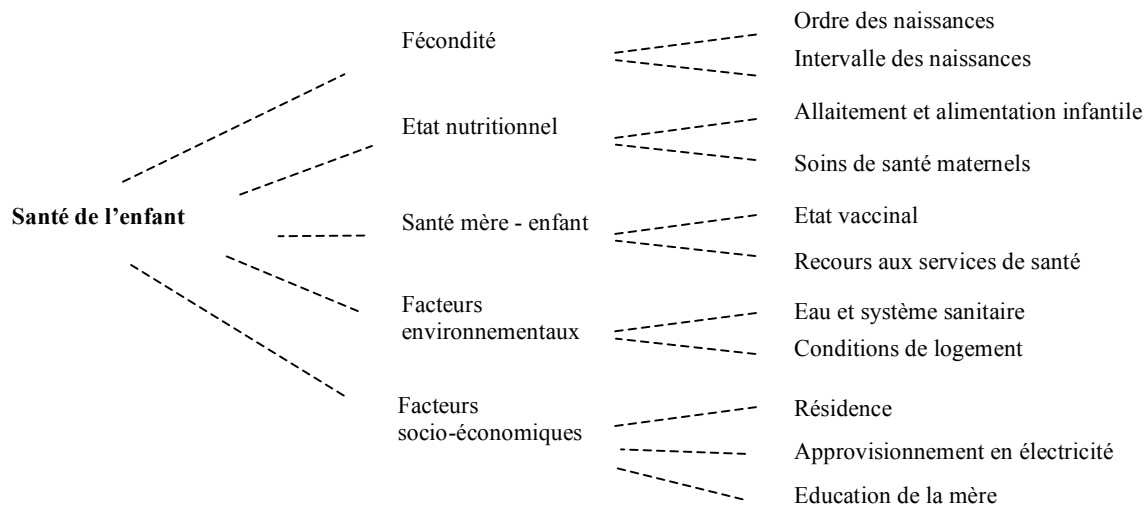


Source:(Walker, et al., 2002).

Un certain nombre de cadres et schémas conceptuels ont été développés au cours des dernières décennies afin de mieux comprendre l'état de santé des enfants et de définir des outils de prévention adéquats. Cette recherche a mobilisé une grande partie du travail de deux chercheurs américains, W Mosley et L Chen. Au début des années 1980, ces derniers ont défini un modèle de compréhension des facteurs de risque de morbi-mortalité de l'enfant qui sert encore aujourd'hui de référence en santé publique (Mosley and Chen, 1984). En conciliant les apports de la recherche biomédicale et de la recherche en sciences sociales, ils se sont efforcés d'organiser ces facteurs de risque en deux groupes : 1) les déterminants ou variables proches telles que les risque biomédicaux (association entre malnutrition et maladies infectieuses, caractéristiques maternelles de santé reproductive) et 2) les facteurs indirects relatifs au contexte social, culturel et économique (association entre la mortalité infantile et le niveau d'éducation ou la profession de la mère). En 2000, Rutstein a proposé une adaptation de ce cadre conceptuel en présentant cinq groupes de facteurs explicatifs associés à la mortalité de l'enfant dans les années 1990 (Figure 1) : l'utilisation des services de santé par les mères et les enfants (facteur 1), les comportements en matière de fécondité

(facteur 2), l'état nutritionnel et l'alimentation du nourrisson (facteur 3), le niveau d'hygiène de l'environnement (facteur 4) et la situation socio-économique (facteur 5) (Rutstein, 2000).

Figure 1. Cadre conceptuel: les déterminants de la santé de l'enfant.



Adapté de (Rutstein, 2000).

Dans ce contexte, et en gardant en tête ce cadre conceptuel, la recherche en santé publique a permis de définir des interventions cliniques et médicales en faveur de la survie de l'enfant. L'enjeu de l'initiative des soins de santé primaires définie par l'OMS (World Health Organisation, 1978) était de permettre la disponibilité de ces interventions dans les centres de santé de base. L'accessibilité et l'utilisation des services de santé prénatale, des soins de maternité pour un accouchement médicalisé, de la vaccination infantile, de la prise en charge des soins des épisodes diarrhéiques et des maladies respiratoires (Reyes, et al., 1997), entre autres, sont des facteurs essentiels de prévention de la morbidité et mortalité infanto-juvénile (facteur 1). Dans le cadre d'une initiative de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) pour la survie de l'enfant dans les années 1980⁴, il a été montré au Niger que la mortalité des enfants de moins de cinq ans parmi les enfants résidant à faible distance des dispensaires de santé était inférieure de 32% à celle des enfants n'ayant pas accès aux services de santé et notamment la vaccination, les SRO, et un traitement antipaludéen (Magnani, et al., 1996).

⁴ Africa child survival initiative – combating childhood communicable diseases, voir <http://www.basics.org/publications/pubs/pathways/survival.htm> [20/06/2005]

De plus, le suivi de la croissance de l'enfant est essentiel pour prévenir la sous-nutrition ou la malnutrition, affections responsables de 50% de la morbi-mortalité de l'enfant dans les pays en développement en 1995 (facteur 3) (Pelletier, et al., 1995). Un enfant souffrant de retard pondéral a 8,4 fois plus de risques de décéder de maladies infectieuses qu'un enfant bien nourri (Pelletier, 1994). Récemment, il a été démontré une influence significative des changements de niveaux de malnutrition sur l'évolution de la mortalité des moins de cinq ans (Pelletier and Frongillo, 2003). Les enjeux de réduction de la malnutrition infantile sont donc encore considérables. En Afrique, il a été estimé que la prévalence de la malnutrition des enfants de moins de cinq allait augmenter de 24% en 1990 à 26,8% en 2015, soit de 12% (de Onis, et al., 2004)

Enfin, la morbidité et la mortalité infanto-juvénile sont largement influencées par les mesures publiques d'amélioration des conditions de vie et de suppression des éléments contaminants dans l'environnement (facteur 4). Ainsi, la purification de l'eau, l'assainissement, la collecte des ordures ou la sécurité alimentaire sont autant de facteurs prévenant la survenue des maladies diarrhéiques (Quick, et al., 1999; Varley, et al., 1998). Le statut économique et particulièrement les bonnes conditions de logement (sol cimenté, chauffage et cuisine sans fumée, réfrigération etc.) ont un large impact sur les maladies respiratoires (Bruce, et al., 2000; Kirkwood, et al., 1995). En raison d'inégalités socioéconomiques, les enfants des familles les plus pauvres sont particulièrement à risque, et les dysfonctionnements des systèmes de santé des pays aux ressources limitées rendent complexe la couverture des populations vulnérables (Victora, et al., 2003).

L'importance des inégalités et iniquités en matière de santé est globalement reconnue (Feachem, 2000). Mais les initiatives de recherche en santé publique qui ciblent les causes sociales de la maladie et le rôle de la pauvreté sur la santé et la survie de l'enfant sont encore insuffisantes (Ostlin, et al., 2004). Cet état de fait a largement motivé l'appel lancé par le groupe de travail de Bellagio en 2003 pour encourager la déclaration d'intention mais surtout l'action des agences internationales, des gouvernements, des institutions de recherche concernées par la survie de l'enfant (Bellagio Study Group on Child Survival, 2003). Le rapport sur la santé dans le monde 2005 de l'OMS, intitulé « Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant », insiste également sur les liens étroits entre la morbi-mortalité maternelle et infanto-juvénile et les conditions générales de développement d'un pays (World Health Organisation, 2005b). Ainsi, la volonté de réduire la mortalité des enfants de moins de

cinq ans de deux tiers d'ici 2015 figure parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) (United Nations, 2000a) de la Déclaration du Millénaire de 2000 (United Nations, 2000b).

A.2. Le rôle de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant

L'OMS estime qu'au moins 1,2 millions d'enfants meurent chaque année en raison de modalités d'allaitement sub-optimales, et que **la pratique de l'allaitement maternel est une des interventions de réduction de la morbidité et de la mortalité de l'enfant parmi les plus coût-efficaces** (World Health Organisation and Department of Child and Adolescent Health, 1999). Le lait maternel est, dans le monde entier, l'aliment de base des nouveaux-nés, souvent le premier et seul aliment donné aux bébés pendant plusieurs mois, et le principal soutien à la croissance de l'enfant. Les avantages de l'allaitement maternel pour l'enfant sont bien documentés (Cunningham, et al., 1991), que ce soit en termes de propriétés immunologiques du lait maternel ou de bénéfices du contact corporel pour la croissance et le développement de l'enfant.

De nombreuses études épidémiologiques ont montré l'association entre l'absence d'allaitement maternel et l'augmentation de la morbidité et de la mortalité de l'enfant (Kanaaneh, 1972). Une méta-analyse d'études conduites au Brésil, en Gambie, au Ghana, au Pakistan, aux Philippines et au Sénégal a mesuré l'effet protecteur du lait maternel et la part de risque attribuable aux substituts au lait maternel sur la mortalité infantile et juvénile (WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality, 2000). Les taux de mortalité parmi les enfants de moins de cinq mois non allaités sont ainsi trois à quatre fois supérieurs à ceux observés chez les enfants allaités, bien que les avantages de l'allaitement maternel diminuent de façon constante à mesure que l'enfant grandit.

Plus particulièrement, l'allaitement maternel apparaît essentiel dans la réduction de la sévérité et l'incidence des maladies infectieuses (Feachem and Koblinsky, 1984). Plus récemment, une étude communautaire menée au Brésil a démontré une forte association entre l'allaitement maternel et le risque d'admission à l'hôpital pour pneumonie : les enfants non allaités au sein avaient 17 fois plus de risque d'être hospitalisés que les enfants bénéficiant d'un allaitement maternel (Cesar, et al., 1999). L'allaitement maternel réduit également le

risque d'infections des voies respiratoires basses (Wright, et al., 1989) et l'incidence de la septicémie néonatale (Bhutta and Yusuf, 1997).

De plus, l'allaitement maternel apparaît être un facteur essentiel de l'amélioration du développement neurologique des nouveaux-nés (Lanting, et al., 1994) et de la stimulation du système immunitaire du nouveau-né (Pabst, et al., 1997). Les bénéfices de l'allaitement maternel sur le développement psychologique de l'enfant ont également été suggérés (Horwood and Fergusson, 1998).

Enfin, l'allaitement maternel, prédominant ou exclusif (*voir définition page 18*), est démontré et recommandé (1995; Dehne, 2003; Tommaselli, et al., 2000) comme une des méthodes d'espacement des naissances, particulièrement dans les pays en développement.

Le type d'allaitement maternel (exclusif, prédominant ou mixte) et sa durée apparaissent être deux variables fondamentales influant sur la relation entre l'allaitement maternel et la santé du nouveau-né et de l'enfant. Des études communautaires prospectives menées parmi les enfants de régions pauvres du Pérou (Brown, et al., 1989) et des Philippines (Popkin, et al., 1990a), ainsi que des études cas-témoins au Brésil (Victora, et al., 1987), toutes conduites dans les années 1980, ont documenté que, chez les enfants en dessous de six mois, le risque de maladies diarrhéiques augmentait de 50% si des liquides étaient ajoutés au lait maternel, de 100% si d'autres laits ou solides étaient ajoutés, et de 300% si l'allaitement maternel était interrompu. Plus récemment, l'allaitement maternel exclusif a été suggéré comme outil fondamental de réduction du risque de transmission du VIH par le lait maternel (Coutsoudis, et al., 2001b; Latham and Preble, 2000). Nous détaillerons les enjeux de la relation entre pratiques d'allaitement et risque de TME du VIH au *point A.3 ci-dessous*. L'ensemble de ces études ont été cruciales dans la documentation des bénéfices de l'allaitement maternel, et en particulier de l'allaitement maternel exclusif, sur la réduction de la morbi-mortalité infantile.

La recherche biomédicale a permis de distinguer différentes pratiques d'allaitement maternel plus ou moins bénéfiques pour la santé et le développement de l'enfant (Encadré 1). Nous verrons dans les chapitres suivants, en étudiant le cas particulier du Zimbabwe, que les connaissances scientifiques en matière d'allaitement maternel peuvent se confronter ou se conforter dans les discours et pratiques des femmes allaitantes et de leur entourage. En effet,

l'allaitement maternel n'est pas seulement une pratique « naturelle », physiologique, mais aussi une pratique socialisée et ritualisée dans la majeure partie du monde. Ainsi, les niveaux de revenus financiers, les croyances culturelles et les traditions sociales autour de l'allaitement maternel constituent des facteurs déterminants de la durée ou de l'exclusivité de l'allaitement maternel tel qu'il est pratiqué. La promotion d'un allaitement maternel et de pratiques de nutrition infantile appropriées, acceptables (voir définition page 18) et faisables, par le biais d'interventions et stratégies de santé publique adaptées et efficaces, requiert donc de concilier des impératifs médicaux et des enjeux socioculturels souvent importants pour les individus et les communautés.

Encadré 1. Concepts clés – Allaitement maternel

- *L'allaitement maternel contribue à améliorer la santé de l'enfant : prévention des maladies infectieuses, meilleur apport nutritionnel pour le nouveau-né pendant plusieurs mois*
- *La pratique de l'allaitement maternel est souvent une norme socioculturelle*
- *L'allaitement maternel exclusif agit en faveur de la croissance et du développement du nouveau-né pendant les quatre à six premiers mois de vie.*

A.3. L'épidémie de VIH/SIDA pédiatrique en Afrique

A la fin de l'année 2003, l'ONUSIDA estimait que 38 millions d'enfants et d'adultes vivaient avec le VIH dans le monde, dont 17 millions de femmes (45%) et 2,1 millions d'enfants de moins de 15 ans (plus de 5%). Pour la seule année 2003, on estimait à plus de 600 000 le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH parmi les enfants de moins de 15 ans (UNAIDS, 2004). La pandémie pédiatrique du VIH/SIDA n'est donc pas encore stabilisée, avec un accroissement estimé du nombre de cas de VIH/SIDA parmi les moins de 15 ans de 4 à 5% par an. Plus de la moitié des enfants infectés par le VIH meurent avant leur premier anniversaire, et la plupart avant l'âge de cinq ans (Newell, et al., 2004b; Spira, et al., 1999).

L'infection pédiatrique peut résulter de l'abus sexuel, la transfusion sanguine ou tout autre risque d'exposition au sang infecté par le VIH. Mais le principal mode d'infection par le VIH chez les enfants de moins de 15 ans est incontestablement la transmission mère-enfant du VIH, dans au moins 90% des cas (De Cock, et al., 2000).

A.3.1. Les mécanismes de la transmission mère-enfant (TME) du VIH

La recherche sur l'étiologie et les mécanismes de l'infection par le VIH pédiatrique a révélé depuis la fin des années 1980 que la TME du VIH peut avoir lieu pendant la grossesse, l'accouchement et, en post-natal, pendant l'allaitement maternel (Blanche, et al., 1989). Le risque absolu de TME du VIH en l'absence de toute intervention varie de 15 à 30% parmi des populations non allaitantes, mais s'élève jusqu'à 30 à 45% parmi des populations pratiquant l'allaitement maternel pendant deux ans (De Cock, et al., 2000).

- *Risque de TME du VIH pendant la grossesse et l'accouchement*

La transmission in utero du VIH peut être définie comme toute infection par le VIH détectée au cours de premières 48h de vie du nouveau-né, et la transmission intra-partum du VIH comme toute infection acquise entre deux et 28 jours (ou jusqu'à 6 semaines) après l'accouchement.

Le risque absolu de transmission in utero du VIH, dans les dernières semaines de grossesse, est estimé entre 5 et 10% et le risque de transmission intra-partum entre 10 et 20% de toutes les naissances vivantes, en l'absence d'intervention médicale et quelles que soient les conditions d'exposition d'allaitement qui suivront (De Cock, et al., 2000). La voie transplacentaire ou l'ingestion de liquide amniotique infecté sont présentés comme les deux mécanismes principaux de TME du VIH pendant la grossesse (Chouquet, et al., 1997; Wabwire-Mangen, et al., 1999). La rupture précoce et prolongée des membranes et l'exposition au sang maternel ou aux sécrétions cervico-vaginales pendant l'accouchement sont parmi les mécanismes expliquant le risque de transmission intra-partum du VIH.

- *Risque de TME du VIH par l'allaitement maternel*

Au cours de la période post-partum, la TME est principalement liée à l'allaitement maternel. La première étude suggérant la possibilité que l'infection par le VIH se transmette par le lait maternel a été publiée en 1985 (Ziegler, et al., 1985). Les estimations du risque absolu de transmission du VIH par l'allaitement maternel varient de 10 à 20%, selon les conditions d'exposition, la fréquence de suivi, les techniques de laboratoire disponibles et le type d'analyse statistique (Dabis and Ekpini, 2002). En 1992, une méta-analyse a montré que le

risque de TME du VIH par le lait maternel était de 14% sur deux ans (Dunn, et al., 1992), soit 1/3 du risque total de TME du VIH dans les populations de femmes allaitantes (Peckham and Gibb, 1995).

Au Malawi, l'incidence mensuelle du VIH chez des enfants allaités était de 0,7% entre un et cinq mois, 0,6% de six à 11 mois et de 0,3% entre 12 et 17 mois ($p=0,01$ pour la tendance), suggérant que le risque de TME du VIH par le lait maternel était plus élevé lors des premiers mois d'allaitement (Miotti, et al., 1999), sans que ceci puisse être confirmé par des études plus récentes (Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group, 2004). Le risque de TME du VIH par allaitement maternel n'en reste pas moins cumulatif et la durée d'exposition est un facteur clé de la transmission postnatale. Différentes études se sont ainsi attachées à définir le risque de transmission postnatale tardive du VIH parmi des nouveaux-nés testés et diagnostiqués comme non-infectés dans les premiers mois de vie (à 3-6 mois dans les études anciennes, aujourd'hui à 4-6 semaines). Une méta-analyse de neuf essais thérapeutiques conduits en Afrique, en zone urbaine, a récemment démontré que le risque de transmission postnatale tardive était ainsi de 8,9 transmissions/100 enfant-années d'exposition à l'allaitement maternel. La transmission postnatale tardive après quatre semaines contribuerait de 24 à 42% du risque total de TME du VIH et la probabilité cumulée de transmission postnatale tardive à 18 mois serait de 9,3% (Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group, 2004).

Malgré ces différents résultats de la recherche épidémiologique et clinique, **les mécanismes de la transmission du VIH par le lait maternel ou de protection contre cette infection ne sont toujours pas connus**. Une des principales questions restant à résoudre tient à la l'identification des substances anti-infectieuses du lait maternel (immunoglobulines, lactoferrines, mucines) ou autres réponses auto-immunes de l'enfant qui préviennent la TME du VIH (Kourtis, et al., 2003). Ces lacunes scientifiques sont en partie dues au fait que, dans les pays développés, l'allaitement maternel chez les mères infectées par le VIH a été d'emblée proscrit et les alternatives à l'allaitement maternel y étaient disponibles, alors que dans les pays en développement l'allaitement maternel est la seule option de nutrition infantile qui soit pérenne (Fowler and Newell, 2002), de sorte que la recherche fondamentale y a été plus rarement menée.

La période de l'allaitement maternel centralise actuellement une large partie de la recherche clinique en matière de PTME, avec notamment l'évaluation de l'administration d'une prophylaxie ARV aux mères et/ou nouveaux-nés, ou l'adoption de pratiques de nutrition infantile spécifiques (*voir point A.4*).

A.3.2. Les facteurs de risque de la TME du VIH

- Facteurs immédiats

On associe un certain nombre de facteurs à un risque accru de TME du VIH : ils peuvent être d'origine virale, maternelle, obstétricale, fœtale ou liés au nourrisson (Tableau 1).

Pendant la grossesse et l'accouchement, la charge virale plasmatique élevée chez la mère est le facteur le plus important de la TME du VIH, quelle que soit la population étudiée (Leroy, et al., 2001; Shaffer, et al., 1999b). L'accouchement par voie basse, surtout s'il est traumatique (1999), ainsi que la rupture prolongée des membranes (plus de quatre heures) (Landesman, et al., 1996), seraient également des facteurs de risque importants de la TME du VIH, comme nous venons de l'évoquer.

La charge virale plasmatique de VIH-1 est suggérée également comme un facteur de risque de TME du VIH pendant l'allaitement maternel (Leroy, et al., 2003). Une association positive entre des taux élevés de réplication du VIH et la transmission postnatale est probable (John, et al., 2001; Semba, et al., 1999). Des études ont montré que la charge virale dans le lait maternel atteint un niveau maximum immédiatement après la naissance (Lewis, et al., 1998; Rousseau, et al., 2003), et qu'elle varie au cours du temps et probablement entre les deux seins (Willumsen, et al., 2001). Par ailleurs, il a été démontré parmi les femmes infectées par le VIH que la mastite (processus inflammatoire du sein) clinique (Van de Perre, et al., 1992) et subclinique (Semba, et al., 1999; Willumsen, et al., 2003) était associée à une charge virale élevée dans le lait maternel et constituait un facteur de risque pour la TME du VIH. Une étude conduite en Tanzanie pour déterminer le taux de TME du VIH par allaitement maternel a montré que les lésions du sein doubleraient le risque de TME (Fawzi, et al., 2002a).

La santé buccale du nouveau-né, en particulier la détérioration des membranes muqueuses (en raison de mycoses telle que la candidose), a été suggérée comme facteur de risque de TME du VIH (Van de Perre, 1999). Cependant, la candidose étant également un symptôme précoce de l'infection par le VIH (Embree, et al., 2000), aucune étude n'a, pour le moment, conclu formellement sur un lien de cause à effet entre la santé buccale de l'enfant et le risque d'infection par le VIH.

Tableau 1. Principaux facteurs de risque de la TME du VIH.

Origine des facteurs de risque	Type de facteurs
Virale	<ul style="list-style-type: none"> - Charge virale maternelle élevée - Charge virale dans les sécrétions cervico-vaginales, dans le lait maternel - Caractéristiques du virus (génotype, phénotype) - Résistance virale aux médicaments
Maternelle	<ul style="list-style-type: none"> - Immunodépression à un stade avancé - Maladie à un stade clinique avancé - Charge virale plasmatique élevée - Infection récente - Statut nutritionnel (carence en vitamine A) - Intégrité de la barrière placentaire
Obstétricale	<ul style="list-style-type: none"> - Accouchement par voie basse - Prématurité - Rupture prolongée des membranes - Hémorragie intra-partum - Utilisation d'instruments invasifs
Fœtale	<ul style="list-style-type: none"> - Prématurité - Co-infection avec d'autres agents pathogènes - Nutrition du fœtus - Etat immunitaire - Grossesse multiple
Nourrisson	<ul style="list-style-type: none"> - Allaitement maternel - Vulnérabilité du système digestif - Santé buccale - Système immunitaire immature

Adapté de (World Health Organisation, 1998a; World Health Organisation, 1999).

Parmi les autres facteurs de risque, moins importants, la gémellité semble également influencer le risque de TME du VIH (Duliege, et al., 1995), bien qu'une étude récente conduite au Malawi ne démontre aucune différence significative de risque de TME in utero lié à l'ordre de naissance des jumeaux (Biggar, et al., 2003). On peut citer également une étude au Cameroun qui a montré une corrélation entre la pluviométrie un mois donné et le risque de TME du VIH trois mois après, établissant un lien avec le cycle de vie du Plasmodium en saison des pluies et suggérant donc le paludisme comme facteur de risque de la TME du VIH (Ayoub, et al., 2003a). Enfin il a été récemment suggéré que le mauvais état nutritionnel des femmes infectées par le VIH augmenterait le risque de TME du VIH précoce

(estimé avant six semaines) (Villamor, et al., 2005). Ces différents facteurs de risque restent probablement mineurs pour la plupart, si on raisonne en part attribuable de transmission.

- *Facteurs sous-jacents*

Le risque de TME du VIH dépend également de facteurs biologiques et socioculturels exposant la femme à l'infection primaire par le VIH. Le principal mode de transmission du VIH en Afrique est hétérosexuel (Buve, et al., 2002; Ferry, et al., 2001). L'exposition des femmes en âge de procréer aux risques d'infection par le VIH, et par la suite au risque de TME du VIH, est particulièrement élevée en Afrique sub-Saharienne, où il est estimé que le ratio homme:femme d'infection par le VIH était de 1,3:1 en 2003 (UNAIDS, 2004).

Il a été montré que les Infections Sexuellement Transmissibles (IST), telles que la chlamydie et la syphilis, dont la prévalence est élevée chez les femmes enceintes (Meda, et al., 1995), étaient des co-facteurs importants de l'infection par le VIH (Mbizvo, et al., 2002). Au Zimbabwe, les femmes déclarant une histoire d'ulcération génitale et d'inflammation pelvienne étaient six fois plus à même d'être infectées par le VIH (Mbizvo, et al., 1996). Des pratiques sexuelles traditionnelles telles que l'assèchement du vagin par des herbes ou du sel (« *dry sex* ») (Civic and Wilson, 1996), le rinçage vaginal avec des solutions septiques ou la circoncision féminine, augmentent le risque d'infection par le VIH chez les femmes (Campbell and Kelly, 1995).

Par ailleurs, le risque d'infection par le VIH des femmes africaines peut être renforcé par plusieurs facteurs sociologiques et culturels (Susser and Stein, 2000). La discrimination sociale envers les femmes, en termes d'accès à l'éducation et aux opportunités de travail, est susceptible de contraindre de nombreuses femmes à s'engager dans des activités de commerce sexuel pour survivre, pratiques à haut risque d'infection par le VIH. Au sein des couples, la domination masculine dans la prise de décision en matière de sexualité au Rwanda (van der Straten, et al., 1995), conduisant à une certaine subordination des femmes en matière de rapports sexuels, expose les femmes au risque d'infection par le VIH intra-conjugal. Certaines questions se posent quant au rôle de traditions telles que le paiement de la dot qui conforterait l'homme dans sa position de contrôle de la femme (Esen, 2004; Wendo, 2004). Cette série de « désavantages » psychologiques, culturels et sociaux construit une certaine

forme de vulnérabilité (voir définition page 19) des femmes à l'infection par le VIH, bien qu'il soit important de ne pas généraliser ce phénomène et dénigrer les efforts d'émancipation de nombreuses femmes dans le monde (Dozon, 2001a) et les changements déjà intervenus.

L'acceptation sociale de la domination masculine dans le couple, et surtout des violences intra-conjugales, fait néanmoins l'objet d'un nombre croissant d'études. L'existence de liens, voire même d'un cercle vicieux, entre ces violences et le risque d'infection par le VIH a été suggéré en Afrique du Sud et en Tanzanie notamment (Dunkle, et al., 2004; Maman, et al., 2002). Nous verrons plus tard que ce risque ou la peur de ce risque de violence conjugale sont susceptibles d'influencer l'utilisation des interventions de PTME (voir partie 1.1.2).

En outre, comme dans la plupart des sociétés du monde, les femmes sont influencées socialement par une contrainte de reproduction qui les expose au risque de grossesse et indirectement au risque d'infection par le VIH. Ainsi, au Zimbabwe, il est reconnu que la grossesse confère un certain statut social et les femmes sont influencées par la pression de leur famille et de la communauté à avoir des enfants (Krabbendam, et al., 1998).

La prévention de l'infection par le VIH dans la population générale et particulièrement chez les femmes enceintes, et la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH, sont recommandées par les Nations Unies comme deux stratégies essentielles de prévention du VIH/SIDA chez les enfants; elles sont en fait les deux premières chronologiquement (Figure 2).

Figure 2. Approches stratégiques de prévention du VIH pédiatrique recommandées par les Nations Unies en 2001.



Source (World Health Organisation, 2003f).

Depuis le début des années 1990, une troisième stratégie de santé publique est disponible et vise spécifiquement à prévenir, par des interventions biomédicales, la TME du VIH. La quatrième approche stratégique consiste en la mise en œuvre d'une prise en charge et d'un soutien à long terme aux femmes, aux enfants et aux familles infectées par le VIH (World Health Organisation, et al., 2004), allant bien sûr désormais jusqu'au traitement ARV de la femme et de l'enfant infectés et plus généralement de tous les membres de la cellule familiale qui en ont besoin.

Les stratégies de PTME développées au cours de la dernière décennie répondent principalement au troisième volet de l'approche stratégique des Nations Unies, la PTME stricto sensu, par la prévention des mécanismes strictement viraux et biologiques de la TME du VIH, et la modification des facteurs comportementaux et sociaux influençant particulièrement l'exposition au risque de TME postnatale du VIH.

A.4. Les interventions de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH dans les pays en développement

La démonstration de l'association entre certaines caractéristiques maternelles et obstétricales et le risque de TME du VIH a guidé la recherche épidémiologique et clinique depuis le début des années 1990. Les approches explorées en priorité ont ciblé la réduction de la charge virale maternelle par une prophylaxie ARV, la prévention de l'exposition par l'évitement de l'allaitement maternel, la césarienne programmée, la désinfection vaginale et la stimulation du système immunitaire par la supplémentation nutritionnelle ou l'immunisation passive ou active.

A.4.1. Les interventions anti-rétrovirales

L'intervention la plus coût-efficace de PTME, parmi les femmes infectées par le VIH, est aujourd'hui la prophylaxie ARV administrée à la mère et/ou au nouveau-né aux moments clés de la TME du VIH (la grossesse et/ou l'accouchement et/ou l'allaitement maternel) (Tableau 2).

Au début des années 1990, des équipes de recherche américaines et françaises ont commencé à évaluer l'impact sur la TME du VIH de molécules ARV développées

originellement pour le traitement des adultes infectés par le VIH. L'objectif était d'utiliser différents régimes d'ARV pour réduire la réplication virale pendant la période peri-partum. L'étude PACTG076/ANRS024, un essai contrôlé randomisé conduit aux Etats Unis et en France de 1991 à 1993, a montré qu'un régime long d'un ARV, la zidovudine (ZDV), administré per os à partir de la 14^{ème} semaine de grossesse puis en perfusion pendant l'accouchement, permettait de réduire de manière relative le risque de TME du VIH de 67,5% à 18 mois par rapport à un placebo (p=0,00006) (Connor, et al., 1994). Cette avancée majeure dans la recherche en matière de PTME a encouragé la conduite de plusieurs essais cliniques dans les pays en développement afin de définir des stratégies ARV plus abordables et faisables dans un contexte de ressources limitées et de faible accessibilité aux soins de santé prénatals.

Les premiers essais visant à évaluer l'efficacité de régimes courts d'ARV pour la PTME ont été conduits en Thaïlande parmi des populations ne pratiquant pas l'allaitement maternel (ZDV per os à partir de la 34^{ème} semaine de grossesse) et en Côte d'Ivoire au sein de populations où l'allaitement maternel est la norme (ZDV per os à partir de la 36^{ème} semaine de grossesse). Ces essais ont montré l'efficacité de tels régimes ARV courts, basés sur la zidovudine, avec une réduction du risque de TME du VIH à six mois variant de 50% pour l'essai américano-thaïlandais (1996-1997) (Shaffer, et al., 1999a) à 38% pour l'essai franco-ivoirien (DITRAME ANRS 049, 1995-1998) (Dabis, et al., 1999) et 37% à trois mois pour l'essai américano-ivoirien Retro-Ci (1996-1998) (Wiktor, et al., 1999).

Tableau 2. Aperçu des résultats des essais de prophylaxie anti-rétrovirale de PTME.

Essai	Taux TME du VIH (%)	Taux de référence ou placebo	Age au diagnostic (semaines)	ARV utilisé(s) en peri-partum
ANRS 049 (Dabis, et al., 1999)	18,0	27,5	36	ZDV
Retro-Ci (Wiktor, et al., 1999)	15,7	24,9	12	ZDV
HIVNET012 (Guay, et al., 1999)	13,1	25,1	14-16	NVP
SAINT (Moodley, et al., 2003)	12,3	--	8	NVP
SAINT (Moodley, et al., 2003)	9,3	--	8	ZDV+3TC
Petra moyen (Petra study team, 2002)	8,9	15,3	6	ZDV+3TC
Petra long (Petra study team, 2002)	5,7	15,3	6	ZDV+3TC
ANRS1201 V1.0 (ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group, 2005)	6,5	12,5	6	ZDV+NVP
ANRS 1201 V1.1 (ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group, 2005)	4,7	12,5	6	ZDV+3TC+NVP

Adapté de (World Health Organisation, 2004b).

ZDV=zidovudine, NVP=nevirapine, 3TC=lamivudine

Toujours à la fin des années 1990, une stratégie ciblant les femmes infectées par le VIH qui se présentent au centre de santé tardivement pendant la grossesse ou l'accouchement était testée en Ouganda. En 1999, l'essai clinique HIVNET 012 (1997-1999) a ainsi permis démontrer qu'un régime ARV à dose unique de névirapine (NVP) pouvait réduire de moitié la transmission in-utero et intra-partum de la TME du VIH (Guay, et al., 1999). L'efficacité à long terme du régime validé lors de l'essai HIVNET 012 a été estimée avec une réduction de 41% du risque de TME à 18 mois (Jackson, et al., 2003). La simplicité, l'efficacité et le faible coût du régime ARV de névirapine monodose en ont fait le régime ARV de choix, privilégié par la plupart des programmes nationaux des pays en développement, en particulier en Afrique. Et en 2004, l'OMS concluait, en mettant à jour ses recommandations, que même si la recherche avait permis d'identifier plusieurs régimes ARV courts efficaces et abordables, le régime ARV de PTME par névirapine monodose restait l'option la plus faisable et accessible dans le contexte des pays aux ressources limitées (World Health Organisation, 2004b).

La première étude mesurant l'efficacité opérationnelle du régime HIVNET 012 a été conduite en Zambie et publiée en 2003. L'estimation du taux de transmission est comparable à celui rapporté dans l'essai ougandais. Les auteurs soulignent également l'importance de l'heure de prise de la prophylaxie ARV, définissant le seuil minimal d'efficacité de la prise de névirapine monodose une heure avant l'accouchement (Stringer, et al., 2003d). Au Cameroun, les taux de TME du VIH observés sont également proches de ceux définis en Ouganda, c'est-à-dire un taux de TME du VIH à six-huit semaines compris entre 10,6 et 13% (Ayoub, et al., 2003b). Au Kenya, l'efficacité opérationnelle de la névirapine monodose a été moindre, avec un taux de transmission du VIH estimé à 18,1% à 14-16 semaines (Quaghebeur, et al., 2004).

Dès le début des années 2000, des chercheurs ont évoqué l'importance de la résistance virale à la névirapine monodose au sein des études de PTME (Eshleman, et al., 2001) et ont identifié certains facteurs de risque de résistance tels que la charge virale élevée ou le faible taux de CD4 (McIntyre and Gray, 2002). La résistance virale après exposition à la névirapine monodose pourrait réduire la réponse viro-immunologique des femmes bénéficiant d'un traitement ARV (HAART) pour elles-mêmes (Jourdain, et al., 2004). Ainsi, en 2005, au lendemain de la 12^{ème} Conférence américaine sur les Rétrovirus et Infections Opportunistes et de la présentation de nouvelles données de résistance à la névirapine monodose, l'OMS a déclaré le besoin de réviser une nouvelle fois ces recommandations internationales en matière d'ARV pour la PTME (World Health Organisation, 2005a).

L'amélioration de l'accès et de l'utilisation de combinaisons de différents ARV permettrait une plus grande efficacité en matière de PTME que les régimes ARV monodoses, particulièrement dans le contexte de femmes qui sont éligibles à des traitements ARV pour elles-mêmes. Les études SAINT (*South Africa Intrapartum Nevirapine Trial*) (1999-2000) conduite en Afrique du sud (Moodley, et al., 2003), et PETRA (*Perinatal Transmission Study*) (1996-2000) conduite en Tanzanie, Ouganda et Afrique du Sud (Petra study team, 2002) ont montré l'efficacité de la combinaison zidovudine-lamivudine en régime court avec des taux de TME du VIH de 5 à 10% seulement à six semaines. Plus récemment ont été publiés les résultats de l'étude ANRS 1201/1202 concluant que la probabilité de TME du VIH à six semaines était plus faible avec l'utilisation de la combinaison d'un régime court de zidovudine et une monodose de névirapine qu'avec l'administration de la zidovudine uniquement (3,6 vs 10,9%, $p < 0,003$), soit le plus bas taux de TME du VIH documenté en Afrique sub-Saharienne à ce jour (ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group, 2005).

Par ailleurs, afin d'augmenter l'accessibilité et la couverture des stratégies de PTME, certaines études ont évalué l'efficacité de régimes ARV administrés uniquement chez les enfants nés de mères n'ayant pas bénéficié de prophylaxie pendant la grossesse ou l'accouchement. Ainsi, un essai clinique randomisé au Malawi a comparé l'efficacité de deux prophylaxies post-exposition au nouveau-né uniquement (sous la forme de sirop pédiatrique), névirapine-zidovudine ou névirapine seule, indiquant un taux de transmission du VIH à 6-8 semaines parmi les enfants non-infectés à la naissance de 7,7% pour le groupe névirapine-zidovudine et 12,1% pour le groupe névirapine ($p = 0,03$, efficacité protectrice de 36%) (Taha, et al., 2003).

Afin de renforcer l'efficacité de ces stratégies de PTME pré et intra-partum, l'administration de prophylaxies ARV administrées aux mères allaitantes et/ou leurs nouveaux-nés sont également envisagées depuis le début des années 2000 pour prévenir la transmission postnatale du VIH (Gaillard, et al., 2004). Plusieurs essais ont été conduits en Afrique évaluant la pharmacocinétique et l'innocuité d'une prophylaxie post-exposition de névirapine postnatale pendant six mois (Shetty, et al., 2003). Aucun résultat d'efficacité n'a été publié à ce jour et il est probable que les craintes en matière d'émergence de résistance virale compliquent les schémas d'étude. Les résultats préliminaires de l'essai de phase 3 SIMBA (*Stopping infection from mother-to-child through breastfeeding in Africa*), évaluant

l'efficacité d'un régime ARV post-exposition, ont estimé un taux de TME du VIH de 1% pendant les trois premiers mois de vie parmi les nouveaux nés ayant reçu soit de la névirapine soit de la lamivudine (Vyankandondera, et al., 2003). Ces résultats encourageants mais qui n'ont pas d'application immédiate à large échelle devront être confirmés par l'évaluation de l'impact à long terme sur la santé de la mère et de l'enfant de cette prophylaxie ARV pendant l'allaitement maternel, qu'elle soit administrée à la mère ou à l'enfant. Ce type de stratégie pourrait représenter une opportunité cruciale de renforcer le lien entre la prévention et le traitement du VIH/SIDA (Bulterys, et al., 2004).

Les interventions visant à améliorer la santé de la mère sont d'autant plus importantes que le risque de TME du VIH est plus élevé parmi les femmes sévèrement immunodéprimées. Depuis le début des années 2000, plusieurs initiatives d'introduction de traitements ARV ont été conduites dans les pays en développement et ont démontré la faisabilité et la nécessité de promouvoir et faciliter davantage l'accès à ces thérapies (Moatti, et al., 2003). Les programmes « MTCT-Plus » (World Health Organisation, 2003e), véritables interfaces entre la prévention et le traitement du VIH/SIDA, permettent d'offrir aux femmes ayant bénéficié de services de PTME, ainsi qu'à leur famille, un traitement ARV à vie⁵ (Mitka, 2002). L'amélioration de la couverture de ce type d'approche intégrée est essentielle pour la survie de l'enfant et de sa famille, et par-là même pour prévenir la survenue autrement inéluctable d'un grand nombre d'orphelins (Beckerman, 2002).

Les stratégies de PTME présentées dans cette section ne sont pas encore universellement disponibles. **Les coûts de certains régimes ARV, de même que les soutiens financiers et techniques internationaux, orientent et limitent actuellement les régimes ARV utilisés en peri-partum dans la plupart des pays en développement (voir partie 1.1.2.) et la transition des résultats de la recherche en pratiques de santé publique sur le terrain reste fort lente et limitée.**

A.4.2. La modification des pratiques d'allaitement maternel

Parmi les principaux modes de nutrition infantile évalués et comparés en termes d'efficacité pour la prévention postnatale du VIH mais aussi pour leurs conséquences en termes de mortalité et de morbidité de l'enfant au cours des dernières années, on doit évoquer:

⁵ Voir <http://www.mtctplus.org>

1) différentes techniques de substitution au lait maternel : l'allaitement artificiel commercialisé, l'allaitement artificiel préparé à domicile, le lait maternel exprimé et pasteurisé, l'allaitement par une nourrice ou le recours au lait provenant d'une banque de lait, et 2) différentes modalités d'allaitement maternel : l'allaitement maternel exclusif et le sevrage précoce.

- *Techniques d'allaitement de substitution au lait maternel*

Jusqu'à présent, la seule intervention de prévention de la TME postnatale du VIH efficace à 100% est l'absence d'allaitement maternel. Dans des régions où l'allaitement maternel est une norme sociale mais aussi et surtout le seul mode de nutrition financièrement abordable, l'absence d'allaitement maternel reste une pratique peu adoptée par les mères infectées par le VIH. Néanmoins, différentes options existent pour les femmes pour qui l'adoption d'alternatives à l'allaitement maternel est faisable.

L'allaitement par lait artificiel, formulé spécialement pour les nouveaux-nés, commercialisé ou distribué dans le contexte des services de PTME, est particulièrement réglementé (*voir ci-dessous point B.1*) (World Health Organisation, 1981). Les pré requis financiers et logistiques à l'adoption de l'allaitement artificiel font que cette pratique n'est pas généralisée ni généralisable aux femmes infectées par le VIH vivant dans les pays aux ressources limitées. En effet, comme cela a été démontré avant l'apparition du VIH, l'allaitement de substitution non hygiénique est un risque pour la santé de l'enfant (Bergstrom, et al., 2004) et peut accroître considérablement la morbidité et mortalité liée aux maladies diarrhéiques et infections respiratoires (Habicht, et al., 1988).

La modification du lait animal par l'addition d'eau, de sucre et de micronutriments est une pratique moins coûteuse que l'allaitement artificiel. Mais une étude récente en Afrique du sud a montré que certains laits de remplacement recommandés par l'OMS – lait entier en poudre et lait entier frais – avaient une trop faible valeur nutritionnelle (15% de l'énergie totale recommandée), un coût financier trop élevé (20 à 32% des revenus mensuels des ménages) et requéraient un temps important (27 minutes en moyenne par repas) pour une préparation optimale. Les auteurs ont estimé que seul le lait artificiel commercialisé répond aux besoins nutritionnels des nourrissons (Papathakis and Rollins, 2004). Peu d'études ont évalué les

conséquences biochimiques, psychologiques et en termes de croissance de l'enfant des laits animaux ou de substitution (Papathakis and Rollins, 2004).

En 1993, une étude aux Etats-Unis a montré que le VIH présent dans le lait maternel pouvait être inactivé par la pasteurisation « Holder » (traitement à une chaleur de 65°C pendant 30 minutes) (Orloff, et al., 1993). Ce n'est qu'en 2000 que deux études ont présenté des méthodes de pasteurisation à domicile plus facilement réalisables (Chantry, et al., 2000; Jeffery and Mercer, 2000) et démontrées efficaces et acceptables dans les pays en développement (Jeffery, et al., 2001). Bien que l'expression et la pasteurisation du lait maternel soient recommandées internationalement pour la PTME postnatale, leurs modalités ont été peu évaluées en termes de temps, de coût et d'acceptabilité dans des conditions opérationnelles.

- *Différentes modalités d'allaitement maternel*

La première étude évaluant l'impact de différentes pratiques d'allaitement maternel sur le risque de TME du VIH a été publiée à la fin des années 1990. Une sous-analyse des données d'une étude prospective conduite à Durban (Afrique du Sud), sur la supplémentation en vitamine A, a montré que le risque de TME du VIH parmi les femmes déclarant avoir pratiqué un allaitement mixte était significativement plus important que parmi les femmes déclarant avoir adopté un allaitement maternel exclusif pour au moins trois mois (14,6% vs 24,1%, $p=0,03$) (Coutsoudis, et al., 1999a). La différence de risque de TME du VIH entre les femmes n'ayant jamais allaité au sein et les femmes ayant pratiqué un allaitement maternel exclusif n'était pas significative. Cette étude était la première à recommander la pratique de l'allaitement maternel exclusif pour les femmes infectées par le VIH choisissant d'allaiter. Très récemment, les résultats publiés en 2005 de l'étude ZVITAMBO (*Zimbabwe Vitamine A Study*) conduite au Zimbabwe ont démontré que le risque de TME du VIH estimé à six, 12 et 18 mois, était respectivement 4 fois, 3,8 fois, et 2,6 fois plus élevé parmi les femmes pratiquant un allaitement mixte qu'un allaitement maternel exclusif (Ilf, et al., 2005). Cette étude zimbabwéenne permet de confirmer le bien-fondé du **choix de l'allaitement maternel exclusif comme stratégie de santé publique de PTME mais aussi de survie de l'enfant, quel que soit le statut sérologique des mères, surtout dans les pays aux ressources limitées.**

Par ailleurs, l'équipe sud-africaine de Durban a montré en 2001 que la probabilité cumulative de TME du VIH à six mois était similaire parmi les enfants non allaités ou allaités exclusivement au sein. A 15 mois, ce risque cumulé de TME du VIH était inférieur parmi les enfants allaités exclusivement au sein pour trois mois que parmi les autres enfants allaités (24,7 vs 35,9%) (Coutsoudis, et al., 2001b). Ces résultats ont été fondamentaux pour conforter les recommandations internationales en faveur du sevrage précoce afin de réduire la durée d'exposition du nouveau-né au risque d'infection par le VIH par le lait maternel (Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group, 2004) et donc réduire le risque de TME postnatale tardive (Ekpini, et al., 1997; Leroy, et al., 1998). En Zambie il a été montré que le sevrage rapide à quatre mois était faisable parmi les femmes ayant bénéficié de services de conseil et reçu du lait artificiel et des aliments de sevrage (Thea, et al., 2002). Cependant, **l'impact du sevrage précoce sur la morbi-mortalité de la mère et de l'enfant a été peu documenté**. Nous verrons également que les recommandations en termes d'âge précis de l'enfant au sevrage précoce sont tout aussi difficiles à formuler, l'OMS encourageant les femmes infectées par le VIH à cesser l'allaitement maternel « dès que des options de substitution sont faisables, abordables et sans risques » (World Health Organisation, et al., 2003b).

Comme il l'a été présenté au point A.3.2 ci-dessus, le suivi des abcès et pathologies mammaires et des lésions buccales de l'enfant est utile pour réduire le risque de TME du VIH. Si la supplémentation en micronutriments a été suggérée comme intervention de prévention des mastites subcliniques (Semba and Neville, 1999), la stratégie essentielle de suivi médical de la femme et de son enfant est le conseil en matière de nutrition infantile, que celui-ci soit dispensé en centre de santé ou dans la communauté (*voir partie 1.1.2*).

- *Conséquences en termes de morbi-mortalité de la mère et de l'enfant de différentes modalités de nutrition infantile*

L'impact sur la morbidité et la mortalité infantiles de l'allaitement de substitution dans le contexte d'interventions de PTME est peu documenté et surtout connu au travers d'études dont la méthodologie a été contestée. Faisant suite à des résultats publiés en 2000, suggérant que l'allaitement artificiel prévenait 44% des infections pédiatriques (Nduati, et al., 2000), l'équipe d'un essai randomisé conduit au Kenya (1992-1998) a suggéré que la mortalité à deux ans parmi des enfants ayant été allaités au sein était comparable à celle des enfants ayant

bénéficié d'un allaitement artificiel (24,4 vs 20,0%, $p=0,3$) (Mbori-Ngacha, et al., 2001). Cet essai a présenté néanmoins certains biais, liés aux faibles taux de compliance variables à chaque modalité d'allaitement et au profil sociodémographique privilégié de la population d'étude (Guay and Ruff, 2001). Les conclusions de cette étude sur la possibilité d'un allaitement artificiel sans risques dans les pays en développement doivent donc être considérées avec précaution.

D'autres études évaluant les options de nutrition infantile pour les enfants nés de mère infectée par le VIH en termes de rapport risque-bénéfice, en analysant par exemple les données d'hospitalisation, ont été publiées, et diffèrent des résultats de l'essai kenyan mentionné ci-dessus. Ainsi il a été montré récemment que les nouveaux-nés bénéficiant de substituts au lait maternel avaient un risque supérieur de taux d'hospitalisation comparés aux nouveaux-nés allaités au sein (Phadke, et al., 2003). De même, en Afrique du sud, les nouveaux-nés jamais allaités (quel que soit leur statut VIH) avaient deux fois plus de risque de développer un épisode morbide pendant les deux premiers mois de vie que les enfants allaités ($RC=1,91$, $p=0,006$) (Coutsoudis, et al., 2003).

Ces résultats contradictoires en termes de morbidité et mortalité liées aux pratiques d'allaitement parmi les enfants nés de mère infectée par le VIH soulignent donc la **nécessité d'une évaluation détaillée et locale du niveau d'hygiène et de la situation socio-sanitaire des femmes avant de leur proposer des options de prévention de la TME postnatale du VIH.**

L'impact des différentes stratégies de PTME postnatale du VIH sur la mortalité des femmes infectées par le VIH a également été évalué. Ainsi, dans l'essai randomisé mené au Kenya, pendant les deux premières années suivant l'accouchement, les femmes infectées par le VIH et allaitant avaient un risque relatif de décès 3,2 fois plus élevé que des femmes randomisées dans le groupe pratiquant l'allaitement de substitution (Nduati, et al., 2000). Au contraire, l'analyse rétrospective de données d'un essai contrôlé randomisé à Durban (Afrique du Sud), visant à évaluer le rôle de la vitamine A sur la PTME, ne montre pas d'effet délétère de l'allaitement maternel chez les femmes infectées par le VIH-1 (Coutsoudis, et al., 2001a). De même, en Tanzanie, aucune relation significative n'a pu être montrée entre la pratique d'allaitement maternel et la progression de l'infection par le VIH ou la mortalité de la mère (Sedgh, et al., 2004). Ces différents résultats contradictoires doivent être considérés avec

prudence en raison des faibles effectifs d'étude et donc de la faible puissance des associations ou absence d'associations trouvées. Si ces différentes données n'ont pas justifié, selon l'OMS, la révision de politiques d'allaitement et de nutrition infantile chez les femmes infectées par le VIH (World Health Organisation and Department of Reproductive Health and Research, 2001), elles appellent à des méta-analyses des données des différents essais et études africaines sur le sujet (Dabis and Ekpini, 2002). Les dernières données de ce type disponibles à ce jour suggèrent que la mortalité parmi les femmes infectées par le VIH après l'accouchement est davantage associée à l'infection par le VIH qu'au mode de nutrition infantile (Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group, 2005).

Certains chercheurs ont tenté d'utiliser des modèles mathématiques pour guider les décideurs de santé publique dans leurs recommandations en matière de nutrition infantile (Del Fante, et al., 1993; Nagelkerke, et al., 1995). Cependant, malgré plusieurs années de recherche, la définition de pratiques de nutrition infantile appropriées et adaptées aux différents contextes et populations des pays en développement reste un réel enjeu de la recherche en matière de PTME. Comme nous verrons dans les chapitres suivants, la meilleure méthode de nutrition infantile pour les femmes infectées par le VIH est probablement individuelle, et dépend fondamentalement des réalités locales.

A.4.3. Les autres types d'interventions

Des stratégies de PTME focalisées sur les pratiques obstétricales et le statut nutritionnel de la mère ont également été évaluées depuis la fin des années 1990.

Tout d'abord, des interventions de PTME focalisées sur le mode d'accouchement ont été évaluées pour réduire le risque élevé de TME du VIH pendant le travail et l'accouchement. Les résultats d'une collaboration européenne ont montré que la césarienne programmée (avant le début du travail, préservant les membranes intactes) permettait de réduire quasiment de moitié le taux de TME du VIH, avec des taux de TME du VIH dans les groupes randomisés à la césarienne et à l'accouchement vaginal de 3,4% et 10,2%, respectivement ($p=0,009$) (European mode of delivery collaboration, 1999). Dans le contexte des pays en développement, cette pratique est néanmoins peu applicable en raison du risque élevé de complications infectieuses. La prévention de procédures invasives pendant le travail, telle que la rupture précoce des membranes, l'épisiotomie en routine et l'utilisation des forceps, autant

de risques d'exposition aux sécrétions maternelles ou au sang infecté par le VIH, est faisable et recommandée dans tous les pays, même aux ressources limitées.

La désinfection vaginale par des antiseptiques a été étudiée comme moyen simple et économique de réduire le risque de TME du VIH, en particulier en l'absence de services de conseil et de dépistage prénatal du VIH. Bien que démontrée sans risques et acceptable auprès de femmes enceintes interrogées en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso (Msellati, et al., 1999), cette stratégie n'a pas eu d'impact sur la réduction de la transmission intra-partum du VIH au Malawi (Biggar, et al., 1996) et au Kenya (Gaillard, et al., 2001a), sauf chez les femmes ayant eu une rupture prolongée des membranes (plus de quatre heures) ou ayant bénéficié de concentrations élevées de chlorhexidine. Ce type d'intervention n'en reste pas moins faisable et efficace pour la réduction de la mortalité néonatale précoce et la mortalité maternelle, tel qu'il l'a été démontré au Malawi (Taha, et al., 1997).

Par ailleurs, afin d'évaluer l'hypothèse selon laquelle l'état nutritionnel de la mère pouvait avoir un impact sur le risque de TME de VIH (*voir point A.3 ci-dessus*), plusieurs essais de supplémentation nutritionnelle et vitaminique ont été conduits en Afrique. Leurs résultats ont été peu concluants. En Tanzanie, il a été démontré que la vitamine A augmentait le risque de TME du VIH par l'allaitement maternel (RR=1,38, p=0,009) et que les multivitamines B, C et E réduisaient la mortalité à 24 mois et la TME par allaitement maternel uniquement parmi les femmes immunodéprimées et mal nourries (Fawzi, et al., 2002b). En Afrique du Sud, aucune différence dans le risque de TME du VIH n'est apparue entre le groupe de femmes randomisées à la vitamine A et le groupe placebo (20,3 vs 22,3%) (Coutsoudis, et al., 1999b).

Aucune de ces interventions de type obstétrical ou nutritionnel n'est donc à ce jour validée comme stratégie de PTME du VIH pour les pays à ressources limitées.

Enfin, l'amélioration des défenses des nouveau-nés contre l'infection par le VIH, par le biais d'une immunisation active (vaccination) ou passive (sérothérapie) ou d'une prophylaxie ARV, est également considérée en vue de réduire le risque de TME du VIH pendant l'allaitement maternel. Les résultats de tels essais cliniques ne seront pas connus avant plusieurs années (Safrit, et al., 2004).

La recherche a permis de définir un certain nombre d'outils et d'interventions de PTME efficaces (Encadré 2). Leur disponibilité et leur accessibilité varient largement en fonction de l'engagement politique et du niveau socioéconomique des régions concernées. Ainsi, si dans les pays développés le risque de TME du VIH est devenu quasi-nul, la PTME reste un enjeu de santé publique crucial dans les pays en développement. Les difficultés des systèmes de santé et les contraintes socioéconomiques des populations bénéficiaires limitent de façon considérable la couverture et l'utilisation des services de PTME d'efficacité démontrée. L'amélioration des techniques de mise en œuvre des interventions de PTME est un défi continu aux programmes de santé publique des pays aux ressources limitées.

Encadré 2– Stratégies connues ou étudiées pour la PTME

Connues

- Prévention primaire de l'infection par le VIH chez la femme
- Prévention des grossesses non-désirées
- Interruption de grossesse
- Interventions comportementales : réduction de la fréquence des rapports sexuels non protégés pendant la grossesse ; réduction du nombre de partenaires sexuels pendant la grossesse
- Interventions thérapeutiques : prophylaxie ARV, traitement des IST
- Interventions obstétricales : réduction des procédures invasives, césarienne programmée
- Modification des pratiques de nutrition infantile : absence d'allaitement maternel, allaitement maternel exclusif, suivi d'un sevrage précoce, lait exprimé et traité à la chaleur

En cours d'étude

- Interventions thérapeutiques : prophylaxie ARV en post-partum
- Vaccination du nouveau-né pour limiter le risque de TME postnatale

B. Les initiatives de santé publique autour de la nutrition infantile et du VIH

B.1. Les stratégies en faveur de l'allaitement maternel

Les stratégies de santé publique développées à l'échelle mondiale en faveur de pratiques de nutrition infantile à moindre risques ont été largement inspirées des principes de promotion de la santé (voir définition page 19). Les cinq stratégies prioritaires pour la promotion de la santé, telles que formulées dans la charte d'Ottawa (World Health Organisation, 1986) puis reprises dans la déclaration de Djakarta (World Health Organisation, 1997), sont la promotion de la responsabilité sociale en matière de santé, l'augmentation des investissements de développement de la santé, le développement de partenariats pour la promotion de la santé, l'augmentation des capacités communautaires et individuelles

(*empowerment*) et la définition d'une infrastructure adéquate à la promotion de la santé. Ainsi, en accord avec ce cadre stratégique, les initiatives de promotion de l'allaitement maternel se sont efforcées, entre autres, de développer un soutien politique et populaire, de renforcer la qualité des services de santé, et de valoriser la participation des communautés aux objectifs de santé. **Les principales activités de promotion de l'allaitement maternel ont été, et sont encore, l'*advocacy*, l'éducation pour la santé et la mobilisation communautaire.**

Sur le plan international, la promotion de l'allaitement maternel s'exprime par toute une série de textes, de réglementations, de consensus et de recommandations définissant le contexte politique et programmatique en faveur de pratiques de nutrition infantile à moindre risques. L'OMS et l'UNICEF sont les principaux organismes producteurs de recommandations de santé publique pour l'enfant, textes le plus souvent adoptés et adaptés par les ministères de santé des états membres (voir tableau 3, page 68). Ces recommandations internationales soulignent quasi-systématiquement l'importance de l'allaitement maternel comme mode de nutrition privilégié du nouveau-né. Le Code international de commercialisation des substituts au lait maternel (SLM) en 1981 (World Health Organisation, 1981), la Déclaration Innocenti en 1990 et l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) en 1991 (UNICEF, 1990) sont autant d'initiatives de promotion de l'allaitement maternel. L'ensemble de ces efforts a été synthétisé en 2002 sous la forme d'une Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée la même année (World Health Organisation, 2003b).

La dimension du risque de TME du VIH par le lait maternel est mentionnée pour la première fois en 1992, dans une publication officielle de l'ONUSIDA-OMS-UNICEF (UNAIDS, 1992). Depuis cette date, les recommandations internationales en matière de nutrition infantile sont régulièrement révisées pour tenir compte des progrès de la recherche, notamment sur le risque de TME du VIH pendant l'allaitement maternel. L'existence de ces différentes recommandations est essentielle pour les gouvernements dans la définition de politiques de santé de l'enfant adéquates. La compréhension et la mise en œuvre des recommandations de nutrition infantile, parfois trop généralistes ou trop ambitieuses, particulièrement dans le contexte du VIH/SIDA, sont cependant complexes (*voir point B.3 ci-dessous*).

B.1.1. L'Initiative des Hôpitaux « Amis des Bébé »

Au début du XX^{ème} siècle, les bouleversements économiques et sociaux de la révolution industrielle ont favorisé les pratiques d'allaitement artificiel et l'utilisation accrue de biberons et de laits maternisés, en particulier dans les pays développés. Le rôle de la recherche, démontrant dès les années 1970 (Aykroyd and Kevany, 1973) que l'absence d'allaitement maternel signifiait un risque accru de morbi-mortalité de l'enfant, a été particulièrement important pour promouvoir les pratiques d'allaitement maternel à moindres risques à l'échelle mondiale. Le besoin de promouvoir l'allaitement maternel et de protéger les mères des pratiques de commercialisation non éthiques des industries agroalimentaires laitières s'est concrétisé en 1981 avec la définition du Code international de commercialisation des SLM (World Health Organisation, 1981). L'objectif de ces recommandations (qui ne constituent pas en fait un règlement à portée juridique) était de réduire les pratiques de marketing abusives et de contribuer au développement de règles de bonne conduite pour la promotion des substituts au lait maternel. Cette campagne universelle de promotion de l'allaitement maternel a également pris la forme de groupes et lobbies internationaux, tels que la WABA (*World Alliance on Breastfeeding Action*) et l'IBFAN (*International Baby Food Action Network*). Regroupant six organisations non gouvernementales (ONG) à sa création, l'IBFAN rassemble aujourd'hui plus de 150 associations et a pour principaux objectifs de coordonner les initiatives nationales de promotion de l'allaitement maternel et de surveillance de l'application du Code SLM⁶. Si ce code a permis de réduire la distribution de laits artificiels gratuits ou abordables aux Philippines (Popkin, et al., 1990b), le respect de cette régulation représente encore un enjeu important pour de nombreux pays en développement (Aguayo, et al., 2003).

L'UNICEF a joué un grand rôle dans la promotion de l'allaitement maternel en développant, en 1992, l'IHAB. Cette initiative a été créée afin de promouvoir la mise en œuvre de la Déclaration Innocenti, et en particulier du second objectif opérationnel relatif au rôle des services de santé sur la promotion de l'allaitement maternel (UNICEF, 1990). L'outil de promotion principal de ce programme, les « dix étapes clés pour le succès de l'allaitement maternel » (Encadré 3), met l'accent sur le rôle essentiel joué par les professionnels de santé après l'accouchement et l'importance du suivi postnatal sur l'adoption de pratiques d'allaitement maternel à moindres risques.

⁶ Voir <http://www.ibfan.org>

Au cours des années 1990, **cette initiative IHAB a contribué à canaliser les ressources nécessaires pour améliorer la qualité des services de nutrition au sein des maternités et a favorisé l'amélioration des taux d'allaitement maternel exclusif dans de nombreux pays.** L'OMS a publié en 1998 une évaluation de l'IHAB, montrant son efficacité sur l'élimination de l'utilisation des biberons dans les hôpitaux et l'augmentation des pratiques d'allaitement maternel et notamment d'allaitement maternel exclusif par les mères qui accouchent dans ces structures (World Health Organisation and Division of Child Health and Development, 1998).

Encadré 3. Les dix étapes clés pour le succès de l'allaitement maternel (World Health Organisation and Division of Child Health and Development, 1998).

1. *Se doter d'une politique écrite sur l'allaitement maternel régulièrement communiquée à tous les membres du personnel soignant*
2. *Donner à tout le personnel soignant la formation nécessaire pour mettre en œuvre cette politique*
3. *Informar toutes les femmes enceintes des bienfaits et techniques de l'allaitement maternel*
4. *Aider les mères à commencer à allaiter dans l'heure qui suit la naissance*
5. *Démontrer aux mères les techniques d'allaitement et les moyens d'entretenir la lactation si elles sont séparées de leur enfant*
6. *Ne donner aux enfants nouveaux-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale*
7. *Maintenir les enfants près de leur mère 24 heures sur 24*
8. *Encourager l'allaitement maternel à la demande*
9. *Ne donner aucune sucette ou tétine aux enfants nourris au sein*
10. *Encourager la création de groupes de promotion de l'allaitement maternel et leur adresser les mères à leur sortie de l'hôpital et de la clinique*

Le conseil aux professionnels de santé et/ou aux mères en matière d'allaitement maternel ne conduit pas systématiquement à des changements significatifs de pratiques (Bradley and Meme, 1992). Ainsi, dans les années 1980 et 1990, plusieurs études ont souligné non seulement le besoin d'oeuvrer dans les hôpitaux pour promouvoir l'allaitement maternel exclusif mais aussi la nécessité d'encourager la participation communautaire. De plus, la contribution des chercheurs en sciences sociales est essentielle pour comprendre les croyances et comportements des femmes et agents de santé et pour développer des stratégies de promotion de l'allaitement maternel et de l'allaitement maternel exclusif plus appropriées (Huffman, 1984; Winikoff and Laukaran, 1989).

En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS, d'autres organisations de soutien technique et financier, et de scientifiques, certains pays mettent ainsi en œuvre des programmes de promotion active de l'allaitement maternel (World Health Organisation, 2003a). Une récente

revue systématique de la littérature et une méta-analyse de 20 essais randomisés ou quasi-randomisés conduits dans plus de 10 pays (dont sept pays en développement) a documenté l'efficacité de programmes de soutien à l'allaitement maternel sur la durée et l'exclusivité de cette pratique (Sikorski, et al., 2002). Les résultats les plus convaincants viennent d'un essai randomisé conduit en Biélorussie. Cette étude, conduite en 1996-97, a comparé l'efficacité de la stratégie nationale de promotion de l'allaitement maternel de routine à une intervention spécifique de type IHAB dans un total de 31 centres de santé. L'augmentation significative des pratiques d'allaitement maternel exclusif à trois mois (43,3% vs 6,4%, $p < 0,001$) et la réduction importante des infections gastro-intestinales (9,1% vs 13,2%) et de l'eczéma chez les nouveaux-nés ont été observés parmi le groupe ayant bénéficié de l'intervention (Kramer, et al., 2001). Des études épidémiologiques similaires dans d'autres pays, ciblant notamment les questions de réduction de coûts, pourraient justifier davantage, auprès des décideurs politiques, le soutien de l'allaitement maternel comme stratégie de santé publique pour la survie de l'enfant.

B.1.2. La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

La stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, adoptée en 2002 par l'Assemblée Mondiale de la Santé et éditée en 2003, est le dernier texte en matière de nutrition infantile publié à ce jour (World Health Organisation, 2003b). Elle résulte de la volonté de définir une approche holistique des questions de nutrition pour les enfants de moins de cinq ans. Cette stratégie a été présentée comme un moyen de renouveler et renforcer la promotion de la santé et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant et de conjuguer tous les efforts pour y parvenir. Cette stratégie reprend les grands principes de l'initiative IHAB, de la Déclaration Innocenti, du code de commercialisation des SLM. Elle souligne également la nécessité d'adopter des politiques nationales portant sur tous les aspects de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, notamment des mesures de coordination et une législation nationale pour les individus dans des situations de difficulté exceptionnelle (Encadré 4).

Encadré 4. Extraits de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant – 2003 (World Health Organisation, 2003b).

1. *Le défaut d'allaitement maternel – et notamment d'allaitement maternel exclusif – durant les six premiers mois de la vie est un facteur de risque important de morbidité et de mortalité.*

2. *Pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique.*

3. *Bien qu'il s'agisse d'un acte naturel, l'allaitement maternel suppose également des compétences déterminées. La quasi-totalité des mères peuvent allaiter leur enfant à condition de disposer d'informations exactes ainsi que d'un soutien dans le cadre familial et communautaire et de la part du système de santé.*

4. *L'alimentation complémentaire appropriée suppose que l'on dispose d'informations exactes et d'un appui de qualité au niveau de la famille, de la communauté et du système de santé. Des connaissances inadéquates concernant les aliments et pratiques d'alimentation appropriés jouent souvent un rôle plus important en matière de malnutrition que le manque de nourriture.*

5. *Si l'enfant n'est pas nourri au sein, le choix de la meilleure solution de remplacement dépend de différentes circonstances : lait exprimé de la mère, lait provenant d'une nourrice en bonne santé ou d'une banque de lait maternel ou encore un substitut du lait maternel administré dans une tasse.*

6. *Une alimentation adéquate de substitution est nécessaire dans le cas des enfants exposés au VIH. Il faut disposer d'un substitut adéquat au lait maternel, par exemple une préparation pour nourrisson faite à domicile et contenant des suppléments en micronutriments. Le lait maternel traité à la chaleur ou le lait fourni par une nourrice séronégative peuvent offrir une solution.*

7. *Les mères, les pères et les autres personnes qui s'occupent des enfants doivent avoir accès à des informations objectives, régulières et complètes sur les pratiques alimentaires appropriées.*

8. *La mère doit avoir l'appui d'une personne qualifiée pour l'aider à introduire et maintenir des pratiques d'alimentation appropriées, éviter les difficultés et les surmonter lorsqu'elles surviennent. Des agents de santé ayant les connaissances nécessaires sont bien placés pour apporter cet appui qui doit systématiquement faire partie non seulement des soins fournis d'ordinaire avant et après la naissance et lors de l'accouchement, mais aussi des services fournis à l'enfant en bonne santé et à l'enfant malade. Les réseaux au sein de la communauté offrant un appui de mère à mère et des conseillers qualifiés en matière d'allaitement intervenant dans le cadre du système de santé ou en collaboration avec celui-ci ont également un rôle important à jouer à cet égard.*

9. *Des travaux en recherche clinique et sur la population et les analyses des préoccupations comportementales devront constamment être effectués et sont indispensables pour améliorer les pratiques d'alimentation. Les aspects cruciaux sont notamment l'achèvement et l'application de la nouvelle référence de croissance internationale, la lutte contre la malnutrition par carences en micronutriments, les approches programmatiques et les interventions à base communautaire visant à améliorer l'allaitement maternel et les pratiques d'alimentation complémentaire, l'amélioration de l'état nutritionnel de la mère à l'issue de la grossesse et les interventions visant à réduire la TME du VIH dans le contexte de l'alimentation du nourrisson.*

Cette stratégie d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant propose une série de recommandations pour les systèmes de santé pour : le renforcement et l'élargissement de l'IHAB ; l'amélioration des pratiques obstétricales favorables à l'allaitement maternel ; la promotion d'une bonne nutrition pour la femme enceinte ; l'offre de conseils pour une alimentation complémentaire appropriée ; et la formation d'agents de santé pour soutenir la mère, le père et les autres membres de la famille dans l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques. Ce document définit également le type de participation de la

population générale, de l'entourage de la femme et de l'enfant, et de la communauté (voir définition page 18). Des recommandations pour le renforcement des stratégies de soutien dans la communauté ont également été formulées : le développement et la promotion de réseaux de soutien à base communautaire (groupes d'entraide entre mères, conseillers non spécialisés auxquels les hôpitaux et les centres peuvent référer les mères à la sortie de l'établissement) ; et la participation active de ces réseaux communautaires à la planification et à la fourniture de services et leur intégration dans le cadre du système de soins.

Cette stratégie rappelle ainsi le droit de chaque enfant, partout dans le monde, au niveau le plus élevé possible de santé par la protection, la promotion et le soutien de pratiques optimales en matière d'alimentation.

B.2. Les recommandations internationales de nutrition infantile et VIH

Les avancées de la recherche scientifique ont permis de définir différentes interventions de prévention de la TME postnatale du VIH, mesures adoptées immédiatement après l'accouchement, et ciblant à la fois la mère infectée par le VIH et leur nouveau-né. Il s'agit avant tout de pratiques de nutrition infantile spécifiques, et de la mise en œuvre de services de soutien et de suivi, mais aussi de l'adoption de pratiques sexuelles sans risques et de l'amélioration de l'état de santé et nutritionnel de la mère. En complément aux recommandations internationales en matière de nutrition infantile, présentées notamment dans le tableau 3, l'OMS/ONUSIDA/UNICEF ont ainsi publié une série de recommandations ciblant le cas précis de la nutrition infantile dans le contexte du VIH.

Tableau 3. Evolution des recommandations internationales en matière d'allaitement maternel (1980-2004).

Année	Auteur	Type	Titre	Principaux messages/recommandations
1981	OMS, 34ème AMS (World Health Organisation, 1981)	Rapport	Code international de commercialisation des substituts au lait maternel (SLM).	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandation et non réglementation, le code doit être ratifié par les Etats ; - Protection et encouragement à l'allaitement maternel ; - Promotion de l'utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires : information adéquate, commercialisation et distribution appropriée.
1989	OMS/UNICEF (World Health Organisation and UNICEF, 1989)	Déclaration	Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF.	<ul style="list-style-type: none"> - 10 étapes pour un allaitement maternel à moindres risques.
1990	UNICEF (UNICEF, 1990)	Déclaration	Déclaration Innocenti.	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant 4-6 mois.
1990	OMS, UNICEF (UNICEF, 1990)	Initiative	Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB).	<ul style="list-style-type: none"> - Reprise des objectifs et les buts de la Déclaration Innocenti, promotion de l'allaitement maternel dans les maternités.
1992	ONUSIDA, UNICEF, OMS (UNAIDS, 1992)	Déclaration	Déclaration de consensus à l'issue de la consultation OMS/UNICEF sur la transmission du VIH et l'allaitement maternel.	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'allaitement maternel dans toutes les populations, quels que soient les taux d'infection par le VIH ; - Risque de TME du VIH inférieur au risque de mortalité associé à l'allaitement de substitution ; - Mères séropositives vivant dans des régions où la malnutrition et les maladies infectieuses sont des causes majeures de décès sont recommandées de préserver l'allaitement maternel; sinon, allaitement maternel exclusif (durée non spécifiée).
1992	FAO, OMS (Food and Agriculture Organisation of the United Nations and World Health Organisation, 1992)	Déclaration	Déclaration mondiale et plan d'action pour la nutrition.	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel des précédentes déclarations IHAB et Code SLM ; - Recommandation de l'allaitement maternel exclusif pendant 4-6 mois ; - Appel à la révision régulière des recommandations sur l'allaitement maternel et le VIH.
1994	AMS (World Health Assembly, 1994)	Résolution	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant.	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'allaitement maternel comme la méthode de nutrition infantile la plus adéquate.
1995	OMS (World Health Organisation and Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control, 1995)	Article	Prise en charge intégrée de l'enfant malade (PCIME).	<ul style="list-style-type: none"> - Exposé des principes de l'initiative PCIME et des composantes de la formation ; - Recommandation de l'allaitement maternel exclusif pour 4-6 mois pour toutes les femmes.
1996	ONUSIDA (UNAIDS, 1996)	Déclaration	VIH et alimentation du jeune enfant: Déclaration intérimaire.	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'encourager une décision informée des mères et de les soutenir pour des pratiques à moindres risques ; - Principe général : promotion de l'allaitement maternel dans toutes les populations, quel que soit le taux d'infection par le VIH.
1998	ONUSIDA UNICEF, OMS (World Health Organisation, et al., 1998a; World Health Organisation, et al., 1998b; World Health Organisation, et al., 1998c)	Recommandation	VIH et alimentation du jeune enfant: guide pour les décideurs et professionnels de santé, revue de la TME par l'allaitement maternel.	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité de conseiller chaque femme sur les différentes options de nutrition infantile ; - Pour les femmes séropositives, il est recommandé d'éviter l'allaitement maternel si l'allaitement de substitution est acceptable, sûre, abordable, de façon durable ; sinon, allaitement maternel pendant les premiers mois de la vie.
2001	OMS, AMS (World Health Assembly, 2001)	Résolution	Nutrition du nourrisson et du jeune enfant.	<ul style="list-style-type: none"> - Allaitement maternel exclusif pour 6 mois pour les femmes séronégatives ou de statut inconnu ; absence d'allaitement maternel pour les femmes séropositives si l'alimentation de remplacement est acceptable, sûre et abordable, de façon durable, sinon, allaitement maternel exclusif pour six mois.
2001	OMS (World Health Organisation, 2001c)	Rapport	Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive.	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandation de l'allaitement maternel exclusif pour 6 mois pour une croissance, un développement et une santé optimaux.
2003	UNICEF – OMS (World Health Organisation, 2003b)	Recommandation	Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.	<ul style="list-style-type: none"> - Recommandation générale de santé publique : allaitement maternel exclusif pour les six premiers mois ; - Nécessité d'adopter des politiques nationales portant sur tous les aspects de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.
2003	OMS, UNICEF, FNUAP, ONUSIDA, BM, UNHCR, PAM, FAO, IAEA (World Health Organisation, 2003c)	Cadre de travail	VIH et nutrition infantile. Cadre de travail pour une action prioritaire.	<ul style="list-style-type: none"> - Priorité au développement/révision d'une politique nationale de nutrition infantile et VIH, à la mise en œuvre du Code SLM, à la promotion de pratiques de nutrition infantile à moindres risques pour tous les enfants, au soutien adéquat des femmes infectées par le VIH, à la recherche sur la nutrition infantile et VIH.
2003	ONUSIDA UNICEF, OMS (World Health Organisation, et al., 2003b; World Health Organisation, et al., 2003c)	Recommandations	VIH et alimentation du jeune enfant: guide pour les décideurs et professionnels de santé.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise à jour des recommandations de 1998 mais même message : absence d'allaitement maternel pour les femmes séropositives si l'alimentation de remplacement est acceptable, sûre et abordable, de façon durable, sinon, allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois de la vie ; - Synthèse des expériences programmatiques en matière de nutrition infantile et VIH.
2004	ONUSIDA UNICEF, OMS (World Health Organisation, et al., 2004)	Rapport	Revue de la TME par l'allaitement maternel.	<ul style="list-style-type: none"> - Synthèse des connaissances scientifiques en matière de nutrition infantile et VIH.

Pendant de nombreuses années, les textes et stratégies internationales en matière de nutrition infantile et VIH se sont limitées à la publication de résultats scientifiques et à des recommandations générales adressées aux différents gouvernements mais sans application concrète guidant l'offre de services de santé. La déclaration de consensus des Nations Unies en 1992 a recommandé que, dans les régions où les premières causes de mortalité étaient les maladies infectieuses et la malnutrition, l'allaitement maternel soit pratiqué même en cas d'infection par le VIH (UNAIDS, 1992), soulignant ouvertement l'existence de choix de nutrition infantile différents selon le niveau de développement sanitaire et économique des régions, et indirectement, des femmes (Latham and Preble, 2000).

En 1997, les recommandations internationales ont révélé un changement de position et un recentrage sur l'individu et les droits de chacun. L'accent a été mis sur la nécessité pour les femmes de pouvoir prendre des décisions informées en matière de nutrition infantile (UNAIDS, 1997b). Cette approche de santé publique a alors été considérée comme particulièrement innovante, le concept de choix en matière de pratiques de santé pour l'enfant s'appliquant rarement en matière de vaccination infantile par exemple.

Les premières recommandations opérationnelles pour la formation et le conseil en matière de nutrition infantile, applicables dans le contexte d'initiatives de PTME, ont été publiées en 1998 sous forme de revue des données épidémiologiques sur l'allaitement maternel et le VIH et de deux guides adressés aux professionnels de santé et responsables administratifs (World Health Organisation, et al., 1998a; World Health Organisation, et al., 1998b; World Health Organisation, et al., 1998c). Les recommandations formulées ont été reprises dans trois manuels de formation disponibles pour les acteurs de santé publique de tous les pays du monde (World Health Organisation, 2000a; World Health Organisation, 2000b; World Health Organisation, 2000c). Ces documents ont décrit l'allaitement maternel comme le meilleur mode de nutrition infantile. Il était recommandé aux femmes infectées par le VIH de choisir des alternatives à l'allaitement maternel, si les risques de morbi-mortalité infantile liés à cet allaitement de substitution étaient moindres par rapport au risque de TME du VIH. Les pratiques de nutrition infantile recommandées pour les femmes infectées par le VIH étaient, entre autres, le lait artificiel commercialisé, le lait animal modifié, les banques de lait, l'expression et la pasteurisation du lait maternel et le sevrage précoce.

Ces documents de l'OMS ont également décrit certains pré-requis à l'adoption d'un allaitement de substitution. Les alternatives à l'allaitement maternel ne sont recommandées que si elles sont acceptables, faisables, abordables, pérennes et à moindres risques. Ces conditions ont été synthétisées en 2003 et reprises dans le monde entier sous le sigle AFASS (*Acceptable, Feasible, Affordable, Sustainable and Safe*) (World Health Organisation, et al., 2003c). L'acceptabilité des pratiques de nutrition infantile concerne l'absence de barrière importante culturelle ou sociale à l'adoption d'alternatives à l'allaitement maternel, et l'absence de risque de stigmatisation ou de discrimination perçus par les mères. La *faisabilité* de la pratique choisie regroupe les conditions de temps, de connaissances, de compétences et d'autres ressources nécessaires pour préparer le lait modifié ou maternisé et nourrir l'enfant et fait également mention de l'existence du soutien nécessaire aux femmes pour résister aux pressions et normes familiales, communautaires et sociales en général. Les *coûts* de la pratique de l'allaitement artificiel (ingrédients, combustible, eau propre) doivent pouvoir être assumés sans compromettre la santé et la nutrition de la famille. Les pratiques de nutrition infantile doivent être *pérennes*, impliquant que les mères aient un accès continu et ininterrompu aux ingrédients (combustibles, eau) lui permettant de pratiquer un allaitement artificiel aussi longtemps que l'enfant le requiert. Enfin, ces pratiques ne doivent comporter *aucun risque* pour la santé de l'enfant, impliquant que le lait artificiel soit stocké et préparé de façon adéquate et hygiénique, que les enfants soient nourris avec des mains propres, et des ustensiles propres, de préférence des tasses. Ces conditions AFASS, définies pour être utilisées mondialement, sont en fait rarement satisfaites dans la majorité des pays en développement.

En 2001, après la publication des conclusions de l'étude nichée au sein de l'essai sud-africain démontrant les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif sur la réduction du risque de TME du VIH (Coutsoudis, et al., 1999a), cette pratique, déjà recommandée pour la prévention d'autres causes de morbi-mortalité infantile, a été intégrée dans les recommandations internationales de PTME (World Health Organisation, 2001b). **Au début des années 2000, les pratiques recommandées pour les femmes infectées par le VIH sont donc principalement l'adoption d'alternatives à l'allaitement maternel (lait artificiel commercialisé, lait animal modifié, expression et pasteurisation du lait maternel) répondant aux conditions AFASS, ou la conduite d'un allaitement maternel exclusif pendant les premiers mois de vie. L'interruption de l'allaitement maternel est recommandé le plus tôt possible pour réduire le risque de TME, tout en tenant compte**

des circonstances locales, de la situation individuelle des femmes et des risques liés à l'allaitement de substitution, à savoir les infections autres que le VIH et la malnutrition (World Health Organisation, 2001c).

Ces recommandations de 2001 insistent également sur l'importance de la disponibilité de services de soutien et de suivi devant accompagner les mères dans leurs décisions et pratiques de nutrition infantile : services médicaux pour la préservation de la santé de la mère et de l'enfant (traitement rapide des lésions infectieuses des seins et de la bouche de l'enfant, renforcement du statut nutritionnel), services de planning familial et de conseil en nutrition infantile. **L'information et l'éducation des communautés et familles sur les risques de TME postnatale et les différentes options de nutrition infantile, ainsi que la formation et supervision d'un personnel adéquat pour le conseil en nutrition infantile sont les deux principales stratégies programmatiques suggérées pour faciliter l'adoption, par toutes les femmes quel que soit leur statut sérologique, de pratiques de nutrition infantile à moindres risques.** Ces recommandations marquent un rétablissement de la place du professionnel de santé dans les questions de nutrition infantile.

En 2003, neuf agences des Nations Unies ont défini un cadre stratégique de hiérarchisation des actions prioritaires en matière de VIH et nutrition infantile. Dans ce texte sont prônés le développement ou la révision de politiques nationales de nutrition infantile et VIH, la mise en oeuvre du Code SLM, la promotion de pratiques de nutrition infantile à moindres risques auprès de toutes les femmes, la disponibilité de services de soutien adéquat pour les femmes infectées par VIH, et le renforcement de la recherche en matière de nutrition infantile et VIH (World Health Organisation, 2003c). Cette initiative s'est accompagnée de la mise à jour des connaissances scientifiques et expériences programmatiques en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH (World Health Organisation, et al., 2004), et de la révision des recommandations opérationnelles adressées aux décideurs et praticiens de santé publique (World Health Organisation, et al., 2003b; World Health Organisation, et al., 2003c). Comme le précise l'introduction du manuel pratique pour les décideurs de santé publique, ces textes reprennent les recommandations de 1998 en incorporant les nouvelles expériences programmatiques et avancées scientifiques, tout en s'efforçant de définir plus précisément les circonstances et stratégies adéquates d'utilisation de laits artificiels. Malheureusement, la volonté de produire des recommandations qui soient adaptées et utilisées par le plus grand

nombre de pays possible, réduit d'autant la spécificité et le caractère pratique des messages devant être relayés par les professionnels de santé aux femmes et communautés concernées.

Le risque de TME du VIH pendant l'allaitement maternel a été démontré depuis le début des années 1980 par les épidémiologistes. Mais ce risque n'a été pris en compte que tardivement dans les différents messages de santé publique sur les modes de transmission et de prévention du VIH et dans les recommandations de nutrition infantile, au nom des efforts importants consentis à l'échelle mondiale pour la promotion de l'allaitement maternel (Vidal, 2001). **Depuis deux décennies, le contexte international de promotion de pratiques de nutrition infantile à moindres risques a largement évolué en réponse aux démonstrations scientifiques, épidémiologiques et programmatiques de l'efficacité et de l'impact des pratiques recommandées. Mais en réalité, les recommandations politiques et opérationnelles en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH sont encore trop peu concrètes.**

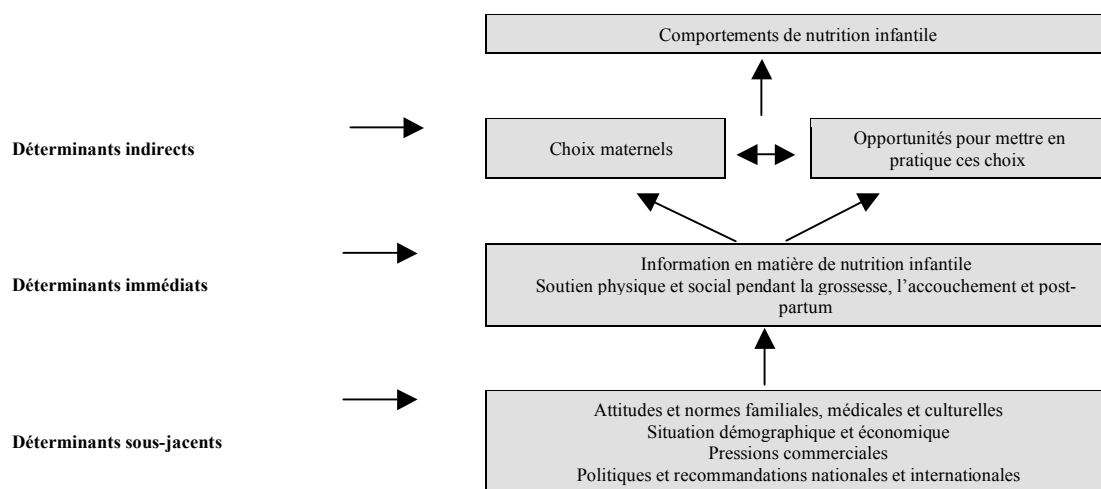
Aujourd'hui, le consensus international n'est pas encore tout à fait atteint et les débats entre les défenseurs de l'allaitement maternel et les promoteurs de l'allaitement artificiel ne sont pas clos. Le point principal qui fasse cependant l'unanimité est la nécessité pour les femmes et les familles de bénéficier d'une éducation et d'un soutien appropriés à la conduite d'une alimentation infantile sans risques médicaux ni sociaux. En outre, l'évolution différentielle des données scientifiques et des discours de santé publique a encouragé une excessive simplification des messages de nutrition infantile, au prix d'une confusion dans les politiques de prévention du SIDA et les interventions opérationnelles au bénéfice des populations (Fassin and Dozon, 2001). Nous détaillerons davantage ces questions dans les chapitre trois et quatre en présentant le cas concret du Zimbabwe.

B.3. Le contexte socioculturel d'intégration des initiatives de nutrition infantile

Si la mère est l'exécutrice de la nutrition infantile, de nombreux paramètres extérieurs influencent l'adoption et le maintien de pratiques spécifiques, en particulier dans le contexte du VIH. Plusieurs types de facteurs déterminent les comportements en matière de nutrition infantile (Figure 3). Il existe tout d'abord des facteurs *prédisposants* à l'adoption de pratiques de nutrition infantile, tels que le niveau de connaissance, les croyances, les attitudes de la mère qui peuvent influencer sur son désir d'adopter une nouvelle pratique de nutrition

infantile (déterminants indirects). Certains comportements, tels que l’allaitement maternel exclusif, peuvent lui paraître d’importance moindre par rapport à d’autres préoccupations. Des facteurs physiques peuvent également influencer la capacité des femmes à adopter les pratiques de nutrition infantile choisies. Certains facteurs *favorisants* (déterminants immédiats) ensuite, comme les particularités de l’environnement des mères, peuvent déterminer leur capacité à adopter un nouveau comportement. Il s’agit par exemple de la disponibilité en lait artificiel, des ressources financières suffisantes pour acheter du lait artificiel, ou des conditions logistiques de préparation d’alternatives à l’allaitement maternel. Enfin, certaines influences, moins immédiates et personnelles, telles que les attitudes culturelles ou les politiques nationales peuvent freiner ou encourager l’adoption d’un nouveau comportement tel que l’absence d’allaitement maternel (déterminants sous-jacents). Ces facteurs *renforçants* sont également la perspective de conséquences positives ou négatives sur l’entourage (père, famille, communauté) après l’adoption de certaines pratiques de nutrition infantile (Green and McAlister, 1984).

Figure 3. Déterminants des comportements en matière d’allaitement maternel.



Adapté de (Lutter, 2000).

L’ensemble de ces influences sur les pratiques de nutrition infantile sont donc d’ordre psychologique, culturel, social, économique et matériel, mais aussi relatifs aux choix politiques d’un gouvernement en matière de nutrition infantile, de stratégies de promotion locale de la nutrition infantile et de l’état du système de soin. Ces facteurs peuvent en réalité être regroupés en trois domaines hiérarchisés : 1) les perceptions et les

pratiques des femmes concernant les modalités d'alimentation de l'enfant, 2) les facteurs sociaux et culturels qui déterminent les attitudes et les pratiques des femmes, et 3) les facteurs relatifs au système de soin susceptibles d'influencer les femmes en faveur de la prévention.

La pratique d'un mode de nutrition infantile spécifique dépend tout d'abord des perceptions que les femmes ont des bénéfices de certains types d'allaitement, des alternatives à l'allaitement maternel, et plus récemment du risque de TME du VIH. **Mais l'allaitement d'un nourrisson est aussi un acte social qui dépasse la sphère privée et intime de la relation mère-enfant.** Il implique l'intervention du père, des grand-mères, de l'entourage et des professionnels de santé et devient ainsi une affaire collective, gérée dans la famille et par l'Etat. **En raison des influences et opinions de ce réseau d'acteurs sociaux, la démarche des femmes et l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques telles que recommandées par les agences internationales et le système de santé peut devenir complexe.**

Chaque culture a sa propre définition de ce qu'est un « bon allaitement », acceptable et bénéfique pour l'enfant (Desclaux and Taverne, 2000). Ces critères d'acceptabilité sont dépendants du contexte économique et matériel des communautés et de la faisabilité des alternatives à l'allaitement maternel (coûts en temps, énergie, « coût psychologique »). De la même manière, la prégnance de croyances et de traditions socioculturelles, préservées par les personnes âgées, hommes ou femmes, et par les pères des enfants (Semega-Janneh, et al., 2001), influence le processus de décision des femmes en matière de santé en général et de nutrition infantile en particulier (Forman, 1984). En Tanzanie, il a été montré que la plupart des femmes pratiquaient un allaitement mixte en raison de la pression de leur belle-mère et des croyances ancrées dans la société telles que celle de la nécessité de donner de l'eau aux nouveaux-nés (de Paoli, et al., 2002). Ne pas adopter les pratiques d'allaitement recommandées dans la communauté peut être stigmatisant pour la femme. L'influence du contexte social en matière de nutrition infantile n'est cependant pas que contraignante et s'exprime aussi en termes de soutien émotionnel, informationnel et instrumental (Raj and Plichta, 1998). L'entourage et le réseau familial et social peuvent offrir aux mères des encouragements et des informations pertinentes, et leur proposer des stratégies et compétences pratiques pour dépasser certaines contraintes socioéconomiques, culturelles ou biomédicales à l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques. Le rôle de ce réseau social semble d'autant plus important que ses membres ont une proximité

géographique avec les femmes (Bryant, 1982). Les femmes sont donc confrontées à la nécessité d'estimer l'acceptabilité familiale et sociale des pratiques de nutrition infantile, que cette acceptabilité soit perçue ou réelle (Freed, et al., 1993).

Au sein de ces réseaux sociaux, l'autonomie des femmes à adopter les pratiques de nutrition infantile de leur choix est déterminée par le type de partenariat avec le père de l'enfant, par leur indépendance économique au sein de leur famille, ainsi que par le type de rapports sociaux de genre, souvent inégaux dans les sociétés africaines. Pour une femme infectée par le VIH, le choix en matière d'alimentation de l'enfant implique souvent le partage de son statut sérologique avec son partenaire et son entourage. Or, étant souvent la première personne de la famille à connaître son statut sérologique grâce au dépistage prénatal, la femme peut craindre des attitudes discriminatoires envers elle, comme envers toute personne vivant avec le VIH. **Dans un tel contexte, réduire le risque de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement revient, pour les femmes, à choisir entre un risque biologique pour l'enfant et un risque social pour elle-même également.**

De la même manière, la capacité des femmes à se positionner par rapport à l'autorité médicale peut influencer leur compréhension, leur acceptation ou leur refus des recommandations ou des injonctions en matière de nutrition infantile. Ce phénomène est d'autant plus exacerbé dans le contexte de recommandations de nutrition infantile changeantes telles qu'au cours des dernières années. Les messages délivrés par les professionnels de santé dans le cadre des programmes de promotion de l'allaitement maternel sont favorables à l'allaitement prolongé. L'introduction des interventions de PTME postnatale du VIH a fait apparaître de nouveaux messages de nutrition infantile. Ainsi, le degré d'influence de ces recommandations internationales et nationales en matière de PTME sur les pratiques de nutrition infantile dépend en partie des relations de chaque femme avec le système de soins et plus particulièrement avec les professionnels de santé chargés de la PTME.

Par ailleurs, les femmes infectées par le VIH parviennent rarement à appliquer dès la naissance de l'enfant les pratiques d'allaitement choisies lors du conseil du VIH ou du conseil en matière de nutrition infantile. **Les modalités d'alimentation ne sont en effet pas décidées une fois pour toutes, mais font l'objet de négociations par les femmes avec leur entourage, et de stratégies complexes pour défendre et maintenir leur décision.** Ceci implique que les attitudes et les pratiques doivent être examinées en tant que processus et non

de manière ponctuelle. Comme nous le verrons dans la partie 3.3, la disponibilité de services et réseaux de suivi et de soutien en matière de nutrition infantile (groupes de soutien, associations de femmes) peut avoir un impact important sur les perceptions et les pratiques d'allaitement des femmes dans des situations de changement et d'éloignement des normes pré-établies.

Une nutrition infantile appropriée et un allaitement maternel adéquats sont deux stratégies fondamentales de santé publique pour réduire la morbidité et la mortalité de l'enfant. Depuis des décennies, l'importance de pratiques de nutrition infantile à moindres risques est soulignée dans toutes les grandes initiatives mondiales pour la survie de l'enfant et promue comme telle au sein de tous les systèmes de santé du monde. Par ailleurs, depuis vingt ans, les acquis de la recherche en matière de santé et nutrition de l'enfant sont remis en cause par l'ampleur de l'épidémie du VIH/SIDA, en particulier dans les pays en développement. La complexité de mettre en œuvre des stratégies efficaces et pérennes de nutrition infantile est confrontée à de nouvelles découvertes liées à la TME du VIH par l'allaitement maternel. Si les recommandations de nutrition infantile sont encore peu consensuelles, les interventions de PTME péri-partum sont largement standardisées par les institutions internationales de santé et de développement. Nous verrons par la suite que l'acceptabilité et l'efficacité de ces modèles et stratégies de PTME sont éminemment contextuelles. L'adoption de stratégies de PTME par les mères, que ce soit l'utilisation des services de PTME péri-partum ou la modification des pratiques d'allaitement pour une prévention de la TME post-partum, illustre la complexité du recours aux soins et des changements de comportement de santé. Elle révèle les enjeux d'une intervention intégrée dans les services de maternité mais participant aussi d'une démarche et d'un processus d'acceptation individuelle et communautaire de l'épidémie de VIH/SIDA.

1.1.2. Composantes d'un paquet de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Les premières recommandations internationales en matière de PTME, capitalisant sur les résultats de la recherche, ont été formulées à la fin des années 1990 (Tableau 4). Ces textes résument les progrès de la recherche et proposent différentes stratégies opérationnelles de mise en œuvre du paquet de services de PTME.

Tableau 4. Principaux textes de recommandations internationales en matière de PTME (1999-2004).

Année	Auteur	Type	Titre
1999	ONUSIDA (UNAIDS, 1999b)	Recommandation	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH – options stratégiques.
2001	ONUSIDA/UNICEF/FNUAP/OMS (World Health Organisation and Technical Consultation on behalf on the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV, 2001)	Recommandation	Nouvelles données concernant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et leurs implications politiques. Conclusions et recommandations.
2001	OMS (World Health Organisation, 2001e)	Déclaration	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Choix et utilisation de la névirapine. Notes techniques.
2001	OMS (World Health Organisation, 2001d)	Rapport	Prevention of mother to child transmission of HIV. Use of nevirapine among women of unknown status. Report of a technical consultation.
2002	OMS (World Health Organisation, 2002)	Rapport	La prévention de l'infection au VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants. Données disponibles et activités de l'OMS.
2002	OMS (World Health Organisation, 2003f)	Rapport	Approches stratégiques de la prévention de l'infection à VIH chez l'enfant. Rapport d'une réunion de l'OMS, Morges (Suisse), 20-22 mars 2002.
2003	OMS (World Health Organisation, 2003d)	Déclaration	Nevirapine for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. WHO reconfirms its support for the use of nevirapine to prevent mother-to-child transmission of HIV. July 2003.
2004	OMS (World Health Organisation, 2004b)	Déclaration	Antiretroviral drugs for testing pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings.

Les deux principales stratégies de PTME du VIH aujourd'hui reconnues internationalement sont la prophylaxie courte par les ARV et les alternatives à l'allaitement maternel. L'adoption de ces stratégies préventives est largement facilitée, voire conditionnée, par une troisième composante, celle du conseil et dépistage volontaires du VIH, afin de déterminer le statut sérologique des femmes enceintes et de leur proposer les services de prévention et prise en charge adéquats. Ces trois approches sont envisagées en complémentarité à toute une série d'autres interventions pour former un paquet de services de PTME (Encadré 5). Les services de PTME sont offerts en routine dans les pays développés depuis le début des années 1990 et

ont été introduits plus tardivement dans les pays aux ressources limitées, en accord avec leurs différentes politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA.

Encadré 5 – Paquet minimum de services de PTME applicable aux pays en développement

- Sensibilisation et mobilisation communautaire
- Conseil et dépistage du VIH offerts aux femmes en consultation prénatale (et au père)
- Prophylaxie ARV (pour la mère et/ou l'enfant) pendant la grossesse et/ou pendant l'accouchement
- Pratiques obstétricales non invasives (rupture artificielle des membranes retardée, réduction du nombre d'épisiotomies de routine)
- Conseil aux mères en termes de nutrition infantile
- Conseil aux mères sur l'utilisation de préservatifs pendant l'allaitement maternel
- Conseil de planning familial
- Prise en charge médicale de base pour les mères symptomatiques et les nouveaux-nés exposés au VIH par la prophylaxie des maladies opportunistes
- Traitement ARV des mères infectées par le VIH et leur famille

A. Les initiatives opérationnelles de PTME au niveau international et national

Les premières initiatives opérationnelles de PTME ont été ponctuelles, conduites dans la continuité de projets de recherche clinique souvent, ou envisagées comme initiatives pilotes avant de développer un programme à échelle nationale. Ainsi, dans des pays où les interventions de PTME étaient accessibles dans des sites de recherche clinique comme en Côte d'Ivoire (Dabis, et al., 1999; Wiktor, et al., 1999) des études de recherche opérationnelle ont facilité leur mise en œuvre en routine et démontré leur efficacité au sein de structures de santé communautaires (Msellati, et al., 2001). La Thaïlande a immédiatement mis en application les résultats de la recherche conduite localement (Shaffer, et al., 1999a) au sein du programme national de lutte contre le VIH/SIDA et procédé rapidement à la mise en œuvre à l'échelle de tout le pays des services de PTME (Amornwichet, et al., 2002; Kanshana and Simonds, 2002).

Les interventions de PTME sont très médiatisées. Ainsi depuis une dizaine d'années, **les services de PTME ont bénéficié d'un important soutien financier et technique de bailleurs de fonds internationaux ou bilatéraux, d'opérateurs techniques tels que des universités ou fondations européennes ou américaines, ce qui a permis la multiplication des sites pilotes dans de nombreux pays en développement, principalement en Afrique.** Ainsi, grâce à l'initiative de la fondation Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation

(EPGAF)⁷, plus de 400 000 femmes en consultation prénatale ont pu bénéficier de services de PTME entre 1999 et 2003 (Wilfert, 2004). L'UNICEF a également soutenu la mise en œuvre de projets pilotes en Afrique et en Asie dès 1999 (UNICEF, 1999). Plus récemment, à la fin 2001, a été créé le Fonds Global de Lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose⁸. Ce fonds a pour objectif de mobiliser des financements et de les redistribuer aux régions les plus touchées, en encourageant le partenariat entre gouvernements, la société civile, le secteur privé et les communautés concernées. Nous pouvons citer également l'initiative présidentielle du gouvernement américain qui depuis 2002 intervient dans 15 pays d'Afrique (le Zimbabwe n'a pas été ciblé par cette initiative), de la Caraïbe et d'Asie pour la lutte contre le VIH/SIDA et notamment la PTME⁹.

Des études décrivant l'introduction de services de PTME dans les pays en développement sont régulièrement publiées depuis 2000. Nous décrivons ci-dessous les principales stratégies et services de PTME, et évoquons certaines des difficultés rencontrées et des solutions envisagées dans différents contextes opérationnels au sein des pays aux ressources limitées. Notre propos se focalise ici davantage sur les interventions techniques et les contraintes socioculturelles à l'utilisation de ces services que sur les modalités de soutien et d'engagement politique et financier en faveur de la PTME. De plus, le cas spécifique des activités de prévention de la TME postnatale sera évoqué dans le point suivant (*voir point B*).

A.1. La mobilisation communautaire

La mise en œuvre de nouvelles interventions de PTME soulève inévitablement de nombreux questionnements médicaux et sociaux au sein des populations concernées (Baggaley and van Praag, 2000) et ces réactions sont des données essentielles à prévoir et à évaluer pour faciliter la compréhension et l'acceptation de ces nouveaux services de santé. Les risques de stigmatisation et les peurs associées au dépistage du VIH et à la découverte d'un statut sérologique positif, la culture de non-participation des hommes aux services de santé prénatale, les normes sociales sur l'allaitement maternel, l'influence des familles et pères sur les décisions de santé, ou les attitudes des professionnels de santé, sont autant de facteurs favorisant la vulnérabilité des femmes bénéficiant d'interventions de PTME et réduisant l'acceptabilité de ces services (Painter, et al., 2004). Il est donc impératif de

⁷ Voir <http://www.pedaids.org>

⁸ Voir <http://www.theglobalfund.org/fr>

⁹ Voir http://www.usaid.gov/about_usaid/presidential_initiative/motherchild.html [Accessed 15/06/2005]

comprendre ces normes sociales et créer un environnement prédisposant aux changements de comportements.

La mobilisation communautaire en matière de santé publique est une stratégie de promotion de la santé permettant de **créer un contexte favorable à l'acceptabilité et l'utilisation d'un service de santé au sein d'une communauté donnée** (World Health Organisation, 2001e). En matière de PTME, comme de toute intervention de prévention du VIH/SIDA, il s'agit d'une phase essentielle d'information, de discussion, de rectification des idées préconçues ou erronées sur les facteurs de risque du VIH ou les moyens médicaux et comportementaux de prévenir les nouvelles infections. La mobilisation communautaire constitue une étape fondamentale mais complexe de la mise en œuvre des services de PTME. Ainsi, si certaines recommandations théoriques sont diffusées, les stratégies opérationnelles, efficaces, de mobilisation et de sensibilisation des populations sont peu discutées, évaluées, et aucune expérience concrète en matière de PTME n'a été publiée à ce jour.

La mobilisation communautaire comporte schématiquement trois phases qui sont le diagnostic de base des niveaux de connaissance de la population et l'évaluation du contexte socioculturel local ; l'information et l'éducation des populations et la responsabilisation des acteurs influents de la communauté; et enfin l'évaluation de l'impact de ces activités et la révision des messages si nécessaire. Les activités de communication et d'éducation sont organisées au sein des centres de santé pour mobiliser le personnel de santé en première ligne des activités de PTME, mais aussi hors des murs des cliniques par le biais de campagnes communautaires. Les outils de mobilisation sont autant oraux qu'écrits, comprenant des discours et des réunions au sein des villages ainsi que la distribution de matériels d'IEC et l'affichage de posters. La définition de stratégies de communication adaptées est en effet une des étapes les plus importantes de la mobilisation communautaire.

Parmi les autres principes essentiels de mobilisation communautaire, il est important d'évoquer l'introduction d'interventions visant à réduire la stigmatisation et à favoriser les changements de comportements ou le développement d'initiatives de soutien social pour les femmes. La mobilisation communautaire en matière de PTME vise à intégrer les questions de VIH/SIDA au sein d'un contexte plus large de santé et bien-être des populations : les populations seraient d'autant plus favorables à comprendre et utiliser des services de PTME qu'elles seraient encouragées à améliorer leur quotidien, par des initiatives génératrices de

revenus telles que le développement de coopératives ou de jardins potagers par exemple (Rutenberg, et al., 2001). La participation des communautés et populations bénéficiaires au développement et à la mise en œuvre des interventions de PTME apparaît ainsi à la fois comme un outil et une finalité de la mobilisation communautaire et de l'amélioration de l'acceptabilité de ces services. L'OMS définit ce concept de participation communautaire comme 1) une contribution volontaire des membres de la communauté aux initiatives de santé (planification et mise en œuvre) ; 2) une organisation, par laquelle les membres de la communauté sont regroupés au sein d'organismes alliés des structures de santé en contribuant à la fourniture de certains services ou 3) une habilitation, par le développement de compétences dans la communauté, c'est-à-dire de sa capacité de s'approprier les enjeux et le pouvoir pour agir sur la problématique en cause (*empowerment*) (World Health Organisation, 1991). Cette approche semble idéale pour favoriser la mise en œuvre de stratégies de PTME adaptées au contexte local, socio-culturellement appropriées et susceptibles d'être pérennisées par l'implication active des populations concernées. Malheureusement, les conditions opérationnelles de mise en œuvre d'initiatives de prévention du VIH/SIDA, notamment les contraintes techniques, financières, et de temps, ne permettent que trop rarement des activités de participation communautaire ou de recherche participative.

Par ailleurs, l'évaluation post-intervention de l'impact de ces campagnes de mobilisation communautaire en matière de PTME devrait être essentielle. En estimant l'évolution des connaissances de la population par des enquêtes CAP, en documentant les changements socioculturels au sein des communautés ciblées par le biais de groupes de discussion – par exemple le degré de participation des hommes aux activités de PTME ou le soutien offert aux femmes pour la mise en œuvre de stratégies de PTME postnatal adéquates, il est ensuite possible, si nécessaire, de réviser les outils d'IEC ou de renforcer les initiatives de promotion de la PTME. Une communauté démobilisée est incapable de répondre aux efforts investis par les systèmes de santé dans la mise en œuvre des interventions de PTME. Si de nombreux rapports de littérature grise présentent et discutent des stratégies de mobilisation communautaire en matière de VIH/SIDA, à notre connaissance **aucune étude scientifique n'a évalué l'efficacité et l'impact des interventions de mobilisation communautaire en matière de PTME.**

A.2. Le conseil et le dépistage prénatal du VIH

Le conseil et le dépistage prénatal du VIH sont des interventions de santé publique, de promotion de la santé, qui ont été développées dès les années 1980 (UNAIDS, 1997a). **L'objectif du conseil et du dépistage du VIH est d'informer les individus des questions relatives au VIH/SIDA et à la connaissance de leur statut sérologique, d'établir un dialogue afin d'évaluer les situations individuelles, et de déterminer les sources de soutien et les besoins des patients** (Desclaux and Raynaut, 1997). Les services de conseil et dépistage du VIH peuvent être proposés dans des centres anonymes de type « New Start Centre » (une initiative de PSI [*Population Services International*] et de l'USAID), ou de façon intégrée, au sein des services de santé. Ils s'adressent à la population générale, et représentent la porte d'entrée incontournable à l'acceptabilité et l'utilisation des autres services de la cascade de PTME (Encadré 6).

Les stratégies de conseil et dépistage du VIH pour la PTME sont multiples et varient, entre autres, en fonction du contexte géographique et de santé publique des régions concernées, en fonction du cadre rural ou urbain, de la capacité en ressources humaines, du niveau de formation du personnel et de l'infrastructure disponible. Le personnel dispensant les services de conseil aux femmes enceintes peut être des conseillers professionnels, des sages-femmes et infirmières formées à cet effet, conseillers de santé primaire tels qu'au Zimbabwe, ou encore dans certains pays des conseillers non-professionnels. Le conseil pré-test, pour proposer et discuter du dépistage du VIH, peut être dispensé en groupe, lors des séances d'éducation prénatale, ou en session individuelle ; le conseil post-test, pour gérer les résultats du dépistage, est quant à lui impérativement individuel et confidentiel (Cartoux, et al., 1999).

Encadré 6 – Etat des lieux : conseil et dépistage du VIH pour la PTME

- Porte d'entrée aux interventions de PTME
- Stratégies de conseil et dépistage dépendantes du contexte local en termes de ressources humaines : nombre d'infirmières formées, disponibilité de conseillers professionnels, autres grades compétents au conseil et dépistage, collaboration avec des centres de conseil et dépistage pour la population générale, utilisation de personnel volontaire non professionnel
- Confidentialité, temps et qualité de conseil essentiels à l'acceptabilité du dépistage
- Conseil de couple recommandé pour favoriser le partage des résultats et améliorer l'acceptabilité à chaque étape de l'intervention
- Influence de la disponibilité de tests rapides sur le retour au conseil post-test
- Stratégies de suivi de la qualité du dépistage essentielles
- Mobilisation de la communauté, participation des hommes, réduction des préjugés et des attitudes négatives auprès du personnel de santé pour réduire les risques de stigmatisation liés à l'annonce d'un statut sérologique positif

Les méthodes de monitoring de l'acceptabilité du conseil pré-test en consultation prénatale ne sont pas encore standardisées. Les dénominateurs utilisés pour les calculs de leur performance sont tantôt l'ensemble des femmes vues en consultation prénatale sur une période donnée, tantôt plus spécifiquement les femmes venues en première visite prénatale. Le plus souvent en fait, aucune indication de la proportion de femmes en consultation prénatale ayant accepté le conseil pré-test n'est donnée (Stringer, et al., 2003a) (*voir tableau 5 page 91*). Parmi les études publiées documentant l'acceptabilité du dépistage du VIH, les indicateurs peuvent varier de 72% en Zambie (Stringer, et al., 2003a), à 90% en Côte d'Ivoire (Cartoux, et al., 1999; Ekouevi, et al., 2004).

La plupart des études opérationnelles évoquent aussi le fait que l'acceptabilité du conseil VIH et du dépistage proposé aux femmes en consultation prénatale dépend en grande partie de facteurs socioculturels. La tradition de vouloir/devoir consulter son conjoint avant d'accepter ces services et l'impact de la décision du partenaire sur l'acceptation ou non du conseil VIH est largement répandue (Kowalczyk, et al., 2002; Perez, et al., 2004a). Il a été démontré récemment au Kenya que les stratégies de conseil de couple pouvaient augmenter significativement l'acceptabilité de chaque étape de l'intervention de PTME (Farquhar, et al., 2004).

Le retour au conseil post-test est souvent l'étape la moins suivie de l'intervention de PTME. Les expériences d'initiatives opérationnelles de PTME présentées au tableau 5 (*voir page 91*) indiquent une utilisation des services de conseil post-test variant de 15 à 75% des femmes testées. La perspective des conséquences psychosociales du résultat sérologique ou des difficultés d'accès à la prise en charge médicale des femmes infectées par le VIH influence l'acceptabilité à long terme des services de PTME. La peur de connaître son statut sérologique, (ou le droit de ne pas connaître son statut) (Temmerman, et al., 1995) et le contexte de discrimination (perçue ou réelle) envers les femmes infectées par le VIH (Etiebet, et al., 2004) soulignent l'importance de la promotion du conseil et du dépistage du VIH auprès des hommes et autres membres influents des familles et des communautés (Bassett, 2002).

La qualité des sessions de conseil du VIH, notamment le type d'échange et de dialogue entre la femme et le conseiller, le respect de la confiance et de la confidentialité, est essentielle. Elle

permet de faciliter l'acceptabilité des informations données et des services proposés, et d'améliorer l'impact des décisions prises par les femmes en termes de partage des résultats du dépistage, de comportements sexuels ou de pratiques de nutrition infantile. Cette qualité est rarement évaluée au sein des initiatives de PTME, que ce soit les attitudes et compétences des conseillers ou l'adéquation des messages diffusés avec les attentes et possibilités des femmes. Au-delà des manuels et formations théoriques, **peu de données sont disponibles sur les informations et les recommandations discutées lors du conseil pré- ou post-test, et il est par-là même impossible d'évaluer l'impact direct de ces services sur les comportements, perceptions et attitudes des patientes.** Il a été suggéré qu'en Afrique sub-Saharienne, en raison de niveaux d'éducation de la population souvent faibles, ces sessions de conseil étaient davantage orientées vers l'information que le soutien psychologique et l'évaluation réelle des situations personnelles (Kaaya and Fawzi, 1999).

Le dépistage du VIH permet de déterminer le statut sérologique des femmes afin de leur proposer toute une série d'interventions de prévention primaire ou de PTME en faveur de la survie de la mère et de l'enfant. Les premières stratégies de dépistage du VIH ont été basées sur l'utilisation de tests anti-corps ELISA. Ce type de tests doit être effectué en laboratoire par du personnel qualifié, et nécessite également un délai d'analyse, soit autant de conditions que la plupart des régions rurales et/ou pauvres du monde ne remplissent pas. L'utilisation de tests rapides (Nogueira, et al., 2001), largement répandue aujourd'hui, permet l'annonce des résultats le jour même du dépistage. En réduisant le temps d'attente ou l'effort de transport pour revenir au centre de santé, cette stratégie permet d'augmenter le nombre de femmes bénéficiant de conseil post-test. Au Kenya, les femmes enceintes ayant bénéficié de dépistage rapide étaient nettement plus à même de recevoir leurs résultats que les femmes ayant été testées par tests ELISA (96% vs 73%, $p < 0,001$) (Malonza, et al., 2003).

Dans la plupart des pays, le dépistage prénatal du VIH est proposé aux femmes enceintes en plus des autres services de santé prénatale, et les femmes peuvent décider d'accepter cette intervention ou non (stratégie « *opt-in* »). Dans ce premier cas, un conseil individuel est souvent délivré aux femmes. Le dépistage du VIH peut également être considéré comme partie intégrante du paquet de services anténatals, bien que non obligatoire pour les femmes qui peuvent décliner ce service (stratégie « *opt-out* »). Cette deuxième option, le dépistage de routine, s'accompagne souvent d'un conseil pré-test de groupe puis d'un conseil post-test individuel approfondi. Elle est souvent associée à la reconnaissance du VIH comme urgence

de santé publique (De Cock, et al., 2003) et est envisagée comme moyen d'alléger le poids de la décision du dépistage parmi les femmes. Elle requiert néanmoins d'être accompagnée d'initiatives de prévention des conséquences négatives, psychologiques et sociales, liées à la découverte d'un statut sérologique positif (Csete, et al., 2004). Le choix programmatique entre stratégies « *opt-in* » ou « *opt-out* » dépend des politiques locales.

Ciblant les centres de santé de référence qui ne voient pas les femmes en consultation prénatale, le dépistage en salle de travail a été évalué notamment au Cambodge et Brésil (Nogueira, et al., 2001; Saman, et al., 2002). Bien que les circonstances opérationnelles de cette intervention soient sub-optimales – les souffrances des femmes en travail sont peu favorables à la prise d'une décision importante – le dépistage en salle de travail peut être considéré comme un « filet de sécurité » permettant d'améliorer encore davantage la couverture et la disponibilité des interventions de PTME. La priorité reste néanmoins au renforcement des capacités de dépistage prénatal du VIH, afin de permettre aux femmes l'accès aux services de prévention et de soins appropriés à leur statut sérologique.

Le partage des résultats du dépistage VIH est une stratégie essentielle de prévention telle que recommandée par l'ONUSIDA (UNAIDS, 1997a). Dans le cadre du dépistage prénatal, le partage des résultats est essentiel pour réduire l'anxiété chez les femmes et favoriser le soutien familial et social (Mathews, et al., 1999). Il permet également au couple une responsabilisation mutuelle pour la santé de leur enfant, qui limite les risques de stigmatisation et de conséquences négatives pour les femmes. Au sein d'un essai de PTME au Kenya, plus de 70% des femmes ayant informé leur partenaire de leur statut sérologique ont bénéficié de sa compréhension et de son soutien (Gaillard, et al., 2002). Cette même étude montre néanmoins que seuls 30% des femmes testées séropositives, vivant une relation stable avec leur partenaire, ont partagé leur résultats sérologique avec leur partenaire. Des résultats similaires ont été observés en Tanzanie où 78% des femmes participant à un essai clinique de PTME n'avaient pas partagé leurs résultats sérologique avec leur partenaire 18 mois après le test (Kilewo, et al., 2001). Les femmes les plus à même de partager les résultats du dépistage avec leur conjoint connaissaient des personnes infectées par le VIH et avaient eu un nombre limité de partenaires sexuels, soit autant d'indicateurs de sensibilisation et de mise en pratique de connaissances en matière de prévention du VIH (Antelman, et al., 2001). La plupart des expériences de PTME publiées n'ont pas documenté de conséquences négatives chez les femmes ayant partagé leur résultat sérologique. Elles soulignent néanmoins que les faibles

taux de partage sont liés à la peur de ces conséquences négatives, que ce soit la fin de l'aide économique, le blâme, l'abandon, des violences physiques et émotionnelles ou la discrimination (Medley, et al., 2004). Ces peurs, plus ou moins fondées, reflètent une construction sociale et de genre du risque lié à l'infection par le VIH.

A.3. La prophylaxie anti-rétrovirale

Nous avons vu précédemment que plusieurs molécules efficaces avaient été identifiées pour la PTME (*voir partie 1.1.1, point A.4.1*) et recommandées dans les contextes opérationnels de programmes de PTME à large échelle (World Health Organisation, 2004a). Les modes de prescription et d'administration des prophylaxies ARV aux femmes identifiées comme infectées par le VIH dépendent largement des régimes ARV adoptés par chaque pays (en fonction de leur efficacité, de leur faisabilité et de leur coût) et des conditions opérationnelles de chaque centre de santé. Un grand nombre de pays aux ressources limitées ont fait le choix de la névirapine monodose, prophylaxie ARV de PTME bénéficiant d'une donation du laboratoire pharmaceutique qui produit cette molécule, Boehringer Ingelheim¹⁰.

Plus de cinq ans après la mise en œuvre opérationnelle des premiers programmes de PTME dans les pays en développement, la composante ARV de la PTME est encore largement sub-optimale. A Abidjan (Côte d'Ivoire) à la fin des années 1990 (Msellati, et al., 2001) ou à Mombasa (Kenya) en 2001-2002 (Temmerman, et al., 2003), seulement 20% des femmes enceintes infectées par le VIH, identifiées au moment du conseil et dépistage du VIH, avaient bénéficié de la prophylaxie ARV de PTME. En Zambie, la prise de névirapine infantile était estimée à 40% des femmes infectées par le VIH identifiées au moment du dépistage (Stringer, et al., 2003a) (*voir tableau 5 page 91*).

Parmi les principales raisons expliquant les opportunités manquées de prescription, et donc de prise, de la prophylaxie ARV de PTME, observées dans des contextes opérationnels, sont le non-retour au conseil post-test, la prévalence des accouchements prématurés ou les mouvements de population (Kanshana and Simonds, 2002). Par ailleurs, dans de nombreux pays, la prescription des prophylaxies ARV s'effectue à une date bien précise, à partir de 28 semaines d'aménorrhée pour la névirapine monodose maternelle. Il s'agit d'une stratégie visant à réduire la durée de conservation de la névirapine à domicile et par-là même de

¹⁰ Voir <http://www.pmtctdonations.org/en/about>

prévenir le risque de perte ou de vol du médicament. Ce principe de prescription se heurte à la fréquence de non-retour des femmes en consultation prénatale avant l'accouchement. L'accès à la prescription et l'administration de la névirapine infantile sont dépendantes, dans la plupart des régions, de l'accouchement institutionnalisé des mères et du conditionnement du sirop pédiatrique (flacons de 100 doses stockés en centre de santé). Ces opportunités manquées de prescription sont autant de facteurs limitant la prise de l'ARV de PTME.

L'adhérence à la prophylaxie ARV représente également une étape essentielle de l'efficacité des interventions de PTME. Les enjeux de compliance au régime ARV prescrit sont différents suivant qu'il s'agit de prophylaxies ARV longues ou courtes. Dans cas d'une prophylaxie ARV par AZT à partir de la 34^{ème} ou 36^{ème} semaine de grossesse, il a été démontré que le partage des résultats du dépistage du VIH et le soutien de la famille (surtout le partenaire/père de l'enfant) constituaient des facteurs importants d'adhérence à la prise médicamenteuse quotidienne (Siegel and Gorey, 1997). Une étude conduite au Kenya a montré que les attitudes négatives des professionnels de santé (réelles ou perçues) influençaient la compliance des femmes au régime court utilisant l'AZT (Kiarie, et al., 2003) Dans le cas de la névirapine monodose, si l'acte de prise de la prophylaxie est moins visible, et par-là même moins exposé à des questions ou critiques de l'entourage, les enjeux émotionnels de cette démarche de prévention du VIH sont tout aussi importants.

Aujourd'hui, **l'accessibilité, l'acceptabilité et l'adhérence à la prophylaxie ARV, pour la mère et l'enfant, restent problématique** (Encadré 7), même dans le cas des régimes ultra-courts tels que le régime HIVNET 012 basé sur la névirapine monodose. Afin de maximiser la couverture et l'accessibilité des services de PTME, dès 2001, l'OMS a examiné la question de la prescription de la névirapine monodose chez les femmes dont le statut VIH est inconnu (d'elles-mêmes ou du personnel de santé). Trois scénarios possibles ont été envisagés : 1) une approche ciblée avec la prescription de névirapine monodose aux femmes identifiées comme infectées par le VIH après le dépistage du VIH et leur nouveau-né ; 2) une approche combinée, renforçant l'approche ciblée par une prescription de névirapine monodose aux femmes et nouveaux-nés dont le statut VIH est inconnu ; et 3) une approche universelle de prescription de névirapine monodose à toutes les femmes et enfants, dans les cas de non disponibilité de services de conseil et dépistage du VIH (Sint, et al., 2005; World Health Organisation, 2001d). A ce jour, seule la première approche reste validée au niveau international.

Encadré 7 – Etat des lieux : prophylaxie anti-rétrovirale pour la PTME

- Influence de la couverture en soins prénatals et accouchements médicalisés sur la prescription de la prophylaxie ARV
- Potentiel d'une stratégie de prescription de l'ARV le jour du dépistage plutôt qu'à une date précise pour améliorer la fréquence de prise
- Suggestion d'une offre de conseil et dépistage et d'une prophylaxie ARV pendant le travail de l'accouchement
- Inquiétudes liées à la résistance du régime ARV basé sur une prophylaxie unique de névirapine monodose
- Enjeux de régimes ARV combinés, en plusieurs prises, dans un contexte rural de faible accessibilité aux soins
- Mobilisation communautaire pour améliorer l'annonce du statut séropositif lors de l'accouchement et encourager la stratégie de prise observée de l'ARV

Trois publications d'une équipe de recherche zambienne ont étudié différents aspects de la distribution de névirapine monodose universelle. Tout d'abord en 2001, cette équipe a documenté, parmi des femmes enceintes, l'acceptabilité d'une stratégie de névirapine monodose universelle et suggéré son utilisation dans des contextes où l'offre de services de conseil et dépistage est limitée par des contraintes en ressources humaines et logistiques et où la demande est limitée par la peur de la stigmatisation liée au statut séropositif (Sinkala, et al., 2001). Puis en 2003, ces mêmes auteurs ont démontré, en pratique, que la stratégie de névirapine monodose universelle, administrée aux femmes n'ayant pas bénéficié de conseil et dépistage du VIH, permettait une plus grande acceptabilité (71 vs 64%, $p < 0,01$) mais une plus faible adhérence (74 vs 61%, $p < 0,05$) qu'une intervention ciblée sur les femmes ayant connaissance de leur statut séropositif (Stringer, et al., 2003b). La même année, ils recommandaient une approche de névirapine universelle conjointement à la poursuite des efforts de mise en œuvre de l'ensemble du paquet de services de PTME (Stringer, et al., 2003c). Enfin en 2004, démontrant l'acceptabilité (40%) et l'adhérence (99%) à la névirapine monodose universelle aux femmes en phase de travail, les auteurs conclurent sur le potentiel de cette stratégie comme filet de sécurité, à utiliser en combinaison avec les services de PTME pré-partum (conseil et dépistage du VIH et prescription de la névirapine monodose pendant la grossesse) (Stringer, et al., 2004).

Ces différentes stratégies d'amélioration de la couverture de la prophylaxie ARV de PTME ne visent que la prévention de la TME peri-partum du VIH. Il est important de souligner que **l'un des bénéfices essentiels, pour la femme, des interventions de PTME est également et surtout la connaissance de son statut sérologique comme porte d'entrée à l'adoption de diverses pratiques durables de prévention et de soins, telles que le traitement ARV pour**

elle-même, le conseil en nutrition infantile pour la PTME postnatale ou le planning familial. L'accès au dépistage prénatal du VIH est donc recommandé comme priorité générale de santé publique (De Cock, et al., 2003).

A.4. Le suivi de la mère et de l'enfant après l'accouchement

Le paquet de services de suivi et de soutien post-partum envisagé dans le contexte de programmes de PTME est vaste, prévu à la fois en centre de santé et dans la communauté. Les objectifs et enjeux de ce suivi s'appliquent à la PTME du VIH (Encadré 8) mais aussi à toutes les autres causes de morbi-mortalité de la mère et de l'enfant pendant cette période post-partum.

Pour les enfants, l'un des services essentiel du paquet d'interventions de PTME est le suivi médical. Calqué généralement sur le calendrier de vaccination, le suivi médical des enfants est prévu à six semaines, trois mois, six mois, neuf mois, 12 mois, 15 mois et 18 mois. En plus aux services de santé de routine, l'objectif de ces visites de suivi de PTME est de réduire l'incidence des infections opportunistes liées à l'infection par le VIH chez les enfants exposés aux VIH par l'administration d'une prophylaxie antibiotique par cotrimoxazole (World Health Organisation and UNAIDS, 2000). Ce schéma de suivi est rarement explicitement proposé aux femmes infectées par le VIH et contribue à une faible utilisation des services de santé. Les lacunes des systèmes de monitoring individuel des services de santé, combinées aux enjeux du respect de la confidentialité et de la prévention de la stigmatisation liées à l'infection par le VIH sont des freins importants à l'utilisation de ces services de suivi.

Lors du suivi post-partum, l'identification des enfants ayant bénéficié de services de PTME permet de proposer le dépistage pédiatrique du VIH aux parents concernés. Ce dépistage intervient généralement 18 mois après l'accouchement, par tests ELISA, délai qui contribue à la proportion importante d'enfants perdus de vue. Le dépistage pédiatrique par des techniques de biologie moléculaire telles que la PCR (*Polymerase Chain Reaction*), technique qui peut être utilisée dès le premier mois de vie (Rouet, et al., 2001), est complexe et encore trop souvent inabordable pour les pays aux ressources limitées. Pourtant, le dépistage précoce est essentiel pour améliorer la prise en charge adéquate des enfants exposés au VIH, notamment en termes de nutrition infantile.

Le suivi continu des mères et enfants après l'accouchement permet d'offrir aux femmes l'opportunité de bénéficier des services de conseil en nutrition infantile, que ce soit en centre de santé ou dans la communauté. Comme nous l'avons décrit précédemment, l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques est essentielle à la survie de l'enfant et à la prévention des maladies infectieuses dont l'infection par le VIH. Le suivi des mères après l'accouchement permet de renforcer des messages de planning familial. Il s'agit d'encourager les femmes non infectées par le VIH à préserver leur statut négatif, et permettre aux femmes infectées par le VIH d'éviter une nouvelle infection par le VIH et donc une séroconversion qui augmenterait le risque de TME pendant l'allaitement maternel (Dunn, et al., 1992). L'incidence de la séroconversion dans le cadre d'un programme de PTME au Zimbabwe a été évaluée à 4,8 nouvelles contaminations pour 100 personnes-années d'exposition à l'allaitement maternel (Mbizvo, et al., 2001) et appelle au renforcement des messages de prévention au sein de services de conseil post-test.

Le suivi postnatal est particulièrement important pour les femmes identifiées comme infectées par le VIH. Les mères ayant atteint le stade clinique SIDA, symptomatique, peuvent bénéficier d'une prophylaxie des maladies opportunistes, mais aussi et surtout avoir accès à la mise sous traitement ARV encouragée par des initiatives telle que l'approche familiale de prise en charge globale, « MTCT-Plus ».

Ce suivi médical s'accompagne d'initiatives de soutien psychosocial, quel que soit le statut sérologique des femmes, mais principalement destiné aux femmes infectées par le VIH. Le partage des résultats du dépistage est un des premiers objectifs de ce soutien. Il s'agit de prévenir le risque (ou la peur du risque) de conséquences négatives pour les femmes infectées par le VIH ayant révélé leur statut séropositif, telles que le blâme ou l'abandon par la famille, la violence physique et émotionnelle du partenaire, la discrimination par la communauté et ses répercussions économiques (World Health Organisation, et al., 2003a). Le soutien continu nécessaire aux femmes avant et après l'accouchement peut prendre la forme de sessions de conseil en centres de santé ou de participation à des groupes de soutien par les pairs par exemple.

Aucune étude publiée, ayant documenté dans un contexte opérationnel l'acceptabilité et l'utilisation du paquet d'interventions de PTME, n'a évalué la qualité

et le recours à ces services de suivi après l'accouchement des femmes. Comme nous le verrons dans le chapitre quatre, ce suivi est l'une des composantes les plus complexes des initiatives de PTME.

Encadré 8 – Etat des lieux : le suivi et le soutien pour la PTME après l'accouchement

- *Stratégies institutionnelles, en centres de santé, prévues pour le suivi médical de la mère et de l'enfant, pour le planning familial continu*
- *Stratégies communautaires pour le soutien psychosocial et la prévention des conséquences négatives du partage des résultats sérologiques*
- *Complexité d'intégrer le suivi post-partum de PTME et l'offre de soins materno-infantiles de routine : problèmes de monitoring, de confidentialité*

A.5. L'évaluation des programmes de PTME

Les programmes de PTME ont été jugés depuis leur mise en place comme parmi les outils les plus coût-efficaces de la lutte contre le VIH/SIDA, mais l'expérience ne fournit pas tous les succès attendus et annoncés. Les écarts entre les moyens et stratégies disponibles et efficaces dans les pays développés et les pays en développement sont considérables. Malgré l'importance des financements consacrés aux programmes de PTME, la couverture n'est pas assez importante, les objectifs de l'UNGASS loin d'être atteints (Buyse, et al., 2002).

Différents types d'évaluations ont documenté les premiers programmes opérationnels pilotes de PTME: elles ont porté soit sur les résultats en termes de processus et d'acceptabilité des différentes étapes de l'intervention PTME, et/ou sur les résultats en termes d'impact avec l'estimation d'une réduction du taux de transmission. Les évaluations d'impact des interventions de PTME dans un contexte opérationnel, de services de routine, sont en fait bien peu nombreuses.

Tableau 5. Sélection d'expériences de programmes opérationnels de PTME dans les pays en développement – atouts et difficultés aux différentes étapes de l'intervention (2000 et 2004).

Auteur	Kanshana (Kanshana, et al., 2000)	Amornwicheit (Amornwicheit, et al., 2002)	Msellati 2001 (Msellati, et al., 2001)	Ekoueui (Ekoueui, et al., 2004)	Perez-Then E (Perez-Then, et al., 2003)	Songok (Songok, et al., 2003)	Stringer (Stringer, et al., 2003a)	Temmerman (Temmerman, et al., 2003)
Pays	Thaïlande	Thaïlande	Côte d'Ivoire	Côte d'Ivoire	République Dominicaine	Kenya	Zambie	Kenya
Période étude	07/1998 – 06/1999	10/2000 – 07/2001	10/1998 – 04/1999	05/2000 – 10/2002	05/2000 – 09/2001	10/1996 – 10/1998	11/2001 – 11/2002	04/2001 – 04/2002
Centre de santé	89 hôpitaux publics	822 hôpitaux publics	1 hôpital et 2 centres de santé	6 cliniques urbaines communautaires	8 hôpitaux	7 centres de santé ruraux	Cliniques de Lusaka	Hôpital provincial de Mombasa
Formation du personnel PTME	4 jours	NA	NA	NA	NA	NA	4 semaines VCT	NA
Conseil pré-test	Type	Individuel	Groupe et individuel « Opt-in »	Individuel	Individuel	Individuel	Groupe et individuel « Opt-in »	Individuel
	% conseillées /anténatal	NA	NA	87,2%	NA	28%	NA	68%
Dépistage	Type	Tests rapides ou ELISA	ELISA	ELISA	Tests rapides en anténatal	Tests rapides en anténatal	ELISA	Tests rapides en anténatal
	%testées /conseillées	79,5%	94%	91,9%	89,4%	54%	NA	72%
	% VIH+	0,8%	1,2%	5%	11,1%	2,5%	26,2%	24%
Conseil post-test	% conseillées /testées	NA	74%	69,1%	73,8%	15%	NA	55%
Prophylaxie ARV	Type	ZDV mère à 36 sem	ZDV mère à 34 sem. et enfant pour 4-6 sem	ZDV mère à 36 sem	ZDV + NVP	NVP (HIVNET 012)	ZDV mère à 36 sem	NVP (HIVNET 012)
	% prise /testées VIH+	Mère 63,2%	Mère 76%/Enfant 86%	79%	35,8%	Mère 89%/Enfant 98%	23,6%	Mère NA Enfant 40%
Nutrition infantile	Recommandation	AA (gratuit pour 12m)	AA (gratuit)	AME 4-6m, AA (gratuit)	AA à la naissance (gratuit), AME 3m et sevrage rapide	AA (pas gratuit)	NA	AME
	% pratiques recommandées	NA	80%	A 6 sem : 45,6% AM ; 2,5% A mixte ; 51,8% AA	NA	47% AA ; 1% AM ; 52% NA	NA	NA
Atouts	Couverture anténatale, soutien politique, système monitoring et communication simple	Système monitoring, politique de santé, couverture anténatale	Couverture anténatale, acceptabilité test, alternatives à l'AM	NA	Engagement multisectoriel, couverture prénatale	Acceptabilité test	Intégration des nouveaux services par le personnel, engagement autorités de santé	Acceptabilité test
Difficultés	Dépistage payant	Manque de données qualitatives	Manque de personnel, peur de la stigmatisation	Faible niveau d'éducation, manque participation hommes	Faible couverture en conseil (manque espace et ressources humaines), dépistage insuffisant (accord légal nécessaire)	Accouchements à domicile	Acceptabilité test, prise NVP	Faible couverture en soins prénatals, contraintes humaines au conseil individuel, âge gestationnel prescription ARV
Recommandations	Passage à l'échelle, ZDV à partir 34 sem	Nouveaux outils de monitoring	Suivi après l'accouchement, supervision du personnel, intégration services PTME et PMI	Mobilisation communautaire, renforcement qualité soins prénatals et formation personnel, émancipation femmes	Standardisation protocoles de dépistage, offre lait artificiel gratuitement	Etude facteurs socioéconomiques et culturels	Mobilisation communautaire, amélioration qualité conseil, participation des hommes	NVP donnée au conseil post-test, conseil et dépistage pendant le travail

ZDV=Zidovudine ; NVP=Névirapine ; ARV=Antirétroviral ; AM=Allaitement Maternel ; AME=Allaitement Maternel Exclusif ; AA=Allaitement Artificiel ; PMI=Protection Materno-Infantile ; NA Non disponible ; m=mois ; sem=semaine

Les outils de monitoring et de suivi des activités sont éminemment contextuels. Néanmoins, suivant un document stratégique provisoire défini par l'ONUSIDA en 2000¹¹, l'OMS a publié en 2004 un manuel d'évaluation des activités de PTME au niveau national (World Health Organisation, 2004c). Parmi les indicateurs détaillés sont l'existence d'une politique nationale de PTME, le nombre de personnels formés, le nombre de sites opérationnels, ou le nombre de femmes à chaque étape de la cascade de services de PTME. Ce type de manuel est en pratique peu adapté aux situations locales et reste peu utilisé dans les sites opérationnels de PTME. **Le manque de standardisation des évaluations présentées dans les publications scientifiques ou les rapports informels rend particulièrement complexe la comparaison et la duplication des différentes expériences valorisées de PTME.**

Le tableau 5 présente une sélection d'études publiées depuis 2000 mettant en valeur les principaux facteurs favorisant ou freinant la mise en œuvre de programmes opérationnels de PTME dans les pays en développement. L'expérience thaïlandaise a illustré l'importance du développement de politiques et de programmes nationaux de PTME avant la mise en œuvre à grande échelle des interventions de PTME. Chacune de ces études a souligné que l'accessibilité des femmes enceintes aux services de conseil et dépistage du VIH de qualité était largement conditionnée par la qualité du système de santé, en particulier la couverture en soins prénatals fonctionnels, la proportion d'accouchements médicalisés, et la disponibilité d'un personnel bénéficiant d'une formation et d'une supervision continues.

Ces expériences opérationnelles font également référence au contexte socioculturel pouvant limiter l'acceptabilité des services de PTME. Le faible niveau d'éducation des populations ciblées ou le manque de participation des hommes ont ainsi été mentionnés. Les enjeux sociaux et l'impact social des interventions de PTME au sein des communautés bénéficiaires, qu'il s'agisse des professionnels de santé, des femmes enceintes ou de leur entourage, sont peu valorisés dans des publications scientifiques référencées internationalement, mais plutôt dans des ouvrages collectifs publiés au lendemain de colloques d'équipes de recherche spécifiques (Desclaux and Raynaut, 1997; Desclaux and Taverne, 2000; Gobatto, 2003).

Parmi les solutions identifiées pour améliorer la couverture en services de PTME ont été suggérées l'importance de bénéficier d'outils fiables de monitoring des activités, le dépistage

¹¹ UNICEF, UNAIDS and WHO. Local monitoring and evaluation of the integrated prevention of mother to child HIV transmission in low-income countries. Geneva: UNICEF, UNAIDS, WHO; 2000. Report No.: Draft 03/2000.

et la prophylaxie ARV universels, l'émancipation des femmes et la mobilisation communautaire. Nous évoquerons et discuterons plus en détails les leçons tirées de ces expériences dans le chapitre quatre.

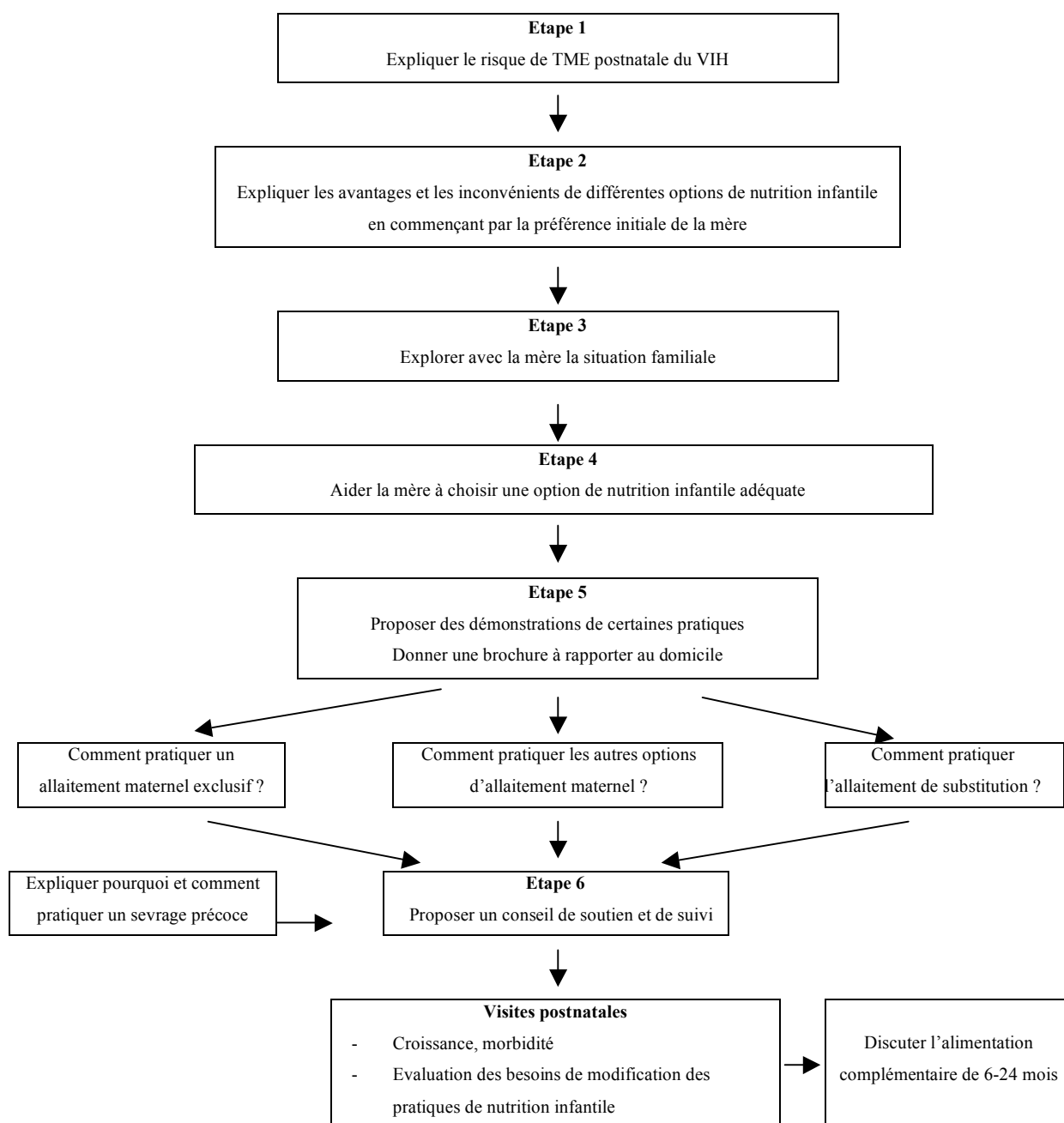
Il est important de noter qu'aucune de ces études n'a documenté l'efficacité de leurs interventions opérationnelles de PTME sur la réduction du risque de TME postnatale. Ces questions de TME du VIH par l'allaitement maternel font au mieux l'objet de questionnements de recherche opérationnelle distincts, soulignant davantage les enjeux socioculturels des pratiques de nutrition infantile que les contraintes et faiblesses programmatiques du conseil et du soutien en la matière.

B. Les interventions opérationnelles de la PTME en période postnatale

B.1. L'éducation, le conseil et le suivi en nutrition infantile et VIH

Les recommandations internationales émises par l'OMS/ONUSIDA/UNICEF inspirent et guident les politiques nationales en termes d'allaitement et de nutrition infantile. Ces recommandations sont à leur tour relayées auprès des femmes et dans la communauté. Les messages de promotion de pratiques spécifiques de nutrition infantile adressés aux mères font l'objet d'une stratégie spécifique de santé publique, le conseil en nutrition infantile (Figure 4). Suivant les mêmes principes que le conseil pré/post-test, **le conseil en nutrition infantile consiste en une éducation renforcée, une discussion approfondie, un soutien continu pour faciliter les décisions et pratiques de nutrition infantile des femmes ayant bénéficié d'interventions de PTME et connaissant donc leur statut VIH** (Encadré 9). Il s'agit d'aider les femmes, quel que soit leur statut sérologique, à définir leurs difficultés en matière de nutrition infantile pour identifier des stratégies alternatives et prendre les décisions adéquates. Certaines questions spécifiques telles que les techniques d'allaitement de substitution ciblent le cas précis des femmes infectées par le VIH et ne sont pas discutées avec les femmes séronégatives afin de ne pas risquer l'érosion possible de pratiques d'allaitement maternel optimales dans la population générale.

Figure 4. Etapes du conseil en nutrition infantile.



Adapté de (World Health Organisation and US Centres for Disease Control and Prevention, 2004).

Par ailleurs, le conseil en nutrition infantile s'accompagne également de services de suivi et de soins à la mère et à l'enfant. Il s'agit tout d'abord d'un suivi médical (prévention, dépistage et traitement des mastites, abcès et pathologies mammaires, santé buccale de l'enfant) et si nécessaire, le transfert des femmes et enfants vers des structures de soins appropriées. Il s'agit également d'un suivi dans la communauté, particulièrement important en

zone rurale, par le biais de différents types de groupes de soutien : traditionnels (familles étendues, villageoises), modernes (initiés par mères, initiés par les professionnels concernés) ou planifiés par les gouvernements (réseau de groupes de développement national, clubs, services de santé, sages-femmes traditionnelles) (World Health Organisation, 2003b). Le suivi permet d'aider les femmes à appliquer dans leur vie quotidienne les stratégies décidées lors de leurs séances de conseil.

Un large panel d'agents de santé dispense les messages d'éducation et soutien en nutrition infantile : obstétriciens, pédiatres, nutritionnistes, sages-femmes, conseillers, groupes des soutien et autres volontaires, ainsi qu'aux étudiants en médecine et en soins infirmiers (World Health Organisation, et al., 2003b). Les services de conseil en nutrition infantile sont généralement offerts par des professionnels de santé ayant bénéficié d'une formation spécifique. Il s'agit souvent de la formation publiée par l'OMS/UNICEF (World Health Organisation, 2000a; World Health Organisation, 2000b; World Health Organisation, 2000c), que les différents pays adaptent à leur profil spécifique. Le conseil en nutrition infantile est également assuré par des agents ayant reçu des formations plus courtes, moins focalisées sur les enjeux de la nutrition infantile dans le contexte du VIH, telle que la formation générale en matière de PTME. Certains guides pratiques ont été émis par les institutions internationales pour le conseil en nutrition infantile (Regional Centre for Quality of Health Care, 2003).

La qualité et l'efficacité du conseil en matière de nutrition infantile, dans le contexte du VIH et des interventions de PTME, ont été peu évaluées à ce jour. Dans le contexte de l'essai randomisé ZVITAMBO à Harare, un programme d'éducation et de conseil en nutrition infantile comprenant notamment des séances d'éducation en groupe, le conseil individuel, la visualisation de vidéos et la consultation de brochures, a été évalué parmi près de 2 000 femmes. Cette étude a montré que les femmes exposées à cette intervention d'éducation et de conseil étaient 8,4 fois plus à même de pratiquer un allaitement maternel exclusif que les femmes n'ayant pas bénéficié de ce programme (Piwoz, et al., 2005a). Ces résultats confirment les observations d'une étude conduite au Bangladesh parmi un échantillon d'enfants admis à l'hôpital en raison de diarrhées. Le taux d'allaitement maternel exclusif deux semaines après la sortie de maternité était de 75% pour le groupe de femmes ayant bénéficié de conseil individuel en matière d'allaitement maternel et de 8% parmi les femmes n'ayant reçu qu'une éducation de routine ($p < 0,001$) (Haider, et al., 1996).

Les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile sont principalement dispensés dans les centres de santé et pendant la période péri-partum. Les femmes bénéficient d'une éducation détaillée et complète en matière de nutrition infantile pendant les soins prénatals et après l'accouchement (éducation sur les pratiques d'allaitement à moindres risques), pendant le conseil pré/post-test VIH (éducation sur les enjeux liés au VIH) et en post-partum (suivi et soutien continu). Ces occasions de dialogue attentif avec les mères permettent de comprendre et analyser les contraintes auxquelles elles font face et leur suggérer les solutions appropriées.

Le conseil à domicile par des personnels non professionnels, comme une alternative aux stratégies institutionnelles d'éducation et promotion de l'allaitement maternel, a été évalué dans un essai randomisé contrôlé au Bangladesh. Cette étude a montré une nette augmentation de la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à cinq mois dans le groupe d'intervention bénéficiant de conseil par les pairs (70%) comparé au groupe de comparaison (6%) ($p < 0,0001$). Le conseil à domicile permet d'impliquer les autres membres de la famille et d'offrir un soutien post-partum continu à la différence de visites en centre de santé moins accessibles aux femmes (Haider, et al., 2000). Cette stratégie pourrait être particulièrement appropriée aux zones rurales ayant un accès limité aux structures de santé.

La combinaison des deux approches de promotion et de soutien en matière de nutrition infantile dans des communautés rurales, d'une part le conseil sur l'allaitement pendant les consultations pré/postnatales, d'autre part le soutien aux mères, a été évaluée au Nigeria sur plusieurs années. Ces études n'ont pas ciblé le contexte spécifique de la nutrition infantile et du VIH. Néanmoins, les résultats publiés en 1996 ont montré une augmentation des taux d'allaitement maternel exclusif à quatre mois dans le groupe d'intervention comparé au groupe contrôle (Davies-Adetugbo, 1996). En 1997, la formation extensive des professionnels de santé en matière d'allaitement maternel et l'utilisation de chaque contact avec la mère et l'enfant comme opportunité de leur offrir des services de conseil et de soutien en matière d'allaitement, ainsi qu'un soutien dans la communauté, s'est révélée être une approche efficace pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif dans ces communautés rurales (Davies-Adetugbo, et al., 1997).

La qualité des services d'éducation, de conseil et de suivi en nutrition infantile dans le contexte de programmes de PTME est essentielle pour encourager les décisions informées,

appropriées et applicables des femmes infectées par le VIH. Comme nous avons vu précédemment, l'alimentation du nouveau-né n'est pas qu'un processus physiologique mais comporte aussi d'importantes dimensions sociales. L'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques dans le contexte du VIH soulève de nombreux enjeux économiques et socioculturels qui diffèrent selon les femmes ciblées, leurs familles et communautés.

Encadré 9 – Etat des lieux : conseil en nutrition infantile

- Partie intégrante du paquet minimum de services de PTME bénéficiant aux femmes infectées par le VIH et séronégatives
- Outil essentiel pour encourager le choix informé des femmes et soutenir les mères dans le maintien de pratiques de nutrition infantile à moindres risques
- Service basé dans les centres de santé, offerts au moment des consultations prénatales, de l'accouchement et du suivi postnatal
- Possibilité d'améliorer l'accessibilité du conseil en développant des stratégies communautaires
- Efficacité de la formation du personnel et stratégie de conseil et soutien par les pairs

B.2. Les facteurs d'influence et de choix en matière de nutrition infantile et VIH

L'allaitement maternel a toujours été promu comme méthode de nutrition infantile optimale et inconditionnelle. Néanmoins depuis le début des années 1990 et surtout depuis la publication des recommandations OMS/ONUSIDA de 1998, la dimension de l'infection par le VIH et de la TME postnatale par l'allaitement maternel est partie intégrante des messages de santé publique pour la survie de l'enfant. Les responsables de la promotion de la santé et de l'éducation en matière de nutrition infantile sont confrontés au besoin conflictuel de définir d'une part des messages informatifs spécifiques, qui ne concernent que les femmes infectées par le VIH exposées au risque de TME postnatale du VIH, et d'autre part des messages limitant tout risque de stigmatisation et qui peuvent être adaptés à toutes les femmes, quel que soit leur statut sérologique. Les enjeux en termes de compréhension ou confusion de ces différentes recommandations de santé publique sont considérables. En effet, le concept du lait maternel à la fois bon pour la santé et porteur de risque pour la santé peut être un message mal compris par les mères et leur entourage.

En 1998, l'OMS/ONUSIDA/UNICEF recommandaient le « choix informé » des méthodes de nutrition infantile pour les femmes infectées par le VIH et un soutien aux pratiques

d'allaitement maternel pour les femmes séronégatives ou dont le statut VIH était inconnu (World Health Organisation, et al., 1998a; World Health Organisation, et al., 1998b; World Health Organisation, et al., 1998c). Les mères sont donc souvent le groupe ciblé en priorité par les initiatives d'éducation et de promotion de nutrition infantile car elles sont les principales responsables des enfants ; dans la majorité des cas, ce sont elles qui allaitent, puis préparent les aliments et nourrissent l'enfant. L'amélioration de la réceptivité des femmes aux nouvelles recommandations de santé publique est un défi continu. Les pratiques de nutrition infantile recommandées dans le contexte du VIH impliquent des changements de comportement et d'attitude qui sont complexes à initier. Il faut savoir en effet que **l'adoption de pratiques optimales de nutrition infantile requiert non seulement que la mère ait fait un choix informé mais qu'elle ait également la capacité de mettre en pratique ce choix.** Nous reviendrons sur ce dilemme dans le cas particulier des enquêtes menées en milieu rural au Zimbabwe.

Les recommandations de nutrition infantile dans le contexte du VIH, leur interprétation et les conditions de leur mise en oeuvre diffèrent donc selon les communautés (Bassett, 2000) (Tableau 6). L'acceptabilité des alternatives à l'allaitement maternel prolongé afin de réduire la TME postnatale du VIH a été évaluée récemment à Abidjan (Côte d'Ivoire). Les femmes étaient encouragées à adopter soit un allaitement artificiel (lait maternisé gratuit) soit un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce à trois mois. La majorité (99%) des femmes infectées par le VIH avaient choisi leur mode de nutrition infantile avant l'accouchement, optant principalement pour l'allaitement artificiel (59%), puis l'allaitement maternel exclusif (29%) (Leroy, et al., 2002). Un récent article de revue sur les stratégies de PTME postnatale a souligné l'acceptabilité possible du lait artificiel dans un contexte urbain et de gratuité (Rollins, et al., 2004). Il est important de rappeler néanmoins que les substituts au lait maternel sont en réalité rarement disponibles et accessibles financièrement aux mères vivant dans les pays en développement (Coutsoudis, et al., 2002; Kiarie, et al., 2004; Omari, et al., 2003). En zone rurale, où la pauvreté et les conditions environnementales sont moins favorables qu'en zone urbaine au choix et au maintien de pratiques d'allaitement artificiel, les choix et enjeux en termes de nutrition infantile dans le contexte du VIH sont d'autant plus complexes.

Si la faisabilité de l'allaitement artificiel en zone rurale peut être problématique, l'allaitement maternel exclusif a également été décrit comme l'une des pratiques de nutrition infantile les

plus difficiles à adopter, notamment en Afrique (Davies-Adetugbo, 1997). En effet, le lait maternel est souvent perçu comme un aliment, qui doit être complété d'eau dont tout être humain a besoin pour survivre. Au Botswana, une étude conduite au sein d'un essai randomisé de PTME a illustré la faible adhérence à cinq mois des femmes randomisées au groupe allaitement maternel exclusif tout comme au groupe allaitement artificiel (Shapiro, et al., 2003). De nombreux facteurs contraignants expliquent que la compliance aux pratiques de nutrition infantile recommandées pour les femmes infectées par le VIH est souvent sub-optimale. Les femmes infectées par le VIH doivent souvent faire face à des difficultés financières, à l'influence de leur partenaire et à la peur de perdre la confidentialité de leur statut sérologique (Kiarie, et al., 2004). A Mombasa (Kenya), l'adhérence à l'allaitement maternel exclusif était accrue si le partenaire était informé du statut sérologique de la mère et était impliqué dans le choix du mode de nutrition infantile (Mwanyumba, et al., 2002).

Encadré 10 – Dilemmes, recommandations et pratiques de nutrition infantile dans le contexte du VIH

- Allaitement artificiel peu accessible financièrement et contraire à la norme sociale de l'allaitement maternel, en particulier en zone rurale
- Pratique de l'allaitement mixte répandue et facteur potentiel de risque de TME du VIH
- Sevrage précoce difficile dans des conditions de pénurie alimentaire
- Expression et traitement du lait maternel à la chaleur faisable mais peu encouragée par les professionnels de santé ou les communautés et propice à des conséquences sociales négatives

Le tableau 6 rassemble une sélection d'expérience publiées ou présentées lors de conférences internationales, conduites au sein d'initiatives opérationnelles de PTME (les données analysées au sein d'essais cliniques de PTME n'ont pas été retenues dans cette synthèse, mais certaines sont évoquées par ailleurs). Ces données de terrain montrent que les recommandations internationales de PTME postnatale émises par l'OMS sont souvent adoptées comme politique nationale. Suivant les régions, et le type de soutien financier dont disposent les programmes de PTME évalués, l'accent est mis plus ou moins fortement sur l'allaitement artificiel ou l'allaitement maternel exclusif. Les autres modes de nutrition infantile sont rarement ou jamais évoqués comme options de nutrition infantile pour les femmes infectées par le VIH. Les enquêtes que nous avons recensées sont principalement transversales, et par-là même soumises à un risque de surestimation des pratiques existantes en matière d'allaitement maternel exclusif. Toutes ces études montrent qu'à l'heure actuelle, l'allaitement maternel exclusif n'est pas une pratique adoptée facilement par les femmes ayant bénéficié de services de PTME. Le type, la durée ou la fréquence du conseil en matière de

nutrition infantile et du suivi post-partum sont rarement spécifiés, bien que les auteurs cités soulignent quasi-systématiquement l'importance du suivi des femmes après l'accouchement. Une des recommandations principale des différentes études synthétisées dans le tableau 6 est d'évaluer l'évolution du contexte d'acceptabilité sociale des pratiques de nutrition infantile. Plusieurs années après la mise en œuvre des premières expériences pilotes de PTME et la diffusion des premiers messages et recommandations de nutrition infantile dans le contexte du VIH, comment les normes sociales en matière de nutrition infantile évoluent-elles ? Comment se développe ou se renforce le soutien communautaire aux femmes infectées par le VIH voulant adopter les pratiques de nutrition infantile recommandées pour la prévention de la TME postnatale ?

Des conclusions similaires sont tirées dans un récent rapport de synthèse sur les problématiques liées aux interventions de nutrition infantile dans le contexte du VIH avec une compilation de résultats d'études scientifiques et d'évaluations programmatiques, de même que le cas de certaines expériences de PTME non-publiées (Koniz-Booher, et al., 2004). Les auteurs mentionnent les principaux enjeux de nutrition infantile dans le contexte du VIH suivant : la qualité de la formation des professionnels de santé, l'impact du conseil sur la prise de décision, l'accès à des services de soutien communautaire et les facteurs pratiques et culturels favorisant les changements de comportements.

L'ensemble des études valorisées ou publiées à ce jour en matière de PTME postnatale du VIH souligne la confusion persistante, au sein du système de santé et des communautés, dans les recommandations des meilleures pratiques de nutrition infantile pour les femmes infectées par le VIH.

Tableau 6. Pratiques de nutrition infantile évaluées au sein de programmes opérationnels de PTME dans les pays en développement (2000 - 2004).

Auteur	Luo (Programme Review Team and PMTCT Advisory Group and Infant Feeding Study Group, 2002)	Omari (Omari, et al., 2003)	Abashawl (Abashawl, et al., 2004)*	Kiarie (Kiarie, et al., 2004)	Poggensee (Poggensee, et al., 2004)	Rutenberg (Rutenberg, et al., 2004)*	
Année	2002	2003	2004	2004	2004	2004	
Pays	Botswana	Zambie	Ethiopie	Kenya	Tanzanie – Ouganda	Kenya	
Période étude	07/2001	04-06/2000	NA	11/1999 – 01/2001	NA	2000 et 2002	
Type d'étude	Transversale	Transversale	Longitudinale	Enquête transversale et groupes de discussion	Enquête transversale	Enquête transversale avant/après PTME	
Type de centre de santé	7 PTME et 7 non-PTME	Hôpital Lusaka	NA	Hôpital central Nairobi	Cliniques prénatales et visites à domicile	1 clinique 2 hôpitaux	
N	501 enfants moins 6m, 255 enfants 7-12m	55 VIH+, 85 VIH-	530 VIH+	111 VIH+	237 VIH ? Tanz + 424 VIH ? Oug	921 VIH ? avant PTME 1099 VIH ? après PTME	
Recommandations de nutrition infantile pour les femmes VIH+	Absence AM; AME 3-4m et sevrage rapide	AME 6m, AME 3m et sevrage rapide, AA	AA, AME et sevrage précoce	AME 4-6m, alternatives AM, AA avec démonstrations	AA ou AME	AME pour VIH- et VIH-, AME ou AA pour VIH+	
Soutien	Conseil en nutrition infantile, AA gratuit jusqu'à 6 puis 12m	Conseil en nutrition infantile	AA gratuit	Conseil en nutrition infantile, AA pas gratuit	NA	NA	
Pratiques de nutrition infantile	Intention	10% AME, 87% AA	AM pour 2ans	AM 70%	AM 46%	NA	NA
	AME <4	3% VIH+ à 6 sem	40% VIH+ et 60% VIH- à 2m	40% à 4 sem.	79% à 1 sem., 69% à 6 sem	NA	NA
	AME4	NA	33% VIH+ et 66 VIH- à 2-4m	17%	NA	19,2% en Tanz.+ 45,6% en Oug	NA
	AME6	NA	NA	8%	NA	NA	NA
	AA	83% VIH+ à 6 sem	NA	NA	30% à 1 sem., 37% à 6 sem.	NA	AA en 2002 = 4-10% en 2002 vs 0,3-2,4% en 2000
Croissance	Déficit de croissance sites non-PTME > sites PTME	Croissance enfants exposés au VIH+ < VIH-	NA	Croissance enfants à 6 sem, AA < AM	NA	NA	
Commentaire	AME femmes VIH- des sites PTME < femmes VIH? des sites non-PTME : <i>spillover</i>	Perceptions négatives AM => A mixte, risques enfants exposés VIH > enfants VIH-	NA	Pratique A mixte aussi commune chez femmes AM et AA	AME avant le sevrage : 10% et 5% en Tanz et Oug	A mixte augmenté de 37 à 70%	
Facteurs encourageants	Engagement national, motivation du personnel, bonnes pratiques obstétricales	Connaissance risque TME post-partum chez les femmes interrogées	NA	Conseil en nutrition infantile permis réduire A mixte	NA	NA	
Difficultés	Peu mobilisation communautaire, stigmatisation, système monitoring et suivi inadéquat	Stigmatisation de l'absence d'AM	Faible AME, sevrage trop tôt ou trop tard	Coût AA, peur de la stigmatisation	Faible acceptabilité AME	Pas d'impact des recommandations	
Recommandations	Formation personnel, IEC, changement recommandations (AME et AA si AFASS)	Suivi renforcé dans communauté	Compréhension facteurs socioculturels	Importance du conseil détaillé avant/après l'accouchement	Compréhension situations locales pour recommandations faisables et acceptables	Besoin conseil et suivi après l'accouchement	

AM=allaitement maternel ; AME4=allaitement maternel à 4 mois ; AME6 : allaitement maternel à six mois ; AMP=allaitement maternel prédominant six mois ; AA=alternative allaitement maternel (allaitement artificiel sinon alternative précisée) dès naissance ; AFASS=abordable, faisable, acceptable, pérenne et sans risques ; IEC=Information-Education-Communication ; VIH+= femmes séropositives ; VIH-=femmes séronégatives ; VIH?=femmes de statut sérologique inconnu ; * présenté à la 15^{ème} conférence internationale du SIDA à Bangkok (Thaïlande) en 2004.

Synthèse de la revue de la littérature sur le contexte, les principes et les objectifs des interventions de PTME.

Cette revue détaillée de la littérature nous a permis de décrire certaines des avancées majeures de la recherche en matière de PTME. Ainsi depuis la fin des années 1990, des stratégies « simples » mises en oeuvre en fin de grossesse et autour de l'accouchement, telles que la combinaison du conseil et dépistage prénatal du VIH et d'une prophylaxie ARV monodose d'une seule molécule, peuvent réduire le risque de TME du VIH de 50% par rapport au « risque de base ».

Les enjeux liés à la mise en œuvre des résultats de la recherche en matière de PTME, en particulier dans les pays en développement, ont également été décrits. Parmi les difficultés les plus importantes relevées ont été : 1) les freins à l'acceptabilité des services de conseil et de dépistage du VIH, expliqués par le manque de couverture en soins prénatals, les tabous liés au VIH qui persistent dans la communauté en raison du manque de connaissances du VIH et de la PTME, et les traditions socioculturelles qui limitent la participation des hommes aux activités prénatales et de soins de l'enfant ; 2) la couverture insuffisante de la prophylaxie ARV liée au faible retour des femmes au conseil post-test (peur des résultats, mobilité de la population) et à la peur de révéler son statut VIH au personnel de santé lors de l'accouchement ; et 3) la faiblesse du suivi de la mère et de l'enfant après l'accouchement en raison du manque de systèmes en place, du manque de ressources humaines et financières, et de la peur de la stigmatisation dans la communauté.

La mise en œuvre opérationnelle des politiques, stratégies et recommandations de PTME est donc pour l'instant sub-optimale dans l'immense majorité des pays en développement. Pourtant la majeure partie des régions concernées ont les moyens de faire mieux, que ce soient les moyens humains, stratégiques ou socioculturels. Bien que le paquet de services de PTME soit standardisé par les grandes institutions internationales, les difficultés rencontrées et les solutions stratégiques proposées sont éminemment contextuelles et devraient être adaptées au niveau local, national, voire régional. Nous verrons dans le cas précis du Zimbabwe que le contexte de crise politique et économique influence largement la capacité institutionnelle du système de santé à dispenser des services de PTME optimaux et que la faiblesse des stratégies de prévention de la transmission du VIH dans la population générale réduit considérablement l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME existants.

La prévention du risque de TME du VIH par l'allaitement maternel implique l'adoption de stratégies « complexes » en matière de nutrition infantile. Malgré des années de recherche biomédicale et de recherche opérationnelle, de promotion de nouvelles interventions de santé publique, de mobilisation communautaire, toute une série de facteurs limitent l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques. La mise en œuvre de stratégies de prévention de la TME post-partum est donc aujourd'hui aussi l'un des plus grands enjeux des interventions de PTME.

La revue de la littérature que nous avons présentée a permis de comprendre que le choix d'une méthode de nutrition infantile dans le contexte du VIH et des pays en développement soulève des dilemmes de santé publique entre la prévention de la TME et les risques associés à l'absence d'allaitement, ainsi que des dilemmes socioculturels liés aux perceptions de différentes pratiques de nutrition infantile par la famille et la communauté. L'allaitement maternel, dont les bienfaits sont bien décrits, est considéré dans la plupart des pays comme un acte naturel, évident, comme une tradition immuable. Et par conséquent, le concept de « choix » et de « décision informée » en matière de nutrition infantile est peu connu. Pourtant, le risque de TME par l'allaitement maternel varie selon les individus (maladie avancée de la mère, état nutritionnel) selon les conditions socioéconomiques et culturelles des mères individuelles et de leur foyer et selon toute une série de circonstances particulières (durée et modalités de l'allaitement). Il est donc essentiel de bien comprendre le contexte social, culturel et de pauvreté dans lequel vivent les femmes dans les pays en développement avant d'encourager à tout prix la modification des pratiques d'allaitement ou d'autres interventions de prévention de la TME post-partum. L'enjeu est d'offrir aux mères une information et un conseil en nutrition infantile de qualité, un suivi et un soutien pendant au mois neuf mois après la naissance pour leur permettre un choix informé et les aider à maintenir des pratiques de nutrition infantile à moindres risques et adaptées. Cette approche, bien plus personnalisée que celle des ARV en peri-partum, requiert des compétences et du temps à consacrer aux mères, qui sont complexes à mettre en œuvre.

Les recommandations internationales de l'OMS/ONUSIDA/UNICEF présentent les différentes options de nutrition infantile pour les femmes infectées par le VIH ou les femmes séronégatives et évoquent l'importance du contexte favorable à l'adoption de telles recommandations, en matière d'amélioration du statut de la femme et d'amélioration du

système de santé. Mais les recommandations pratiques et les stratégies directement applicables à court terme, par les systèmes de santé et par les mères, sont malheureusement rares.

Le rythme auquel les recommandations en matière de nutrition infantile sont révisées internationalement est par ailleurs différent de celui auquel les systèmes de santé nationaux peuvent raisonnablement intégrer ces changements et appliquer ces nouvelles règles. Il n'est parfois pas non plus en accord avec la capacité des gouvernements à assimiler des recommandations qui ne sont pas toujours immédiatement adaptables au contexte local.

Ainsi, les femmes choisissent leur pratique de nutrition infantile après avoir écouté et assimilé des messages de santé publique multiples, en matière de PTME, de malnutrition, provenant de différents programmes ou de divers acteurs de santé, et après avoir subi l'influence de leur famille. Les messages éducatifs sont donc reconstruits par les mères en fonction de contextes, de contraintes et de stratégies multiples, les femmes n'étant pas des réceptrices passives des services de conseil et d'éducation en nutrition infantile. La capacité des populations à identifier et mettre en œuvre les meilleures solutions, à diffuser les outils et connaissances adaptés à leur cadre de vie et leurs normes sociales doit être prise en compte. De plus, l'étude de l'influence des différents acteurs sociaux est essentielle pour comprendre la complexité des décisions de nutrition infantile dans le contexte du VIH. L'individualisation de pratiques fortement influencées par le contexte communautaire et social est un enjeu considérable.

L'adoption d'un sevrage précoce pour les femmes infectées par le VIH, bien que recommandée par l'OMS comme une option possible de PTME, se confronte au manque de disponibilité d'aliments fluides et solides pour l'alimentation de substitution. Aucune solution idéale n'a encore été identifiée et décrite en Afrique, particulièrement en zone rurale. Si bien qu'aujourd'hui, les mères infectées par le VIH, vivant dans des contextes où la situation alimentaire et la capacité financière de leur ménage sont fragiles, ne disposent toujours pas d'alternatives à l'allaitement maternel qui soient abordables et à moindres risques pour leur enfant. Le développement de stratégies de santé publique, au niveau des systèmes de santé et des communautés, permettant de valoriser le potentiel du « conseil en nutrition infantile » et de soutenir les femmes dans l'adoption de pratiques d'allaitement à moindres risques, notamment l'allaitement maternel exclusif, devient chaque jour plus urgent. Nous allons voir dans les chapitres suivants, en étudiant le cas particulier du Zimbabwe et de l'un de ses

districts ruraux, que la mise en œuvre des résultats de la recherche et des recommandations internationales en matière de nutrition infantile et de conseil en matière de nutrition infantile, dans le contexte du VIH mais pas uniquement, reste encore hélas assez fréquemment problématique.

1.2. ENJEUX DE LA SANTE DE L'ENFANT DANS UN CONTEXTE D'EPIDEMIE DE VIH/SIDA GENERALISEE : LE CAS DU ZIMBABWE

1.2.1. Le Zimbabwe, un pays en crise

A. Le profil sociodémographique et culturel du Zimbabwe

A.1. Une population jeune et rurale

Le Zimbabwe présente toutes les caractéristiques démographiques d'un pays en développement. Le recensement national estimait à 11,6 millions la population totale en 2002, avec un taux d'accroissement démographique annuel entre 1992 et 2002 de 1,1%. La population du Zimbabwe est jeune, le nombre d'enfants de 0 à 14 ans était estimé à près de 5,8 millions en 2001, soit 45% de la population totale¹². Le rapport de dépendance démographique¹³ estimé en 1997 par le Ministère de la santé du Zimbabwe (*Ministry of Health and Child Welfare – MOH/CW*) indiquait une proportion de 87 enfants et personnes âgées pour 100 adultes âgés de 15 à 65 ans¹⁴. Cette situation se détériore actuellement sous l'effet de l'épidémie du VIH/SIDA, avec une multiplication par trois du nombre d'orphelins de moins de 15 ans au cours des années 1990 (Bicego, et al., 2003).

L'espérance de vie à la naissance des zimbabwéens a largement diminué au cours de la dernière décennie, passant de 61 ans pour la période 1990-1995 à 43 ans pour 2000-2005. Cette situation est largement due aux conséquences de l'épidémie de VIH/SIDA. Ainsi il est estimé que l'espérance de vie aurait du continuer à croître de huit ans de plus à la naissance sans épidémie de VIH/SIDA, pour atteindre 69 ans au lieu de régresser à 43 ans en 2005 (Poverty Reduction Forum, et al., 2003).

Le sexe ratio homme:femme à l'échelle nationale était de 0,93:1 en 2002¹⁵. D'après l'enquête démographique et de santé (*Zimbabwe Demographic and Health Survey – ZDHS*), en 1999, l'âge au premier rapport sexuel était de 18,7 et 19,7 ans parmi les jeunes filles et garçons,

¹² Central Statistical Office. Census 2002 Zimbabwe - Preliminary Report. Harare: Central Statistical Office; 2002.

¹³ Proportion de la population pas ou plus en âge de travailler, économiquement à charge, par rapport à la population en âge de travailler, productive.

¹⁴ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

¹⁵ Central Statistical Office. Census 2002 Zimbabwe - Preliminary Report. Harare: Central Statistical Office; 2002.

respectivement. En 1999, 19,7 et 44,1% des femmes âgées de 15 à 19 ans et des femmes entre 18 et 19 ans, respectivement, étaient estimées enceintes.

En 1999, la taille moyenne des ménages zimbabwéens était de 4,2 personnes, et sensiblement plus petite en zone urbaine qu'en zone rurale (4,7 vs 3,5) (Bijlmakers, 2003). Plus de 56% des femmes de 15 à 49 ans étaient mariées en 1999. La même année, l'âge médian au mariage était de 19,3 et 24,5 ans parmi les hommes et les femmes, respectivement. La polygamie n'est pas une pratique très courante au Zimbabwe, avec près de 16% d'unions polygames masculines recensées par le ZDHS en 1999 (Central Statistical Office, et al., 1999) mais, comme dans de nombreux pays d'Afrique, le multi-partenariat et l'infidélité des hommes sont courants (Sibanda, 2000). Le Zimbabwe pratique le mariage virilocal, par lequel la femme quitte son domicile familial pour rejoindre la famille de l'époux. Traditionnellement, et encore aujourd'hui, le mariage s'accompagne du paiement de la dot, la *lobola*, illustrant la persistance de traditions de domination masculine dans les pratiques sociales zimbabwéennes.

A.2. Le peuple shona

La population zimbabwéenne est composée de plusieurs peuples. L'ethnie la plus importante, les Shona, d'origine Bantoue, s'est établie dans la région au XII^{ème} siècle. Ce peuple se répartit sur toute la moitié nord-est du pays, dont notre région d'étude, le district de Buhera. La principale monographie sur le peuple shona est celle de Michael Bourdillon dont nous présentons quelques éléments ci-dessous (Bourdillon, 1998).

Les Shona sont traditionnellement des agriculteurs et l'accès à la terre est encore aujourd'hui intimement lié à l'identité de leur communauté. La grande majorité des zimbabwéens vit d'ailleurs en zone rurale (plus de 70%), ce qui explique la faible densité de population du pays (29,7 habitants au km² en 2002)¹⁶. La plupart des citoyens ont préservé des liens sociaux et économiques avec leur région rurale d'origine.

Les Shona cultivent du millet, du sorgho, et du maïs permettant la préparation d'un porridge épais, la *sadza*, le plat de base de la plupart des zimbabwéens. Ils cultivent également du riz, des haricots, des cacahuètes et des patates douces. Certains élèvent du bétail, qui leur fournit

¹⁶ Central Statistical Office. Census 2002 Zimbabwe - Preliminary Report. Harare: Central Statistical Office; 2002.

du lait, mais aussi qui leur permet un statut social important, un moyen d'échange, en tant que dot par exemple.

Les Shona vivent en famille, dans des villages composés de huttes et de greniers faits de bois et de *daga* (argile consolidée fait des termitières), et de *kraals* (enclos) pour le bétail de la communauté locale. Si aujourd'hui le système de la famille étendue est mis à mal, comme dans de nombreux autres pays, en raisons des difficultés économiques et sociales, il restait dans années 1990s la forme prédominante de prise en charge des malades et orphelins (Foster, et al., 1995).

Comme le décrit de façon extensive Michael Bourdillon, le statut des femmes shona est aujourd'hui encore inférieur à celui des hommes. Les rapports inégaux de sexe s'expriment entre autres par le paiement de la dot et la pratique du mariage virilocal comme nous venons de le décrire, mais également par la propriété et le contrôle des terres et des autres moyens de production par les hommes, par les droits légaux limités des femmes, et par leur participation minimale aux institutions politiques et religieuses. En outre, les femmes shona, comme l'ensemble des femmes du monde, souhaitent être épouses et mères, et le célibat ou l'impossibilité d'avoir des enfants est source d'anxiété et de gêne. Les femmes shona consolident leur position domestique et leur statut social à travers le mariage et la reproduction, en particulier la mise au monde d'un garçon. Comme dans de nombreux pays africains, le fait d'avoir des enfants est un signe d'importante réussite sociale (Murira, et al., 2003). Le nombre d'enfants par femme a néanmoins diminué depuis plusieurs années. L'indice de fécondité parmi les femmes de 15 à 49 ans était estimé à 4,29 en 1994 et 3,96 en 1999, respectivement (Central Statistical Office, et al., 1994; Central Statistical Office, et al., 1999).

La plupart des études sociologiques et de santé publique publiées sur le Zimbabwe confirment les observations de Bourdillon. Ainsi, les responsabilités et les tâches quotidiennes restent souvent séparées entre les sexes, les hommes ayant traditionnellement une autorité formelle, et les femmes une influence et un pouvoir informel (Auret, 1990). Les femmes sont responsables des activités liées à l'organisation du foyer, notamment aller chercher de l'eau ou du combustible, produire, transformer et préparer la nourriture (Hindin, 2000). Les femmes sont également les principales responsables des soins de l'enfant et une large partie de son

éducation¹⁷. Mais elles n'ont pas toujours l'autorité des décisions en la matière (Johnson, et al., 1997). En effet, les ressources économiques pour les soins à l'enfant, notamment la nourriture, les médicaments et les vêtements, ainsi que la terre, les récoltes agricoles et le bétail, ne sont souvent pas la propriété de la femme et donc restent hors de son contrôle. Même les enfants qu'elle met au monde appartiennent au père (Harkness and Super, 1992). Par extension, la famille de l'époux peut également intervenir sur des questions relatives à la femme, son rôle et ses devoirs au sein de la famille et de la société. Les hommes, en particulier au niveau des décisions politiques, sont donc ceux qui traditionnellement prennent les décisions qui affectent le plus femmes et enfants.

Néanmoins, cette organisation sociale shona exprime aussi certaines formes d'équité. En effet, la division du travail entre le domaine public de l'homme et le domaine privé de la femme permet des autorités respectives qui ne sont pas remises en cause (Owomoyela, 2002). Ainsi, selon Bourdillon, le principe traditionnel, discuté sur la scène internationale et véhiculé par les zimbabwéens eux-mêmes, selon lequel la femme n'a aucun pouvoir de décision en matière d'hygiène ou de santé, pour elle et ses enfants, est peut-être davantage stéréotypé que réel (Bourdillon, 1998). Une proportion non négligeable de femmes bénéficient d'un pouvoir substantiel de négociation et de décision au sein de la famille (Hindin, 2002). Nous verrons dans nos études de recherche opérationnelle que les déclarations des femmes sur leur degré d'autonomie et les perceptions de certains informateurs clés sur leur pouvoir de décision ne sont pas toujours similaires.

Par ailleurs, avec l'âge, le poids de la voix des femmes grandit dans les décisions familiales, surtout lorsqu'elles deviennent grand-mères (Owomoyela, 2002). Avec l'âge aussi, l'écoute publique des femmes devient plus importante dans la communauté, bien qu'elles ne participent pas formellement aux activités politiques locales. Mais il est aujourd'hui indéniable que **les femmes zimbabwéennes manquent toujours de visibilité publique comparativement aux hommes.**

¹⁷ Tsanga N, Nkiwane V, Khan N and Nyanungo K. Children and women's rights in Zimbabwe. Theory and practice. A critical analysis in relation to the women and children's conventions. Harare: UNICEF; 2004.

A.3. Les efforts légaux pour améliorer le statut de la femme

Depuis l'indépendance, des efforts soutenus du gouvernement ont permis d'améliorer légalement le statut de la femme. Le Zimbabwe a ainsi ratifié en mai 1991 la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes (United Nations and Division for the Advancement of Women, 1979) et adopté en 2001 une politique nationale sur le genre (ratifiée en 2004). Dans l'ensemble cependant, au cours des deux dernières décennies, les régulations au niveau national en faveur des femmes, leur permettant d'accéder au divorce et de contrôler leur propre vie, ont été limitées à quelques domaines spécifiques, tels que le statut légal de la majorité de la femme (Lucker, 1998). Aujourd'hui, le parlement zimbabwéen compte 16% de femmes, comparé à 33% en Afrique du Sud¹⁸.

La principale contrainte à l'égalité des sexes réside dans l'application d'un système de lois duel, partagé entre les articles de la Constitution et les principes des lois coutumières¹⁹. Ainsi, pendant longtemps, les questions relatives à la violence ou l'abus sexuel dans le cadre du mariage n'étaient pas clairement définies dans les textes de lois zimbabwéens (United Nations Zimbabwe Country Team, 1998). En 2001, le Zimbabwe a adopté une nouvelle loi (*Sexual Offences Act*) reconnaissant et punissant le viol au sein du mariage. La violence intra-conjugale reste néanmoins largement tolérée comme moyen de mettre au fin aux disputes et d'exercer une domination au sein du mariage (Watts, et al., 1998). **La violence contre les femmes au Zimbabwe est commune et acceptée comme partie intégrante des normes sociales (Hindin, 2003), et constitue sans aucun doute un des facteurs limitant la discussion et la négociation sexuelle dans le couple.**

En outre, une enquête conduite en 1996-1997 parmi des écoliers zimbabwéens a suggéré que, bien que les jeunes filles puissent imaginer « l'égalité dans le mariage », elles étaient incapables de briser les normes sociales qui définissent une position dominante de l'homme dans le mariage, particulièrement en termes de pouvoir de décision (Ansell, 2002). Ce sont donc à la fois les hommes et les femmes qui font perdurer l'attente culturelle de la domination masculine du pouvoir de décision (Hindin, 2000).

¹⁸ Voir http://www.irinnews.org/report.asp?ReportID=46916&SelectRegion=Southern_Africa&SelectCountry=Zimbabwe [Accessed 14/06/2005]

¹⁹ Zimbabwe Women Resource Centre and Network. "Count down to Beijing + 10". Gender Budgets Watch IV. August 2004.

Ainsi, si certaines lois ont permis d'améliorer le statut de la femme zimbabwéenne dans des domaines spécifiques, et si la situation des femmes n'est pas uniforme sur tout le territoire, dans l'ensemble, l'émancipation des femmes dans le contexte culturel du sexe et de la reproduction est loin d'être acquise.

A.4. Croyances et traditions

La Zimbabwe est un pays très religieux. La chrétienté est la religion principale du pays, adoptée par près de 80% de la population d'après le recensement de 2002²⁰. La plupart de ces chrétiens se déclarent catholiques (40-50%), bien que se développent également un grand nombre d'églises protestantes plus ou moins confessionnelles (méthodistes, pentecôtistes, anglicanes ou apostoliques, entre autres). La pratique religieuse représente un part importante de la vie de nombreux zimbabwéens, et l'influence des messages et des croyances religieuses ne doit pas être sous-estimée. Ainsi l'Eglise catholique au Zimbabwe prône la fidélité, en défendant ses propres conceptions éthiques d'une démarche de prévention du VIH (Dozon, 2001b). Comme dans l'ensemble du monde, l'église a pris position contre certaines agences de lutte contre le SIDA et programmes de prévention du VIH faisant la promotion de l'utilisation des préservatifs, et contre l'éducation sexuelle et la prévention du VIH/SIDA à l'école (Marindo, et al., 2003). **Aujourd'hui, le gouvernement ne semble pas vouloir confronter certaines positions conservatrices de l'Eglise et leurs conséquences dramatiques pour la prévention du VIH/SIDA.**

A cette religion institutionnalisée se greffe aussi des religions traditionnelles dont les croyances et pratiques se mélangent. La majorité des Shona ont adopté une religion monothéiste selon laquelle « *Mwari* » (celui qui est), être suprême, a créé l'univers (Owomoyela, 2002). Les Shonas ont également préservé le culte des ancêtres, particulièrement en zone rurale, et communiquent avec leurs aïeux et autres esprits au travers de médiums – sorciers. Leurs croyances en la magie et la sorcellerie sont encore fortes. Les chefs traditionnels (*chiefs*), encore aujourd'hui « responsables » de la prospérité économique et politique de leur communauté (souvent plusieurs villages), sont également chargés de préserver les communautés des mauvais esprits (Bourdillon, 1998). C'est ainsi que les Shona, comme un grand nombre de peuples africains, attribuent rarement les causes des infections et des maladies à des explications triviales telles que les contaminations environnementales ou

²⁰ Central Statistical Office. Census 2002 Zimbabwe - Preliminary Report. Harare: Central Statistical Office; 2002.

des désordres physiologiques, mais préfèrent mettre en cause des agents maléfiques (Owomoyela, 2002).

Les guérisseurs traditionnels (*n'anga*) bénéficient ainsi d'une place importante dans la culture de la population zimbabwéenne moderne. En ne reconnaissant pas le VIH/SIDA comme cause de décès, en identifiant l'infection par le VIH comme un ensorcellement, et en recommandant les relations sexuelles non protégées avec des mineures comme stratégie de guérison du SIDA (Goerke, 2004), les guérisseurs ont adopté une position particulièrement inquiétante vis-à-vis de l'infection par le VIH. Comme nous le verrons au point 1.2.2., les guérisseurs font partie intégrante du système de santé du Zimbabwe, et le MOH/CW s'efforce de sensibiliser et éduquer sans cesse ces figures importantes de la culture shona.

B. La situation historique et politique

B.1. Un climat politique instable

Le Zimbabwe est une ancienne colonie de peuplement britannique. Une longue lutte armée menée par les groupes nationalistes du *Zimbabwe African National Union* (ZANU) a conduit à la signature des accords de Lancaster House en 1979 ; ceux-ci ont ouvert la voie à la formation du premier gouvernement noir et à l'indépendance du Zimbabwe le 18 avril 1980 (Sithole, 1990). Les conséquences de cet « héritage », notamment les relations tumultueuses entre le Zimbabwe et la Grande-Bretagne, sont aujourd'hui encore au cœur de la crise politique qui affecte le pays. Robert Mugabe, à la tête du *ZANU – Patriotic Front* (ZANU-PF) depuis la fin des années 1970, est devenu Premier Ministre en 1980, acclamé comme un libérateur, tant par la population (noire) zimbabwéenne que par l'ensemble de la communauté internationale. Il est ensuite devenu le premier Président de la République du Zimbabwe en 1987 et n'a pas quitté le pouvoir depuis. Il a tenté d'accroître ses pouvoirs à la faveur de réformes constitutionnelles, puis n'a cessé de durcir son régime suite aux élections législatives de 2000 et surtout des présidentielles de 2002 où sa victoire fut largement contestée par la parti d'opposition, le *Movement for Democratic Change* (MDC).

Le régime actuel est caractérisé par une limitation importante du débat démocratique résultant de la volonté impérative du président Mugabe de se maintenir au pouvoir et de préparer sa succession. Parmi les indicateurs de l'ampleur de la crise politique, nous pouvons mentionner : l'intimidation violente des opposants au régime (2002), l'interdiction

de réunion des syndicats, l'arrestation des opposants et syndicalistes, l'interdiction de la presse d'opposition (fermeture de certains journaux, loi restrictive sur les médias) et la préparation mi-2004 d'une loi restrictive pour les ONG (visant essentiellement les ONG travaillant dans le domaine des droits de l'Homme et la bonne gouvernance) [cette loi n'a pas été approuvée à ce jour].

Dans le contexte de la préparation des élections législatives de 2005, Mugabe a multiplié les annonces dans un registre démagogique et racial : estimations gonflées concernant les récoltes agricoles de 2004, manque de transparence du gouvernement dans le cadre de la distribution alimentaire, appui aux chefs traditionnels dans les zones rurales, lutte fictive contre la corruption (mise en accusation du ministre des finances), interdiction de certains observateurs étrangers (Etats-Unis, Japon, Union Européenne) hormis ceux de la région d'Afrique australe, et diabolisation constante de la Grande-Bretagne.

La réforme agraire, commencée à la fin des années 1990, a été relancée dans la hâte comme un prétexte à une pression raciale (illustrée par la violence ouverte et orchestrée contre les fermiers blancs) et afin de préparer les élections présidentielles de 2002. Cette réforme a profité principalement aux hauts fonctionnaires et dignitaires du ZANU-PF et aux vétérans de la guerre de libération (essentiellement à des fins d'enrichissement personnel), en général pourtant incompetents pour cultiver les terres confisquées (Compagnon, 2000). Une des principales conséquences de cette réforme est la détérioration de l'appareil productif d'un pays autrefois considéré comme le grenier de l'Afrique.

Les pays voisins du Zimbabwe soutiennent publiquement le président Mugabe qui représente pour eux un des héros de lutte des noirs colonisés. Cependant, les dérives du régime ont de lourdes conséquences sur leur propre économie et nuisent à l'image et l'attractivité de la région pour les investisseurs étrangers. Les pays occidentaux expriment leur inquiétude vis-à-vis de la crise économique et politique, des atteintes répétées aux droits de l'homme, et appellent, au-delà des sanctions déjà existantes, au durcissement de la position des pays africains. Cette attitude reste, à ce jour, sans effet, notamment pour ce qui est de la position de l'Afrique du Sud dont les pays occidentaux pourraient espérer qu'elle joue un rôle d'arbitre et de conciliateur auprès du président Mugabe.

Les conséquences économiques de cette crise politique sont considérables. Le manque de confiance internationale explique en grande partie la baisse de l'attractivité financière et le manque de devises étrangères. La mauvaise gouvernance économique et une gestion erratique des finances publiques entraînent la dégradation des ressources publiques dont les répercussions sociales sont considérables.

B.2. L'organisation politique locale

Le Zimbabwe est composé de 10 provinces dont Harare et Bulawayo. Ces provinces sont à leur tour divisées en 58 districts, 1 377 circonscriptions (*wards*) et 6 180 villages (en 2002) (Bijlmakers, 2003). L'organisation hiérarchique de la gestion administrative et politique du pays est guidée par le *Provincial Councils and Administration Act* de 1985 et le *Rural District Act* de 1988. Ces textes constituent le fondement de la politique gouvernementale de décentralisation.

Le district est l'entité clé de la pyramide administrative et politique du Zimbabwe. Les autorités locales de district sont constituées d'élus locaux (*concellors*) et officiels nommés représentants du gouvernement qui se réunissent mensuellement lors de conseils de districts. Ces conseils ont pour objectif de favoriser la participation de la population aux décisions politiques et de développement, qui était particulièrement faible avant l'indépendance nationale. Les autorités locales ont pour missions principales l'entretien du réseau routier, les soins de santé, le logement, l'éducation et un certain nombre d'autres services communautaires. Leur rôle est également de réglementer le commerce local et de lever les impôts locaux (dont seulement une partie est utilisée localement) selon les recommandations du Ministère de gouvernemental local et du développement urbain et rural.

Au sein de ces districts administratifs, les villages représentent les entités traditionnelles d'organisation sociale et politique. Les villages sont encore souvent dirigés par des chefs locaux (*headmen*) dont la fonction est héritée et liée à l'autorité d'une famille au sein de la communauté villageoise. Au moment de la colonisation, la position de ces chefs de village était intégrée dans la structure de gouvernance locale et leur rôle était ceux d'agents administratifs et représentants politiques des populations locales, chargés de préserver les structures africaines traditionnelles pour éviter les conflits avec l'administration coloniale (Murapa, 1986). Aujourd'hui, ces chefs de village, ainsi que les chefs traditionnels (*chiefs*)

conservent une certaine forme d'influence sociale et sont régulièrement consultés et mobilisés lors de la mise en œuvre d'initiatives de développement ou de santé publique, entre autres.

A la fin des années 1990, une enquête conduite auprès d'officiels du gouvernement et des autorités locales a révélé que les principes de la décentralisation politique étaient peu appliqués : la prise de décision politique restait avant tout « *top-down* », les démarches participatives naissant en réaction aux suggestions centrales. Cette enquête a également montré que la participation de la population s'exprimait par la mise en œuvre des programmes de développement initiés par le gouvernement plutôt que par la formulation initiale du projet. Ainsi, l'auteur a conclu que la décentralisation au Zimbabwe a jusqu'à présent davantage servi des objectifs de prolongation de l'influence du parti au pouvoir au détriment du développement participatif et de l'évolution du système politique démocratique (Makumbe, 1998).

Malgré une autonomie insuffisante et une capacité d'impulsion politique et programmatique limitée, le district demeure une entité fonctionnelle. **Les districts constituent des espaces relativement cohérents géographiquement, et à l'échelle desquels peuvent se développer des initiatives innovantes en matière de développement, d'éducation ou de santé**, tel que l'initiative pilote de PTME que nous présenterons au chapitre deux.

C. La crise économique et sociale

Grâce au climat de type sub-tropical, la majorité du territoire zimbabwéen (83%) est constituée de terres agricoles. Les principales cultures sont le maïs (45% des terres arables), le millet (11%) et l'arachide. Puis viennent le coton, la canne à sucre et le blé. La principale culture commerciale est le tabac (30% des terres cultivées). La grande majorité de la population vivant en zone rurale tire ses revenus d'activités de production agricole de subsistance. L'agriculture contribuait pour 21% au Produit Intérieur Brut (PIB) en 2003 et concentrait plus de la moitié des exportations (Keraval, 2003). Le Zimbabwe a longtemps été défini comme le « grenier de l'Afrique » en raison du potentiel économique de ses ressources naturelles. **Depuis plusieurs années, la production agricole a été mise à mal par des périodes répétées de sécheresse importante (notamment la saison 2001/2002) et par la rupture du cycle agricole favorisé par la mise en place brutale du programme de redistribution des terres, entraînant une forte pénurie alimentaire** (voir ci-dessous). La

production de tabac a chuté de 63% entre 2000 et 2003 (Keraval, 2003) et aujourd'hui, les récoltes de maïs sont largement inférieures aux besoins nationaux (World Food Programme, 2004).

Pendant de longues années, l'espace agricole zimbabwéen était partagé principalement entre 1) des fermes commerciales, situées sur les hautes terres centrales du pays, planes et correctement arrosées et identifiées comme des terres blanches lors de la période coloniale et 2) des zones communales (*communal land*), anciennes réserves tribales, les plus peuplées, mais les moins arrosées et donc les moins productives (Gervais-Lambony, 1997). Au début des années 1990, l'Etat s'est efforcé de mettre en œuvre une réforme agraire, en nationalisant les propriétés de fermiers blancs désireux de vendre et créant de nouvelles zones agricoles, les terres de réinstallation (*resettlement areas*). Sous couvert de cette politique de redistribution des terres agricoles, le gouvernement a lancé en 2002-2003 une campagne accélérée d'expropriation des fermes commerciales occupées encore principalement par des fermiers blancs. Les expropriations et les violences ont désorganisé la production agricole, compromettant les exportations des récoltes de tabac et aggravant chaque année les déficits en céréales (Compagnon, 2000). La crise du secteur agricole explique en partie la grave crise économique que connaît le Zimbabwe depuis la fin des années 1990 (Hawkins, 2001).

La crise politique qui touche le Zimbabwe depuis les années 1990 n'a pas seulement affecté le secteur agricole mais l'ensemble du potentiel productif du pays. Le gouvernement a adopté en 1991 puis en 1996 plusieurs programmes d'ajustement structurel économique tels que proposés par le Fonds Monétaire International (FMI) et la Banque Mondiale, avec pour principaux objectifs la réduction substantielle des dépenses gouvernementales, la libéralisation du commerce et la dérégulation de l'économie. Au cours de la dernière décennie, seulement une partie des politiques d'ajustement prévues ont été mises en œuvre, et le Zimbabwe est aujourd'hui un pays largement endetté, menacé d'exclusion du FMI en 2004. Le pays a connu une inflation annuelle de plus de 600% en 2003 (Keraval, 2003), stabilisée aujourd'hui à près de 150% (Vassiliades, 2005). Le taux de croissance économique est négatif depuis 2000 (Keraval, 2003).

La crise économique et politique a gravement affecté la qualité des services publics. Depuis plusieurs années, le Zimbabwe fait face à des pénuries de médicaments et d'infirmières, de livres scolaires, à des retards dans le paiement des prestations sociales, à la sous-dotation des

dépenses de fonctionnement de l'administration (manque de fournitures, équipement de bureau) et à la dégradation du niveau de maintenance des infrastructures (Bijlmakers, 2003).

Les retombées sociales de la crise économique sont nombreuses. La pauvreté est croissante et la précarité économique touche une large majorité de la population. Le taux de chômage en 2002 était estimé à près de 70% de la population active²¹. La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté était de 57% en 1995 et atteignait 69% en 2002 (Poverty Reduction Forum, et al., 2003). **En 2004, le PNUD a estimé que le Zimbabwe était l'un des pays les plus pauvres du monde, avec un indice de pauvreté humaine²² de 52,0 situé au 90^{ème} rang (sur 95) (UNDP, 2003).**

Dans les années 1990, le Zimbabwe avait quasiment atteint l'objectif de « l'éducation primaire pour tous », avec un taux d'alphabétisation²³ chez les adultes estimé à près de 90% en 1995 (UNICEF, 1997). Depuis le début des années 1990, en partie en raison de la politique nationale d'introduction de frais de scolarité qui limite l'accès à l'éducation de nombreuses familles vivant sous le seuil de pauvreté (Nyambuya, 1994), le taux de complétion du niveau primaire a stagné voire baissé de 76 à 73% entre 1990-1995 et 1998-2001 (UNICEF, 1997; UNICEF, 2004b). Par ailleurs, en raison de la crise socioéconomique du pays, les professions enseignantes sont de plus en plus touchées par le chômage et la fuite des cerveaux. Comme récemment démontré en Zambie (Grassly, et al., 2003), leur absentéisme est également aggravé par l'ampleur de l'épidémie de VIH/SIDA. Aujourd'hui, le niveau d'éducation de la population reste cependant élevé comparé à d'autres pays en développement, notamment en Afrique.

En 2002, il était estimé que 77% et 39% de la population rurale avait accès à l'eau potable et à l'assainissement, respectivement²⁴. La politique nationale de redistribution des terres et les déplacements de population ont eu pour conséquences, entre autres, une réduction du nombre de puits et la dégradation des infrastructures hydrauliques. Cette détérioration de la couverture sanitaire, augmentant l'exposition au risque de maladies hydriques, explique en partie la réémergence d'épidémies ponctuelles de choléra (Sithole, 2003) (*voir point 1.2.2*).

²¹ Voir <http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/fields/2129.html> [Accessed 13/07/2007]

²² Combinaison de trois variables : le risque de mourir avant 40 ans, le taux d'alphabétisation parmi les adultes et les conditions de vie (accès aux services de santé, accès à l'eau potable et la sous-nutrition parmi les enfants de moins de cinq ans).

²³ Taux d'alphabétisation se définissant comme le pourcentage d'une population donnée pouvant lire et écrire, en le comprenant, un exposé simple et bref de faits en rapport avec sa vie quotidienne.

²⁴ UNICEF. Hope never dries up: facing the challenges. A situation assessment and analysis of children in Zimbabwe - 2002 update. Harare: UNICEF; 2003.

L'indice de développement humain (IDH)²⁵ peut être utilisé pour synthétiser la dégradation de la situation socio-sanitaire du Zimbabwe. Le pays était au 145^{ème} rang (sur 175) en 2001, avec un IDH estimé à 0,496 (vs 0,621 en 1985, soit le 69^{ème} rang) (UNDP, 2003).

1.2.2. La santé des zimbabwéens en péril

A. La détérioration du système de santé

A.1. La pyramide sanitaire

Pendant les années de colonisation britannique, le système de santé du Zimbabwe était inégalitaire, en réponse aux divisions raciales. La distribution des ressources financières du secteur sanitaire s'effectuait selon le nombre d'institutions de santé en place et non les besoins de santé de la population. A l'indépendance en 1980, confronté à la nécessité de résoudre les clivages ethniques et raciaux, le gouvernement zimbabwéen a fondé son action sur le principe de l'équité.

Le début des années 1980, avec en 1982 l'adoption par le gouvernement de la stratégie des soins de santé primaires, marque une restructuration du système de santé. Le « *Health for all action plan* » adopté par le MOH/CW en 1986, avait pour objectif le développement de nouvelles unités de soins, la rationalisation de la carte sanitaire et de l'accès aux soins essentiels. Le gouvernement a par ailleurs adopté en 1996 une politique de décentralisation des responsabilités et du financement des services de santé, plaçant au sommet de ses priorités la fourniture de services de base à l'ensemble de la population. L'outil maître de la décentralisation et de la réforme sanitaire est la politique nationale de santé actuelle, « *Working for quality and equity in health. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007* », cadre stratégique ayant pour objectif de rapprocher la santé du développement plus général de la population²⁶.

²⁵ Basé sur quatre variables socio-économiques : l'espérance de vie à la naissance, le taux d'alphabétisation chez les adultes, la durée moyenne de la scolarisation et un indicateur ajusté de production économique *per capita*.

²⁶ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

Le système sanitaire public du Zimbabwe est organisé de façon pyramidale. Le premier niveau de la pyramide, le premier point de rencontre entre la communauté et le secteur formel de la santé, est celui des centres de santé de base. La prévention, les soins et la rééducation sont les fonctions essentielles des 1180 cliniques (*rural clinic* ou *urban polyclinic*) et hôpitaux ruraux (*rural hospital*). Le deuxième échelon de la pyramide est le district de santé. Le district est devenu depuis le début des années 1980 le niveau opérationnel de mise en place des activités de santé, là où doivent être réconciliés les besoins communautaires et les priorités nationales de santé. Les structures de référence des centres de santé de base au sein des districts, sont les hôpitaux de districts gouvernementaux (*district hospital*) et les hôpitaux missionnaires (*mission hospital*), soit un total de 58 hôpitaux en 2003. Le niveau provincial coordonne les activités des différents districts dans le cadre d'une même province. La fonction des hôpitaux de ce troisième niveau est d'offrir des services médicaux spécialisés et d'assurer la formation du personnel de santé. Le pays compte neuf hôpitaux de province (*provincial hospital*). Le quatrième niveau de santé ou niveau central définit la politique en matière de santé et supervise les activités à échelle nationale. Deux des cinq hôpitaux centraux sont situés à Harare. Le MOH/CW compte près de 1250 institutions de santé dans le pays pour une population de 11,6 millions (Ray and Kureya, 2003).

La politique nationale de santé prévoit qu'aucun individu ne devrait être à plus de 5 km d'une structure de santé²⁷. **En 2004, une enquête des Nations Unies a estimé que 58% des ménages du pays étaient pourtant à plus de 5 km de leur centre de santé local** (United Nations Regional Inter-Agency Coordination Support for the Special Envoy for Humanitarian Needs in Southern Africa, 2004). En 2003, 65 à 80% des ouvriers agricoles du pays devaient parcourir plus de 20 km pour se rendre au centre de santé le plus proche (Sithole, 2003).

A.2. Les restrictions en ressources humaines et financières

Plusieurs institutions financent et gèrent l'offre de services de santé aux différents échelons de la pyramide sanitaire. Il s'agit principalement du gouvernement, des missions religieuses et du secteur privé. Le gouvernement central, par le biais du MOH/CW, des municipalités et autorités locales, dessert plus d'un tiers de la population du Zimbabwe. Les missions religieuses et les associations à but non lucratif, se substituant parfois à l'Etat, sont

²⁷ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

principalement actives en milieu rural et desservent plus de 70% de la population rurale (49% de la population totale) (Ray and Kureya, 2003). Les praticiens privés modernes, *chiremba*, sont installés en centres urbains et ne sont accessibles qu'à certaines catégories socioéconomiques de la population. Les tradi-praticiens (*traditional healers*) représentent une frange importante des praticiens privés et sont reconnus, respectés et appréciés par la communauté pour leur pouvoir de guérison. L'acte parlementaire de 1981, *Traditional Practitioners' Act*, et la création de la *Zimbabwe National Traditional Healers' Association* (ZINATHA) ont conduit à leur reconnaissance officielle. En particulier, les sages-femmes traditionnelles (*traditional midwife*) occupent une place très importante en zone rurale, assistant souvent plus de la moitié des accouchements. La plupart de ces sages-femmes bénéficient d'une formation du MOH/CW mais ne sont pas rémunérées. Enfin, différentes organisations industrielles et privées ainsi que des agences donatrices internationales ont parfois développé leurs propres centres de santé (par exemples les industries sucrières du sud du pays ayant créé un hôpital privé pour leurs propres ouvriers agricoles) et permettent souvent de soutenir financièrement certaines structures publiques d'offres de soins. **La majorité de la population du Zimbabwe a recours aux structures de santé gouvernementales, en crise, et missionnaires, en sursis.**

Le personnel de santé susceptible de travailler dans les centres de santé gouvernementaux et missionnaires est le suivant : médecin (*general medical officer, medical doctor*), sage-femme (*midwife*), infirmière (*nurse*), aide-soignante (*nurse-aid*), laborantin (*laboratory scientist*), technicien de laboratoire (*laboratory technician*), pharmacien (*pharmacist*), nutritionniste (*nutritionist*), conseiller (*primary care counsellor*). Plusieurs agents de santé sont impliqués au sein de la communauté, responsables envers le secteur public et travaillant en lien avec les centres de santé : technicien de santé environnementale (*environmental health technician*), agent de promotion de la santé (*health promoter*), agent de santé communautaire (*community health worker*) et agent de santé villageois (*village health worker*).

Le contingent en ressources humaines de chaque structure de santé varie selon sa localisation géographique, sa taille et sa couverture. Les centres de santé de base, que ce soit les cliniques ou hôpitaux ruraux, disposent en moyenne d'une à deux infirmières maximum. En 2000, le MOH/CW estimait que chaque centre de santé rural desservait en moyenne 8 000 à 11 000

personnes²⁸. En 1997, la couverture en ressources humaines était meilleure que dans le reste de l'Afrique avec des ratio médecin et infirmière/population desservie de 1/6 732 et 1/843 respectivement (contre 1/9 000 et 1/2 000 pour l'ensemble de l'Afrique)²⁹. Néanmoins, le système de santé zimbabwéen ne cesse de se détériorer et souffre aujourd'hui de ressources humaines largement insuffisantes. Le tableau 7 montre que **pour certaines professions de santé publique, en moyenne plus de 60% des postes étaient vacants dans le secteur public en 2004.**

Tableau 7. Pénuries en ressources humaines dans le secteur de la santé du Zimbabwe en 2004.

Catégorie de personnel	Objectifs	Postes occupés	Postes vacants	% vacance	Ratio catégorie/population
Docteurs	1 530	687	843	55	1/16 885
Dentistes	59	16	43	73	1/725 000
Infirmières	11 640	6 940	4 700	40	1/1 671
Pharmaciens	132	12	120	90	1/9 966 667
Techniciens de santé environnementale	1 624	764	860	53	1/15 183

Adapté de (World Health Organisation and Health Action in Crises, 1998)

La baisse des salaires et les conditions de travail peu attractives dans le secteur public, liées à la crise économique du pays et particulièrement à la dévaluation de la monnaie locale, ont contribué à la baisse de la motivation et un taux de renouvellement du personnel élevé (Bassett, et al., 1997). La détérioration du système de santé s'explique également par l'impact de l'épidémie de VIH/SIDA (Ncayiyana, 2004) sur la morbidité, l'absentéisme et la charge de travail élevées du personnel de santé, comme une étude l'a montré en Afrique du Sud (Shisana, et al., 2002). Le Zimbabwe peine aujourd'hui à retenir son personnel de santé qualifié (*brain drain*). En 2001, près de 30% de ses infirmières nouvellement diplômées ont émigré au Royaume-Uni (Diallo, 2004). Dès la fin des années 1990, d'autres raisons avancées pour expliquer les pénuries en professionnels de santé étaient la privatisation grandissante des soins de santé ciblant les populations urbaines, ainsi qu'une série de décisions politiques du gouvernement zimbabwéen (réduction des formations disponibles aux infirmières d'état, manque de planification de la distribution des ressources humaines et licenciement d'agents de santé en grève) (World Bank and Sector and Thematic Evaluations Group Operations Evaluation Department, 1999). **Malgré ce contingent humain de plus en plus limité, le**

²⁸ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Zimbabwe National Health Profile 2000. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, Epidemiology and Disease Control, National Health Information and Surveillance Unit, Central Statistical Office; 2000.

²⁹ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

MOH/CW s'efforce depuis quelques années de mobiliser les ressources nécessaires pour de lutte contre le VIH/SIDA (voir partie 1.2.3).

Par ailleurs, au sein de la politique de soins de santé primaires mise en œuvre à l'indépendance, le gouvernement a lancé en 1981 un programme national de formation et de déploiement des agents de santé communautaires et agents de santé villageois. Recrutés au sein de la communauté, responsables des activités de prévention et de promotion de la santé (mesures d'hygiène, construction de latrines et puits), des soins à domicile, ainsi que de la mobilisation communautaire (Loewenson, 1991), leur supervision et leur formation constituent aujourd'hui un enjeu important des initiatives de santé publique du Zimbabwe. En effet, dans contexte de l'épidémie du VIH/SIDA, et ses exigences en termes de soins aux personnes infectées par le VIH, particulièrement des personnes malades du SIDA, les besoins de soins de santé à domicile ont largement augmenté. La crise des ressources humaines est à l'origine d'un phénomène de plus en plus répandu dans régions fortement affectées par l'épidémie, la prise en charge des malades par leur famille et particulièrement par les femmes (Meursing and Sibindi, 1993) ou les enfants orphelins³⁰. **Les pénuries en ressources humaines du secteur public et les difficultés à détacher le personnel dans la communauté ont augmenté les responsabilités des agents de santé communautaires et villageois en matière de soins et de suivi des familles.** Nous décrivons les enjeux d'une telle orientation communautaire dans le chapitre quatre.

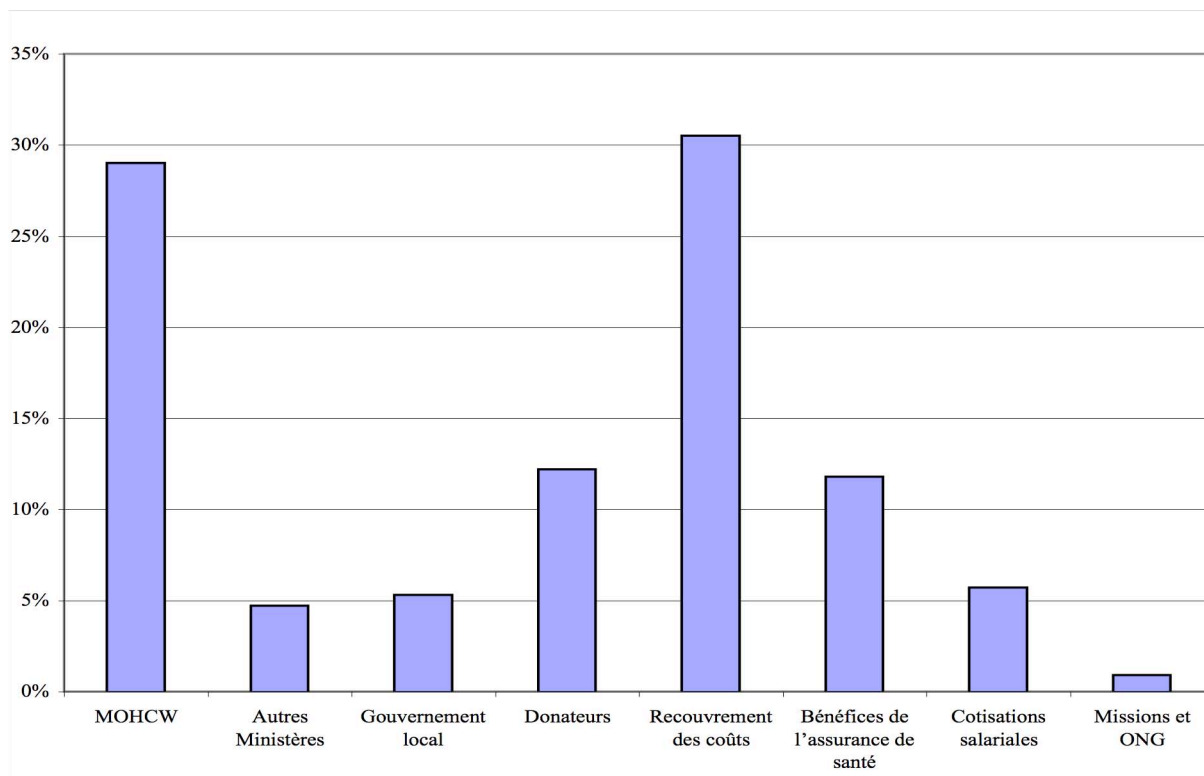
Dans le contexte de la crise économique des deux dernières décennies, les dépenses de santé du Zimbabwe ont été réduites de plus de 30% entre 1990 et 1996, passant de 6,2 % à 4,2% du budget national (Bijlmakers, 2003). Cette tendance négative s'est accompagnée d'une importante réduction des allocations *per capita* pour le secteur sanitaire (23,6US\$ en 1991 à 14US\$ en 2001³¹). Entre 1991 et 1994, le gouvernement a progressivement introduit une politique de recouvrement des coûts des soins de santé dans le contexte des réformes économiques d'ajustement structurel. Ainsi, en 1994, les sources de financement du secteur de la santé se répartissaient de façon équitable entre secteur public et secteur privé (Graphique 1) ; cette répartition était comparable en 1998. L'aide extérieure, estimée à 12,5% du budget total de la santé en 1994, était principalement dédiée aux activités de lutte contre le VIH/SIDA et au soutien de la politique nationale de planning familial (Bijlmakers, 2003;

³⁰ UNIFEM SARO. Gender related socio-economic impact of HIV/AIDS in Zimbabwe. A community-based research (Draft): UNIFEM SARO; 2000.

³¹ UNICEF. Hope never dries up: facing the challenges. A situation assessment and analysis of children in Zimbabwe - 2002 update. Harare: UNICEF; 2003.

Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, 2001). Le soutien international, notamment de la Commission européenne, a permis également de subventionner la politique des médicaments essentiels du Zimbabwe depuis le début des années 2000³².

Graphique 1. La répartition des sources de financement du secteur de la santé au Zimbabwe en 1994.



Source³³.

B. La couverture en services de santé de base

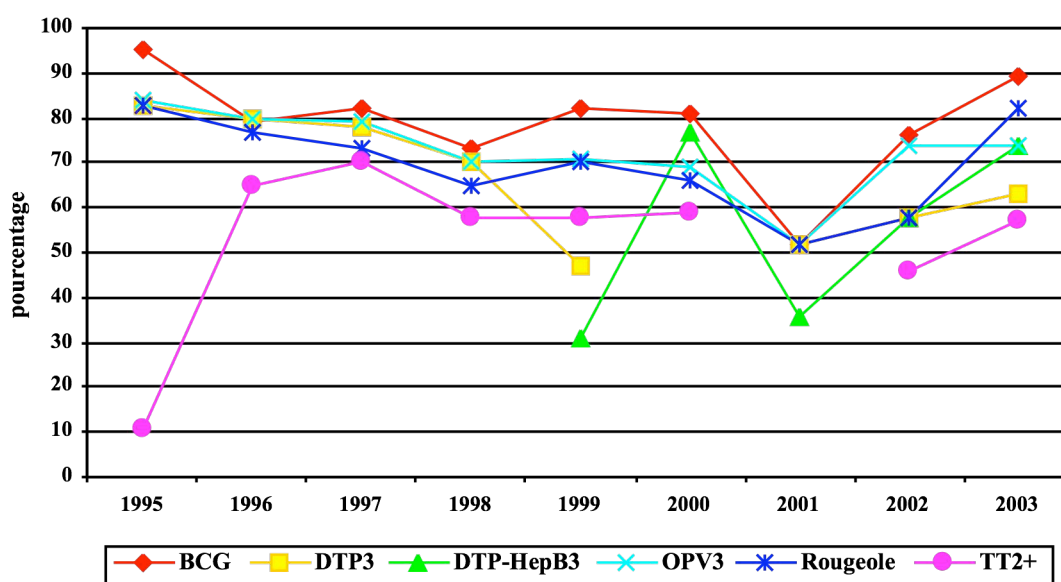
Dans un contexte national de crise économique, certains centres de santé de base en zone rurale n'ont pas l'eau ou l'électricité ni le téléphone pour communiquer avec l'hôpital de district (Decosas and Padian, 2002). Une étude conduite en 2004 par les Nations Unies a montré que la plupart des centres de santé ruraux manquaient des médicaments essentiels (United Nations Regional Inter-Agency Coordination Support for the Special Envoy for Humanitarian Needs in Southern Africa, 2004). En effet, les restrictions budgétaires, ainsi que le manque de liquidité étrangère liée à la dévaluation de la monnaie locale, ont augmenté le coût d'importation des médicaments et de vaccins essentiels. En 2001, la disponibilité en

³² Voir http://europa.eu.int/comm/development/body/country/country_home_en.cfm?cid=zw&status=new [Accessed 28/07/2005]

³³ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

médicaments essentiels dans le secteur public était estimée à 70% (86% en 1996) (Ray and Kureya, 2003). L'initiative internationale GAVI (*Global Access to Vaccination and Immunisation*), soutenue par l'OMS et l'UNICEF, est reconnue pour avoir contribué au maintien des services de vaccination au cours des dix dernières années. Mais en raison du contexte économique actuel du pays, ainsi que des contraintes en termes de ressources humaines et des difficultés de transport en zone rurale, l'avenir de ces services essentiels, même à court terme, est très incertain. Depuis l'an 2000, la couverture vaccinale au Zimbabwe est en progression constante mais loin encore de son niveau des années 1990 (Graphique 2). Le MOH/CW a estimé en 2003 que la couverture vaccinale atteignait 89% des enfants pour la vaccination anti-tuberculeuse (BCG), 82% pour le vaccin contre la rougeole et 62% pour le vaccin anti-diphtérie-tétanos-polio (DTP).

Graphique 2. Evolution de la couverture vaccinale au Zimbabwe (1995-2003).



Source ³⁴.

* BCG=vaccination anti-tuberculeuse ; DTP=diphtérie-tétanos-polio, OPV= vaccin oral anti-polio, TT2=2eme dose de vaccin anti-tétanique

En 1983, au lendemain du lancement du « programme national pour la mère et l'enfant », la couverture en soins prénatals atteignait 89% des femmes enceintes (Loewenson, 1991). **L'UNICEF estimait qu'entre 1995 et 2001 93% des femmes enceintes avaient eu accès à des services de soins prénatals** (UNICEF, 2003). D'après le ZDHS de 1999, parmi les femmes ayant bénéficié de soins prénatals, 13% ont été suivies par un médecin, la majorité des soins de santé étant dispensés par des infirmières ou des sages-femmes professionnelles.

³⁴ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

L'âge gestationnel médian à la première visite anténatale était de 4,9 mois d'aménorrhée, et le nombre médian de visites anténatales était de 4,7. Malgré une couverture en soins prénatals élevée, la proportion d'accouchements institutionnalisés est bien plus faible, notamment en raison de l'absence de personnel médical et même infirmier dans les cliniques rurales. **Le pourcentage national d'accouchements institutionnalisés était de 72,2%, variant de 50% dans la province du Manicaland à 79% dans la province de Masvingo.** La proportion d'accouchements assistés par des médecins et des sages-femmes traditionnelles était de 11,6% et 17,6% respectivement, contre plus de 60% par des sages-femmes professionnelles. **La couverture en soins postnatals était de 45% (Central Statistical Office, et al., 1999).**

Le gouvernement zimbabwéen a créé le premier programme national de planning familial en 1985 géré par le *Zimbabwe National Family Planning Council* (ZNFPC). Le ZNFPC est responsable de toutes les activités liées à la fertilité, la santé reproductive et la santé familiale. Il gère la distribution des différents contraceptifs au sein des structures de santé primaire ainsi que directement dans la communauté. Lors de l'enquête du ZDHS en 1999, 63% des femmes et 66% des hommes avaient utilisé une méthode de contraception au moins une fois, et 37 et 42% utilisaient actuellement un contraceptif. **L'utilisation du préservatif était beaucoup plus faible, avec 9,1% des femmes et 27,7% des hommes ayant déclaré son utilisation lors de leur dernier rapport sexuel (Central Statistical Office, et al., 1999).** Seul l'avortement thérapeutique est légal au Zimbabwe (Centre for Reproductive Law and Policy and International Federation of Lawyers, 1997). Les liens entre le ZNFPC et l'*AIDS and TB unit* du MOH/CW sont peu formalisés à ce jour (Ndugga Maggwa, et al., 2001).

C. La dégradation de l'état de santé et de la situation nutritionnelle de la population

Le Zimbabwe a amorcé sa transition sanitaire/épidémiologique dans les années 1980, avec une baisse de la prévalence des maladies liées aux conditions de pauvreté (malnutrition, rougeole) et la hausse des causes de mortalité liées au développement et au vieillissement de la population (maladies chroniques ou cardiovasculaires, cancers) (Bijlmakers, 2003). Les maladies chroniques constituent ainsi une part importante (15%) des causes de morbidité au Zimbabwe. Cependant, d'après le MOH/CW, les maladies transmissibles représentent toujours plus de 50% de la charge de morbidité nationale. Les principales causes de recours

aux services de santé en 1996 étaient : la grossesse, le paludisme, les infections respiratoires aiguës, la tuberculose pulmonaire, les complications liées à l'avortement et les parasitoses³⁵. Par ailleurs, la transition sanitaire du Zimbabwe a été modifiée par l'émergence de l'épidémie de VIH/SIDA et des maladies opportunistes. Le MOH/CW estime que le VIH/SIDA est responsable de 70% des cas de tuberculose pulmonaire soignés dans un centre de santé. Le taux d'incidence de la tuberculose pulmonaire a été multiplié par trois en cinq ans, augmentant de 97 en 1990 à près de 270 pour 100 000 en 1995³⁶.

Après avoir connu une amélioration notable dans les années 1980, l'état sanitaire de la population zimbabwéenne ne cesse donc de se dégrader. L'analyse comparative des données des ZDHS de 1994 et 1999 a montré une multiplication par 2,5 du ratio de mortalité maternelle entre ces deux enquêtes, ratio estimé à 695 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1999. Parmi les raisons avancées pour expliquer cette tendance, on doit bien sûr évoquer les conséquences du VIH/SIDA (multiplication par 10 de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes au cours de la même période) mais aussi la détérioration des services de santé telle qu'elle a été décrite ci-dessus (Bicego, et al., 2002).

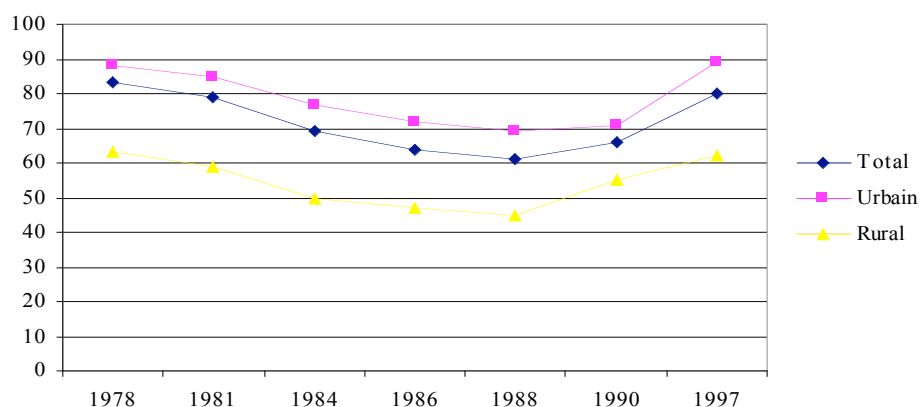
Par ailleurs, le droit à la nourriture au Zimbabwe a été largement compromis au cours des dernières années, le pays passant d'un exportateur céréalier à la fin des années 1990 à une situation de quasi-famine. Les pénuries alimentaires, aujourd'hui chroniques, constituent une réelle crise humanitaire. Ces pénuries s'expliquent par une combinaison de facteurs : la baisse du pouvoir d'achat, la pauvreté grandissante, l'environnement macro-économique, certaines décisions politiques controversées (contrôle des prix, fixation du taux de change), la réforme agraire désastreuse, ainsi que la sécheresse et autres facteurs climatiques (cyclone, inondations) (UNICEF, 2002). Le PNUD a estimé qu'en 2004, plus de 40% de la population du pays (cinq sur 11,6 millions) ne bénéficiaient pas du minimum alimentaire quotidien et risquaient la famine (World Food Programme, 2004). Cette situation a déclenché une importante politique de soutien international et d'aide alimentaire, en particulier du PAM. Une enquête nutritionnelle conduite à l'échelle nationale par le MOH/CW et l'UNICEF en 2003 estimait que 48% des enfants de six à 59 mois avaient bénéficié d'aide alimentaire au cours des trois derniers mois. Plus de 26% des enfants de moins de cinq ans avaient un retard

³⁵ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

³⁶ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

de croissance, état reflétant le stress nutritionnel et la malnutrition chronique³⁷. Ce retard de croissance précoce est également un indicateur des contraintes rencontrées par les mères en matière de nutrition infantile, notamment en termes de supplémentation précoce de l'allaitement maternel (voir partie 3.3).

Graphique 3. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) au Zimbabwe (1978-1997).



Source ³⁸.

La situation nutritionnelle critique du pays, la dégradation des conditions de vie et l'augmentation de la pauvreté touchent particulièrement les individus les plus vulnérables, c'est-à-dire les femmes et les enfants. Ainsi, le graphique 3 montre une augmentation régulière du taux de mortalité infantile depuis la fin des années 1980, passant de 60 à 80‰ entre 1987 et 1997³⁹. De récentes études ont montré qu'un des facteurs associés à l'augmentation de la mortalité infantile était l'épidémie généralisée de VIH/SIDA.

³⁷Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Zimbabwe 2003 National Nutrition and EPI Survey. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, UNICEF; 2004.

³⁸ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

³⁹ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National health strategy for Zimbabwe 1997-2007. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1997.

1.2.3. La pandémie de VIH/SIDA au Zimbabwe

A. Une des plus sérieuses épidémies d'Afrique

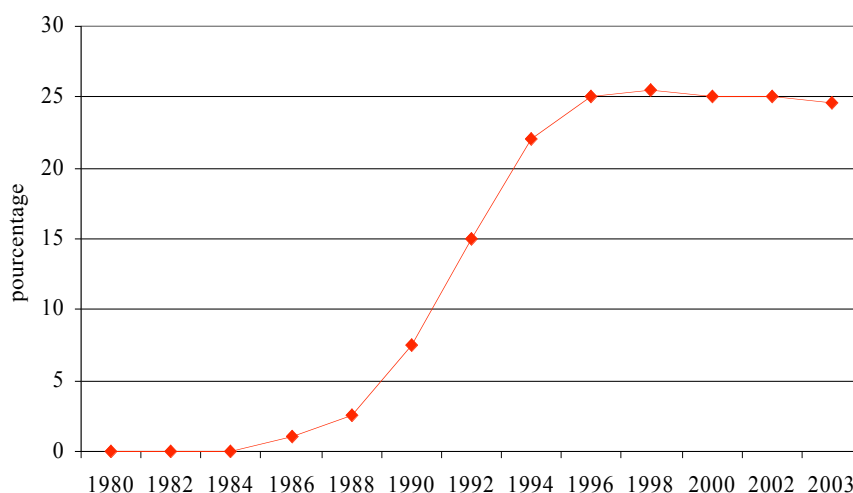
Le premier cas de SIDA fut identifié au Zimbabwe en 1985. La même année, le dépistage systématique des dons de sang a permis d'estimer à 2% la prévalence du VIH dans la population générale, bien qu'il d'agisse d'estimations basées sur des populations sélectionnées (Pitts and Jackson, 1993). La surveillance des cas de SIDA commença en 1987 et la surveillance sentinelle de l'infection par le VIH chez les femmes en consultation prénatale en 1990. Ainsi, un total de 10 500 cas de SIDA ont été recensés en 1991, avec une prévalence nationale du VIH estimée entre 7 et 10% (Pitts and Jackson, 1993). En 2001, la prévalence nationale de l'infection par le VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans était estimée à 33,7% (UNAIDS, 2002b).

D'après les dernières estimations de la situation du VIH/SIDA au Zimbabwe, publiées conjointement par le MOH/CW, les CDC américains et l'ONUSIDA, **la prévalence du VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans était estimée à 24,6% en 2003, variant de 20% en zone rurale à 28% en zone urbaine**⁴⁰. L'ampleur de l'épidémie au Zimbabwe est sans commune mesure avec la situation dans d'autres pays d'Afrique. Si le Zimbabwe n'est pas le pays le plus touché d'Afrique australe, notamment en nombre absolu de personnes vivant avec le VIH/SIDA, sa prévalence moyenne d'infection par le VIH est au moins trois fois supérieure à celles de plusieurs pays d'Afrique de l'ouest (la prévalence nationale du VIH en Côte d'Ivoire était de 7% en 2003 par exemple) (UNAIDS, 2004).

La tendance de l'épidémie est complexe à apprécier sur le long terme. La surveillance anténatale a longtemps été sujette à des irrégularités dans les estimations (UNAIDS, 2004) et une nouvelle méthode d'estimation statistique de la prévalence de l'infection par le VIH a été récemment utilisée. Seul le futur pourra confirmer si la tendance au déclin dans la prévalence (Graphique 4), à peine amorcée, est réelle ou liée aux méthodes de calcul. Dans d'autres pays d'Afrique australe et orientale, la prévalence du VIH semble en déclin, avec par exemple, une baisse de 29% en 1992 à 8% en 2002 estimée à Kampala (Ouganda) (UNAIDS, 2004).

⁴⁰ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe Centers for Disease Control, UNAIDS. Zimbabwe National HIV and AIDS estimates 2003. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2003.

Graphique 4. Evolution de la prévalence estimée du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans au Zimbabwe (1980-2003).



Source ⁴¹.

D'après les estimations du MOH/CW, en 2003, le Zimbabwe comptait plus de 1,8 millions d'adultes de 15 à 49 ans vivant avec le VIH/SIDA et plus de 760 000 orphelins du VIH/SIDA, soit près de 18% des enfants de moins de 15 ans⁴². Une étude récente a estimé qu'en raison de l'épidémie de VIH/SIDA, la prévalence du nombre d'orphelins maternels, paternels, et doubles avait augmenté de 40, 46 et 185% respectivement au cours des années 1990 (Bicego, et al., 2003).

L'épidémie de VIH/SIDA au Zimbabwe est généralisée, elle ne se limite pas à certains groupes à risque élevé tels que les prostituées ou les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse. Certaines enquêtes ont été conduites au Zimbabwe pour expliquer le schéma de progression de l'épidémie. Ainsi, les résultats d'une étude comparative de données d'enquêtes populationnelles dans des zones à forte prévalence (Zimbabwe) et à plus basse prévalence du VIH (Tanzanie) montrent que la situation épidémiologique du Zimbabwe peut se comprendre par plusieurs facteurs : mariage tardif, séparation fréquente des époux, forte mobilité spatiale et donc forte probabilité de contacts avec des groupes à risque élevé, peu de circoncision masculine, et peut être une incidence élevée d'HSV2 (herpès simplex virus 2) comme facteur de co-infection (Boerma, et al., 2003). Dans cette étude, l'âge était la principale variable prédictive du statut de l'infection par le VIH. Etre divorcé, séparé ou veuf

⁴¹ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe Centers for Disease Control, UNAIDS. Zimbabwe National HIV and AIDS estimates 2003. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2003.

⁴² Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe Centres for Disease Control, UNAIDS. Zimbabwe National HIV and AIDS estimates 2003. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2003.

semble également avoir des conséquences notables sur le risque d'infection par le VIH, davantage au Zimbabwe qu'en Tanzanie (Boerma, et al., 2003).

En outre, **le Zimbabwe est un pays socialement conservateur où être infecté par le VIH ou être malade du SIDA est largement stigmatisé, voire discriminé** (1996a). Ainsi, la validation d'instruments légaux de lutte contre la discrimination des personnes affectées par le VIH/SIDA – tels que le *Labour Relations Act (HIV and AIDS regulations)* de 1998 définissant les droits constitutionnels des personnes infectées par le VIH au travail – ne parvient pas à prévenir la perte d'emploi ou de logement (Mate, 2002). Par ailleurs, une enquête sur l'impact socioéconomique du VIH/SIDA publiée par UNIFEM en février 2000 a révélé que la population zimbabwéenne semblait reconnaître le danger biologique de la TME du VIH, mais que les femmes courraient le risque d'être répudiées si elles ne remplissaient pas leur rôle de mère⁴³.

B. La politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA

Pendant de nombreuses années, le pouvoir politique zimbabwéen, et particulièrement le MOH/CW, n'a pas suffisamment pris en compte la gravité de l'épidémie du VIH/SIDA (Price-Smith and Daly, 2004). Ainsi le programme national de lutte contre le VIH/SIDA, le *National AIDS Coordination Programme (NACP)*, créé en 1987 et responsable de la coordination des efforts de prévention et de contrôle du VIH/SIDA, a longtemps manqué d'une autorité centrale suffisante pour encourager et faire perdurer une initiative multisectorielle contre le SIDA.

La première initiative gouvernementale de lutte contre le SIDA a consisté en 1988 en un plan national quinquennal de planification, de coordination, de mise en oeuvre et d'évaluation des activités de lutte contre le VIH/SIDA et les IST, l'*Emergency Short Term Plan*. Les activités prévues consistaient principalement en la sensibilisation par IEC des groupes à risque (prostituées, routiers) et vulnérables (écoliers et jeunes) et du personnel de santé aux questions de prévention du VIH/SIDA. Comme dans beaucoup d'autres pays, les messages et slogans de lutte contre le VIH/SIDA tenaient peu compte des complexités sociales et de genre qui influencent les comportements sexuels : « Le SIDA tue et n'a pas de remède », « Soyez

⁴³ United Nations Development Fund for Women, Southern Africa Regional Office. Gender related socio-economic impact of HIV/AIDS in Zimbabwe, a community based research. Draft February 2000.

fidèle » (Meursing and Sibindi, 2000). Le MOH/CW a également encouragé la formation de personnel en soutien psychosocial, la mise en œuvre de programmes de soins et de soutien à domicile, les initiatives de contrôle et de traitement des IST, la surveillance épidémiologique à partir de 1990 seulement, l'amélioration des structures de laboratoire et l'initiation d'études de recherche biomédicale, soit des interventions davantage dirigées vers la gestion du SIDA que la prévention primaire de l'infection par le VIH.

En 1993, le gouvernement a mis en place un second plan quinquennal (1994-98), focalisé cette fois sur la réduction de l'impact individuel, social et économique du VIH/SIDA et des IST. Parmi les activités organisées par le MOH/CW étaient l'éducation pour la santé et la promotion de pratiques sexuelles sans risques et notamment de l'utilisation du préservatif (par des techniques de marketing social). Ce document faisait également mention de l'importance de prévenir le risque de TME du VIH.

A la fin des années 1980s, les services individualisés de conseil et de dépistage du VIH n'étaient pas disponibles à large échelle, mais offerts dans les hôpitaux de niveau provincial ou central pour des patients symptomatiques (Munodawafa and Gwede, 1996), ou dans le cadre d'études épidémiologiques ou cliniques ; le dépistage était systématiquement proposé aux donneurs de sang au sein des centres de transfusion sanguine. En 1999, certaines ONG et centres de santé gouvernementaux ont commencé à développer des services de conseil et de dépistage du VIH pour la population générale dans des structures indépendantes de type New Start Centre.

L'engagement réel du gouvernement zimbabwéen dans la lutte contre le VIH/SIDA date donc seulement de la fin des années 1990, soit dix ans plus tard que dans un pays comme l'Ouganda. La première politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA a été définie en 1999⁴⁴. La même année, le gouvernement a élaboré un cadre stratégique de réponse nationale au VIH/SIDA⁴⁵. La création de ces documents politiques a permis de fournir un cadre stratégique de travail aux nombreuses institutions locales et internationales impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA.

⁴⁴ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National HIV/AIDS Policy, Republic of Zimbabwe. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1999.

⁴⁵ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Strategic framework for a national response to HIV/AIDS (2000-2004), Republic of Zimbabwe. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1999.

Au sein du MOH/CW, la mise en œuvre de la politique de VIH/SIDA et la coordination des activités et programmes opérationnels est aujourd'hui sous la responsabilité du *AIDS and TB Unit* qui a remplacé le NACP en 2000. Le gouvernement s'est également engagé en 2001 dans une politique multisectorielle de la prévention du VIH avec la création du *National AIDS Council* (NAC), institution pluridisciplinaire chargé de diriger, guider et coordonner la lutte nationale contre l'épidémie. Son rôle est d'harmoniser les initiatives engagées par différents ministères (tels que la Santé, l'Education, le Travail), par le secteur privé, par certaines ONG, par les églises, par les communautés, par les médias, par les institutions internationales, ou par autant d'acteurs différents impliqués dans la lutte contre le SIDA. Le processus de décentralisation des décisions et activités de santé, initié en 1996, a permis que la démarche multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA du NAC soit conduite au niveau local, au sein des provinces, des districts, des communes/circonscriptions et des villages.

Selon NANGO (National Association of Non-Governmental Organisations), la place de la société civile dans la lutte contre le VIH/SIDA au Zimbabwe est encore incertaine (Hatendi, 2001). De nombreuses ONG participent à la lutte contre le VIH/SIDA et jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des populations et l'adaptation aux changements sociaux amenés par l'épidémie de VIH/SIDA. La plupart de ces ONG conduisent des activités de soutien (suivi psychologique, visites à domicile) et d'aide matérielle aux personnes affectées par le VIH/SIDA (paiement des frais d'inscription scolaire, aide alimentaire, distribution de préservatifs)⁴⁶, et leur implication dans le développement des compétences communautaires et dans le leadership local de lutte contre l'épidémie reste faible et inégal. Parmi les raisons expliquant le manque d'organisation de cette société civile, nous pouvons citer notamment le fait que cette réponse communautaire à l'épidémie soit principalement menée par des volontaires, souvent renouvelés, ce qui par conséquent est peu favorable au développement d'initiatives au long terme. En outre, les communautés locales semblent penser que seule l'aide extérieure est susceptible de répondre à l'épidémie (Hatendi, 2001). Le soutien du gouvernement aux initiatives communautaires, et à la structuration des études de recherche opérationnelle et des évaluations de stratégies locales, est donc nécessaire mais peu pratiqué à ce jour.

⁴⁶ Zimbabwe AIDS Network. Zimbabwe HIV/AIDS directory. Harare: Zimbabwe AIDS Network; 2001.

Par ailleurs, l'engagement financier du gouvernement dans la lutte contre le VIH/SIDA est important, mais très insuffisant. Le MOH/CW estimait en 1998 que d'ici 2005, 60% du budget national de santé serait absorbé par les soins prodigués aux malades du VIH/SIDA (excluant le traitement ARV)⁴⁷. Le gouvernement a créé en 2000 un impôt sur le SIDA (3% des revenus) qui est géré et redistribué par le NAC. En 2001, seuls 15% des fonds collectés avaient été redistribués (Ahmad, 2001). Quelques 26 milliards de dollars zimbabwéens (4,2 millions d'euros) ont été récoltés dont 15 milliards dépensés pour soutenir les initiatives communautaires de prévention et de soins en matière de VIH/SIDA⁴⁸.

Le budget consacré à la lutte contre le VIH/SIDA en 2004 a révélé une transition des efforts de prévention vers les efforts de soins et de traitements pour les personnes atteintes du VIH/SIDA (Tableau 8). Ainsi, le MOHCW a annoncé en mars 2004 le lancement de son programme national d'accès aux traitements anti-rétroviraux pour les personnes infectées par le VIH. La mise en œuvre opérationnelle de ce programme national a commencé début juin 2004, et le MOH/CW espérait que, d'ici la fin de l'année 2005, 260 000 personnes pourraient bénéficier d'un traitement ARV à vie⁴⁹. Le programme national de traitement ARV bénéficie notamment du soutien technique des CDC (activités de laboratoire et de surveillance), de l'OMS (manuels de prise en charge) et de l'UNICEF (participation au financement et à la distribution des traitements ARV). Le dernier rapport de l'OMS sur la couverture de prise en charge ARV des personnes infectées par le VIH faisait état cependant de 15 000 zimbabwéens seulement sous ARV en mai 2005 (World Health Organisation and 3 by 5, 2005).

Tableau 8. Répartition du budget annuel du gouvernement du Zimbabwe de lutte contre le VIH/SIDA (2004).

Programme	Allocation en % du budget
Prévention	10,7
Soins pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA	40,6
Soutien aux orphelins et enfants vulnérables	5
Promotion de la lutte contre le VIH/SIDA	3,3
Planification et coordination programmatique	12,9
Administration	15,3
Frais d'équipement	6,8
Fonds d'investissement d'assurance	4,1
Imprévus	1,4

Adapté de⁵⁰

⁴⁷ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, National AIDS Coordination Programme. HIV/AIDS in Zimbabwe. Background, projections, impact, interventions. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1998.

⁴⁸ 1^{ère} Conférence nationale sur le VIH/SIDA au Zimbabwe, Harare, 15-18 juin 2004.

⁴⁹ 1^{ère} Conférence nationale sur le VIH/SIDA au Zimbabwe, Harare, 15-18 juin 2004.

⁵⁰ Zimbabwe National AIDS Council. The story so far... 2000-2004. Zimbabwe National AIDS Council, Harare.

Par ailleurs, en avril 2005, le Fonds Global de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme a approuvé la demande de financement déposée par le gouvernement du Zimbabwe en 2001, à hauteur de 10,3 million d'US\$⁵¹. Ce délai de réponse s'explique directement par les faiblesses techniques et administratives des différents projets de financements soumis par le Zimbabwe, mais aussi indirectement par le contexte de crise politique et économique du pays. Le MOH/CW espère pouvoir utiliser une partie de ces fonds pour les soins aux personnes malades du SIDA, et notamment pour améliorer l'accès aux traitements ARV.

Depuis le début des années 2000, plusieurs initiatives du gouvernement symbolisent l'engagement national dans la lutte contre le VIH/SIDA. Ainsi en 2004, neuf parlementaires ont partagé publiquement leurs recours à des services de conseil et dépistage du VIH⁵². Ce type de promotion publique était jusqu'alors quasi-inexistant dans le pays. Plus récemment a été organisée la première conférence nationale sur le VIH/SIDA du Zimbabwe, tenue à Harare en juin 2004 et rassemblant plus de 600 participants. Intitulée « Expériences du passé. Regards vers le futur » (« *Taking stock. Looking into the future* »), la conférence avait pour objectif de discuter des succès et des échecs de la réponse nationale en matière de lutte contre le VIH/SIDA. L'accent a été mis sur la prévention de l'infection par le VIH et sur la préparation du système de santé et des communautés à la mise en œuvre de programmes de traitements ARV. Dans son discours officiel à la conférence nationale, le président Mugabe a re-confirmé l'urgence de l'engagement multisectoriel du gouvernement dans la lutte contre l'épidémie⁵³.

C. Le programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH

La première initiative de PTME au Zimbabwe a été initiée à la fin des années 1990 par la *Mother-To-Child Transmission/Task Force* (MTCT/TF), partie intégrante du MOH/CW, qui a conduit en 1998 une étude de faisabilité de l'intégration d'une intervention de PTME au sein de trois centres de santé⁵⁴. En 1999, le MTCT/TF et l'UNICEF/OMS/ONUSIDA décidaient de mettre en œuvre un projet pilote de PTME en zone urbaine, à Harare (Highfield clinic), à Chitungwiza (Zengeza clinic) et à Bulawayo (Pelandaba clinic)⁵⁵.

⁵¹ Voir <http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?countryID=ZIM&lang=en> [Accessed 06/09/2005]

⁵² Voir <http://www.psi.org/news/0604d.html> [Accessed 21/07/2005]

⁵³ 1^{ère} Conférence nationale sur le VIH/SIDA au Zimbabwe, Harare, 15-18 juin 2004.

⁵⁴ Pazvakavambwa BC. The Zimbabwe mother-to-child HIV transmission prevention project, a pilot project proposal. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1998

⁵⁵ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. The Zimbabwe mother-to-child HIV transmission prevention project, a pilot project proposal. Revised April 1998. Harare : Ministry of Health and Child Welfare, [1998], 147p.

Le principe de l'aide extérieure est encore aujourd'hui l'une des caractéristiques majeures du programme national de PTME. En effet, le gouvernement zimbabwéen a bénéficié tout d'abord de l'initiative internationale lancée en 2000 par la compagnie pharmaceutique Boehringer Ingelheim pour la PTME, consistant en une donation de cinq ans de névirapine monodose pour la mère et l'enfant⁵⁶. Le MOH/CW s'efforce actuellement d'identifier des stratégies nouvelles d'accès à des prophylaxies combinées d'ARV pour la PTME (communication personnelle, Dr Engelsmann, ISPED Zimbabwe). La provision en tests rapides du VIH pour la PTME est assurée depuis plusieurs années par une donation de la compagnie pharmaceutique Abbott et facilitée par l'aide financière et technique des CDC américains (notamment en matière de formation du personnel, de définition des critères d'assurance qualité et d'organisation de la distribution des kits de dépistage). Les CDC ont également soutenu le MOH/CW dans la définition d'un système de monitoring national des activités de PTME.

La mise en oeuvre opérationnelle des services de PTME au niveau des districts bénéficie également d'une aide technique et financière internationale conséquente. Parmi les principaux partenaires sont : la fondation américaine EGPAF et ses opérateurs (la fondation américaine Kapnek Trust, l'ISPED, et l'ONG zimbabwéenne *Zimbabwe AIDS Prevention Project – ZAPP*), la coopération américaine USAID, le programme ZVITAMBO dont le financement est américano-canadien, et deux grandes ONG italiennes, CESVI⁵⁷ et COSV⁵⁸. Ces différents institutions se réunissent tous les deux mois au MOH/CW, au cours de *PMTCT Partnership Forums* (PPF), afin de présenter leurs expériences, leurs difficultés, leurs innovations en matière de PTME et d'harmoniser, autant ce faire que peu, les différentes stratégies opérationnelles mises en oeuvre.

Ce contexte de collaboration et de coordination des initiatives du MOH/CW et des partenaires internationaux en matière de PTME a permis le passage à l'échelle du programme national de PTME dès 2002. L'équipe de PTME au MOH/CW s'est agrandie (4 personnes), un guide de formation du personnel de santé a été publié notamment grâce à la contribution de l'ISPED⁵⁹ et des outils de monitoring développés. A la fin 2002, 32 des 58

⁵⁶ Voir <http://www.pmtctdonations.org/en/about> [Accessed 12/05/2005]

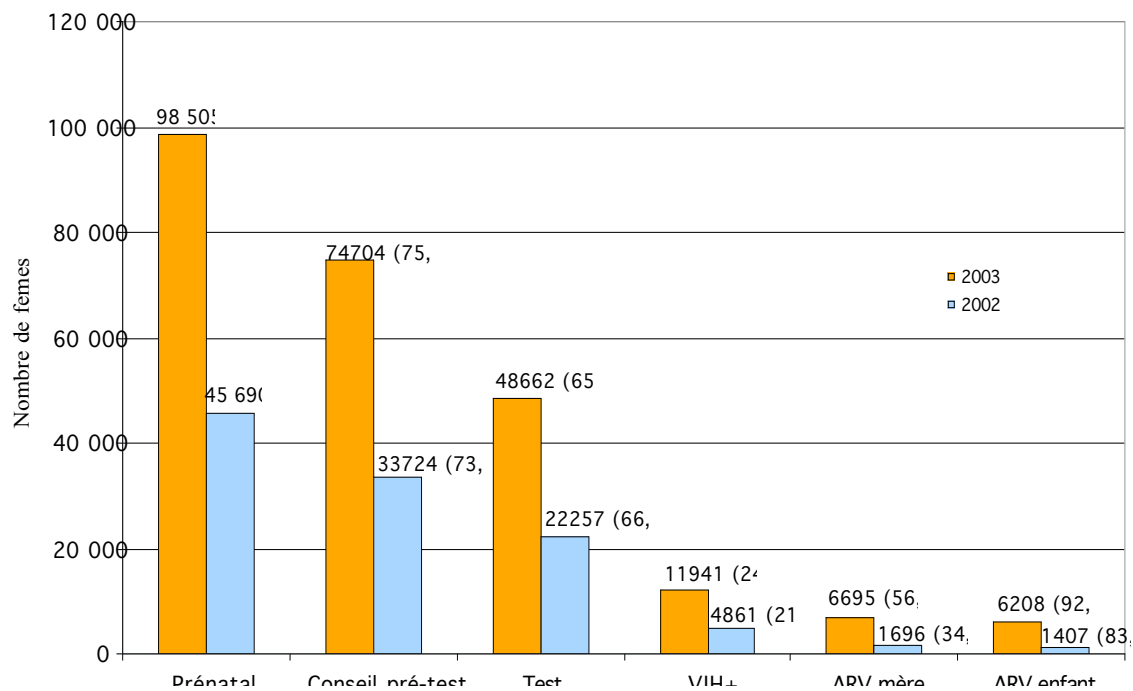
⁵⁷ Voir <http://www.cesvi.org> [Accessed 15/07/2005]

⁵⁸ Voir <http://www.cosv.org> [Accessed 15/07/2005]

⁵⁹ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, National AIDS and TB Unit. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Zimbabwe. Training manual for health workers. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2002.

hôpitaux de district (54%) et près de 70% de l'ensemble des centres de santé du pays étaient enregistrés comme sites offrant des services de PTME⁶⁰. En 2003, 43 hôpitaux de districts (74%) étaient officiellement listés comme sites de PTME. Le graphique 5 montre que, si l'acceptabilité à chaque étape de la cascade de services de PTME reste comparable entre 2002 et 2003, le nombre de femmes en valeur absolue ayant eu accès à ces services préventifs a largement augmenté.

Graphique 5. Evolution de la couverture en services de PTME au Zimbabwe (2002-2003).



Source ⁶¹.

Les difficultés de l'initiative pilote du MOH/CW, soutenue par l'UNICEF, ont été discutées en 2001 lors d'un atelier à Gweru⁶². En 2003, afin d'évaluer l'état d'avancement des activités de PTME et avant de lancer passage à l'échelle du programme national de PTME, le MOH/CW a conduit une enquête nationale permettant de définir les besoins précis et formuler des recommandations les plus spécifiques possibles au contexte local⁶³. Parmi les principaux enjeux de la mise en œuvre à large échelle des services de PTME définis lors de cette enquête ont été : la faiblesse de la coordination des activités au niveau des provinces ; la complexité de la gestion centralisée et de la distribution de la névirapine et des kits de dépistage ; la faiblesse

⁶⁰ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, MTCT Unit, AIDS and TB Programme. The Zimbabwe Programme for: Prevention of Mother to Child Transmission of HIV (PMTCT). 2002 Annual Report. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2003.

⁶¹ Données fournies par Dr Mahomva, coordinatrice du programme national de PTME.

⁶² Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare MU, AIDS and TB Programme. Report of the consultation of provincial medical directorates on initiating and scaling-up prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in Zimbabwe. Midlands Hotel, Gweru, 15-16 May 2001. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2001.

⁶³ Rollins N, Willumsen J. Assessment of the prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in Zimbabwe. June 2003.

des structures de formation et le renouvellement important des ressources humaines ; l'inexistence de systèmes de suivi médical et psychosocial pour la mère et l'enfant ; le manque d'actions coordonnées nationalement pour l'éducation et la mobilisation communautaire ; le manque de participation des pères/partenaires, principaux décideurs en matière de santé familiale. Nous exposerons plus en détails certains de ces enjeux opérationnels dans les chapitres trois et quatre.

Le MOH/CW utilise, dans tous ses documents officiels de PTME publiés après 2002, la terminologie « prévention de la transmission parent-enfant du VIH » (PTPE), véritable slogan de mobilisation communautaire. Les autorités de santé espèrent encourager ainsi un changement de normes sociales, argumentant auprès de la population locale que la santé de l'enfant est la responsabilité jointe du père et de la mère et que toute initiative de réduction de l'incidence du VIH chez les enfants ne peut être envisagée sans l'engagement total des partenaires et familles. Cette participation familiale et communautaire aux questions de PTME est d'ailleurs soulignée comme un des enjeux majeurs de la prévention de la transmission postnatale du VIH.

1.2.4. Nutrition infantile et VIH au Zimbabwe

A. Les pratiques de nutrition infantile

A.1. L'allaitement maternel et le sevrage

L'allaitement maternel est une pratique généralisée au Zimbabwe. La plupart des mères perçoivent le lait maternel comme l'aliment le plus riche nutritionnellement pour le nouveau-né, permettant la bonne croissance de l'enfant. L'allaitement maternel est le plus souvent initié le premier jour de vie et généralement pratiqué à la demande. Dans la plupart des cas, les champs sont proches des foyers et la mère, responsable de la production agricole et alimentaire du foyer, emmène son nouveau-né avec elle, ou le laisse avec un parent qui l'appelle si nécessaire pour allaiter. L'utilisation du biberon est rare voire inexistante au Zimbabwe, et peut s'expliquer par un contexte largement rural, où la disponibilité en eau propre, les moyens financiers et les conditions d'hygiène dans leur ensemble sont limités.

L'allaitement maternel est généralement pratiqué sur une longue période. Une enquête nutritionnelle conduite à l'échelle nationale par le MOH/CW et l'UNICEF en 2003 a montré que plus de 83% des enfants de six à 11 mois étaient allaités au sein⁶⁴. La durée moyenne d'allaitement maternel était de 20 mois en 1999 (Central Statistical Office, et al., 1999).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif est cependant peu commune. En 1999, le ZDHS estimait que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à quatre mois bénéficiait à 38,9% des enfants (Central Statistical Office, et al., 1999). En 2003, le MOH/CW estimait que 21,5% des enfants de moins de cinq mois étaient allaités exclusivement au sein⁶⁵. Comme dans de nombreux pays africains, l'allaitement mixte le premier mois de vie est assez répandu, près de la moitié nouveaux-nés recevant d'autres aliments que le lait maternel (Central Statistical Office, et al., 1999). Ainsi, de l'eau est souvent donnée au nouveau-né peu de temps après la naissance ou au cours des premiers jours, la croyance que le nouveau-né a soif et a besoin d'eau pour mouiller ses lèvres étant très répandue (Cominsky, et al., 1993).

Au Zimbabwe, le premier aliment de supplémentation au lait maternel est le porridge, le plus souvent préparé à base de farine de maïs (*millie meal*). Du sucre, de la margarine, de l'huile, du beurre de cacahuète peuvent y être rajoutés. Ce porridge est donné à l'enfant à la cuillère ou à la main pour les très jeunes enfants. Vers l'âge de neuf mois, l'enfant est également susceptible de recevoir des aliments adultes tels que la *sadza*, porridge épais fait de farine de maïs, consommé avec une sauce de légumes verts, et plus rarement de la viande. Une étude a démontré la faisabilité d'utiliser, comme aliments de sevrage à partir de quatre mois, des aliments fermentés traditionnels, notamment le *mahewu*, bouillie non alcoolisée de céréales fermentées (Simango, 1997).

L'âge à l'introduction de fluides ou aliments complémentaires varie largement, mais se situe en général avant trois mois. Très peu d'expériences ont été publiées sur le sujet. Au début des années 1990, une étude a témoigné des différences entre pratiques décidées et pratiques réelles, les mères expliquant que la complémentation devait commencer à trois mois mais rapportant en réalité un allaitement mixte dès un mois, en réponse aux pleurs du nouveau-né (Cominsky, et al., 1993).

⁶⁴ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Zimbabwe 2003 National Nutrition and EPI Survey. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, UNICEF; 2004.

⁶⁵ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Zimbabwe 2003 National Nutrition and EPI Survey. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, UNICEF; 2004.

Les décisions de sevrage sont avant tout pratiques, prises en fonction de la perception de la santé de l'enfant et de son poids/âge, et surtout en fonction de la disponibilité alimentaire et de la facilité de préparation des aliments de sevrage. L'arrêt total de l'allaitement maternel a lieu habituellement vers l'âge de 18-20 mois. La méthode usuelle de sevrage est la séparation physique entre la mère et l'enfant, celui-ci étant envoyé chez un autre membre de la famille pendant quelques jours.

A.2. Les aspects socioculturels des pratiques de nutrition infantile

Le facteur culturel et traditionnel lié aux pratiques de nutrition infantile est important au Zimbabwe. Toute une série de gestes et croyances entourent la naissance puis l'alimentation de l'enfant, et en particulier l'allaitement maternel. Comme l'explique Bernard Taverne dans le cas des populations Mossi au Burkina Faso, au Zimbabwe il n'existe pas de « spécialiste » de l'allaitement maternel, de personne détentrice d'un savoir spécifique sur tous les aspects de l'allaitement maternel (préparation de l'allaitement maternel, qualité du lait, pathologies du sein) et qui aurait un statut social distinct du reste de la population ou des autres guérisseurs (Taverne, 2000). Plusieurs acteurs influencent les pratiques de nutrition infantile, en particulier les membres de la famille, les sages-femmes traditionnelles, les agents de santé et les agents communautaires. Une étude a montré qu'au Zimbabwe le type de premier liquide ou aliment donné au nouveau-né était lié à l'endroit d'accouchement, au type de sage-femme et à la religion de la famille⁶⁶, soulignant ainsi la combinaison de facteurs d'influence culturels et liés aux services de santé publique.

Comme dans la plupart des pays en développement, l'allaitement maternel est utilisé comme méthode de contraception naturelle et les pratiques de nutrition infantile observée par l'entourage permettent de mesurer la fertilité et la chasteté de la mère (Cominsky, et al., 1993). L'adoption de pratiques de nutrition infantile « traditionnelles », c'est-à-dire au Zimbabwe l'allaitement mixte dès les premiers mois de vie, est une forme de socialisation pour la mère. L'absence d'allaitement maternel est tolérée dans des circonstances particulières de maladie ou d'ensorcellement de la mère. Mais la connaissance et la compréhension du risque de TME du VIH par l'allaitement maternel a été peu évaluée au Zimbabwe.

⁶⁶ Madzima RC, Greiner T and Gebre-Medhin M. Breastfeeding practices and patterns in two rural districts of Zimbabwe. Non-publié.

En outre, dans le contexte actuel de crise économique et alimentaire au Zimbabwe, il apparaît également que certaines décisions en matière de nutrition infantile sont influencées par des facteurs pratiques. Les femmes vont nourrir leur enfant avec ce qui est disponible, accessible financièrement, le plus facile à préparer et le moins demandeur en termes de temps de préparation.

Par ailleurs, dans le contexte de l'épidémie du VIH/SIDA, les structures familiales sont largement bouleversées et un nombre grandissant d'enfants ne sont pas élevés par leur mère, décédée, ni même leur père, mais par d'autres membres de la famille, surtout la grand-mère⁶⁷. La pratique du *wet nursing*, l'allaitement par une autre femme que la mère, apparaît être taboue et très peu répandue au Zimbabwe (Cominsky, et al., 1993). Les circonstances et pratiques de nutrition infantile des nouveaux-nés orphelins ont été peu ou pas documentées.

Au Zimbabwe, que ce soit en zone rurale et urbaine, les jeunes mères apprennent généralement les pratiques de nutrition infantile et les soins au nouveau-né par observation de la grand-mère ou d'une autre vieille femme, mais aussi à travers les discours des professionnels de santé. **Dans le contexte du VIH/SIDA, le MOH/CW s'efforce de promouvoir des pratiques de nutrition infantile non traditionnelles, peu comprises et peu adoptées dans la communauté. La coexistence des recommandations des acteurs institutionnels de l'alimentation du nouveau-né et les recours familiaux et traditionnels ont fait naître d'importants dilemmes que nous présenterons au chapitre quatre.**

B. Les politiques et les initiatives de nutrition infantile dans le contexte du VIH

B.1. Les initiatives nationales pour la nutrition infantile

Le tableau 9 présente une sélection de textes et stratégies initiées ou approuvées par le MOH/CW qui définissent le cadre politique et opérationnel des questions de nutrition infantile au Zimbabwe. Ainsi, le MOH/CW a adopté successivement les différentes recommandations internationales favorisant la pratique de l'allaitement maternel telles que l'IHAB de l'OMS en 1993. La création d'un comité multisectoriel sur l'allaitement maternel en 1992 et la nomination d'un coordinateur national sur l'allaitement maternel en 1994 comptent parmi les principales initiatives de promotion de l'allaitement maternel au niveau

⁶⁷ UNICEF. Child care practices in Zimbabwe. Harare: UNICEF; 2002.

national. Entre 1992 et 1998, plus de 43 centres de santé ont été certifiés « amis des bébés » (Morrisson, et al., 2001). Le Zimbabwe a légiféré en faveur du code SLM en 1998 sous la forme du *Public Health (Breastmilk substitutes and Infant Nutrition) Regulation*, figurant dans le *Public Health Act* de la même année.

Depuis la fin des années 1990, le contexte de l'infection par le VIH a été pris en compte par le MOH/CW et un certain nombre de recommandations en matière d'allaitement et VIH ont été formulées dans le document de politique nationale datant de 1999 (Encadré 11). Le département de nutrition du MOH/CW a publié en 2000 des recommandations pour le personnel de santé en matière de nutrition infantile et de VIH⁶⁸ qui sont aujourd'hui en cours de révision.

Encadré 11. Extrait de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA au Zimbabwe, 1999⁶⁹.

Stratégies d'allaitement maternel

1. *Encourager toutes les femmes qui allaitent, infectées par le VIH ou non, à utiliser des méthodes de protection contre les grossesses précoces, l'infection ou la réinfection par le VIH*
2. *Proposer l'information et le conseil adéquats pour aider les femmes infectées par le VIH à prendre des décisions informées en matière d'allaitement*
3. *Soutenir les femmes infectées par le VIH qui choisissent de ne pas allaiter en les informant sur les alternatives à l'allaitement maternel appropriées, à moindres risques et abordables*
4. *Eduquer et informer la famille et la communauté pour réduire la stigmatisation envers les femmes qui décideraient de ne pas allaiter en raison de leur statut VIH*
5. *Intégrer les informations adéquates et précises sur la transmission du VIH dans les recommandations en matière d'allaitement maternel. Ces recommandations devraient être standardisées, mises à jour et diffusées à grande échelle*
6. *Encourager les initiatives de recherche opérationnelle en matière d'allaitement maternel et de nutrition appropriées pour la mère et l'enfant.*

⁶⁸ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, National Nutrition Unit. Infant feeding and HIV/AIDS. Guidelines for health workers in Zimbabwe. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2000.

⁶⁹ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. National HIV/AIDS Policy, Republic of Zimbabwe. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1999.

Tableau 9. Sélection de recommandations adoptées et études conduites en matière de nutrition infantile au Zimbabwe (1980-2003).

Année	Auteur	Type	Titre	Principaux messages/recommandations/décisions
1981	MOH/CW	Etude	« Baby Feeding Towards a Health Model for Zimbabwe ».	Evaluation de l'allaitement maternel, instrument de soutien au Code SLM.
1985	MOH/CW	Loi	Zimbabwe Public Health Amendment.	Autorité du MOH/CW dans la promotion de l'allaitement maternel et la régulation de la commercialisation et vente des aliments de nutrition et d'alimentation des enfants.
1986	MOH/CW	Loi		Congé maternité de trois mois (salaire 75%) et 2½ heures de pause par jour pendant les six premiers mois après l'accouchement.
1986	MOH/CW	Etude CAP	Survey of knowledge and attitudes of health workers in Zimbabwe with respect to breastfeeding.	Enquête auprès de 263 agents de santé en matière d'allaitement maternel, démontrant les besoins de formation pour la promotion de l'allaitement maternel.
1988	MOH/CW	Manuel de formation	Lactation management and family planning policies.	Formation intensive des médecins au niveau régional à la gestion de l'allaitement maternel.
1989	MOH/CW	Manuel de formation	Lactation management.	Formation de formateurs pour former agents de santé, accoucheuses traditionnelles et agents de santé communautaires à la gestion de l'allaitement maternel.
1990	Président	Déclaration	Déclaration d'Innocenti.	Signature du Zimbabwe.
1990	MOH/CW	Etude KAP	Pratiques d'allaitement maternel exclusif chez les femmes actives (personnel du MOH/CW et des Hôpitaux centraux de Harare).	Définition du type de soutien nécessaire aux femmes actives qui allaitent, en vue de la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant 4-6 mois.
1990	Président	Déclaration	World Summit for Children.	Signature du Zimbabwe.
1998	MOH/CW	Loi	Public Health (Breastmilk substitutes and Infant Nutrition) Regulation.	Adoption du Code SLM.
1999	MOH/CW	Document de politique	National policy on HIV/AIDS.	Encouragement à l'information des mères infectées par le VIH sur les pratiques de nutrition infantile appropriées, sur les méthodes de prévention du VIH et de contraception, promotion de la réduction de la stigmatisation envers les mères non-allaitantes.
1999	MOH/CW	Document de politique	Infant feeding and HIV/AIDS.	Encouragement au conseil et dépistage du VIH en couple, à l'accès au services de conseil en nutrition infantile.
2000	UNICEF	Programme		Première initiative pilote de PTME à Harare et Bulawayo.
2000	MOH/CW	Manuel de formation	BFHI/Breastfeeding/Infant feeding and HIV/AIDS counselling. Training strategy for Zimbabwe.	Recommandations en termes de formation intégrée du personnel de santé.
2000	MOH/CW	Stratégies	Infant feeding and HIV/AIDS guidelines for health workers in Zimbabwe.	Guide pratique de nutrition infantile pour le personnel de santé.
2003	MOH/CW	Formation		Plan de formation nationale des professionnels de santé à la PTME.

B.2. La mise en œuvre de services de conseil et suivi en matière de nutrition infantile et VIH

Au sein du système de santé zimbabwéen, les principaux agents de santé responsables de la diffusion des messages de santé publique ciblant les questions de nutrition infantile sont les infirmières. La formation de ce personnel est donc une composante essentielle de la stratégie d'éducation et de sensibilisation des femmes et des communautés en matière de nutrition infantile. Depuis le début des années 1990, les manuels et contenus des formations initiales des infirmières ont peu cependant évolué. Néanmoins, le MOH/CW a mis en œuvre une politique de formation du personnel infirmier, en formation continue, en adoptant et adaptant certains des manuels préparés par l'OMS et l'UNICEF. Parmi les principales formations en matière de nutrition infantile développées aux cours de la dernière décennie, nous pouvons mentionner : en 1993 le cours sur le conseil en matière d'allaitement (40 heures) (World Health Organisation, 1993) ; en 2000, le cours de l'OMS sur la nutrition infantile et le VIH (World Health Organisation, 2000a; World Health Organisation, 2000b; World Health Organisation, 2000c); et en 2002, le cours succinct sur le conseil en allaitement et VIH dans le cadre des formations de PTME (16 heures) (Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare and National AIDS and TB Unit, 2002).

En 2000, le Zimbabwe était le premier pays à développer, en partenariat avec l'OMS et l'UNICEF, un cours combiné sur le conseil en allaitement de l'IHAB et le conseil nutrition infantile et VIH (44 heures)⁷⁰. Le conseil en nutrition infantile est donc devenu une composante essentielle des initiatives de PTME et l'outil principal de la prévention de la TME postnatale du VIH. Depuis 2003, les sessions de formation en nutrition infantile et VIH se multiplient afin de garantir un maximum de personnel ciblé et formé au conseil en nutrition infantile. Un document d'évaluation de la qualité de cette formation a été rédigé, l'étude n'a pas encore été conduite (Communication personnelle, Mme Madzima, Département de Nutrition, MOH/CW).

Les taux de renouvellement élevés du personnel de santé dans le secteur public impliquent que les infirmières formées au conseil en nutrition infantile aient souvent peu d'expérience au moment de leur prise de fonction mais aussi qu'elles disposent de peu de temps pour

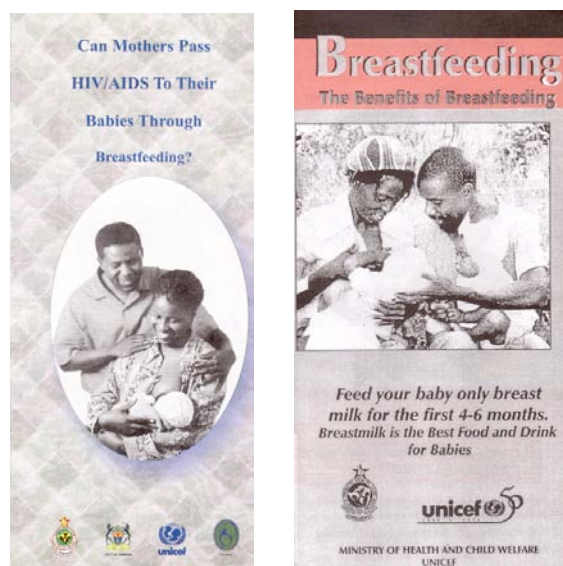
⁷⁰ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, UNICEF, WHO. BFHI/Breastfeeding/Infant Feeding and HIV/AIDS counselling training strategy for Zimbabwe. National Nutrition Unit, Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. June 2000.

construire cette expérience et en faire bénéficier les mères. Afin d'accroître le nombre d'agents disponibles pour le conseil en nutrition infantile, le MOH/CW a pris l'initiative d'évaluer l'efficacité de la formation de conseillers informels à Chitungwiza, une banlieue-dortoir au sud-est d'Harare. Un manuel de formation devait être proposé mi-2004 puis testé et adapté pour les zones urbaine et rurales à la fin 2004 (Communication personnelle, Mrs Madzima, Nutrition Unit, MOH/CW). La participation des agents de santé communautaire et des conseillers de santé primaire était également envisagée. Le rapport d'évaluation de cette initiative n'a pas encore été diffusé.

Le MOH/CW recommande que le conseil en nutrition infantile soit, pour le moment, uniquement proposé dans les centres de santé, et dans le cadre d'initiatives de PTME. Il s'agit, pendant le conseil pré-test VIH, d'informer les femmes sur les différentes options de nutrition infantile recommandées aux femmes selon le statut sérologique. Lors du conseil post-test, les femmes reçoivent une information plus approfondie sur les risques et les avantages de chaque mode de nutrition infantile, et plus adaptée à leur statut VIH. Pour les femmes infectées par le VIH, des séances spécifiques de conseil en nutrition infantile sont planifiées, plus tardivement dans la grossesse et immédiatement après l'accouchement, et permettent de discuter en détails du contexte familial et social de chaque femme, de procéder à la démonstration de certaines pratiques, et d'aider la femme à décider de la pratique de nutrition infantile la plus appropriée. Un suivi continu est également prévu, en centre de santé, afin d'accompagner la femme lors des premiers mois de vie de l'enfant. Aucun soutien dans la communauté n'est proposé.

Les éléments de discussion abordés lors des séances de conseil sont relayés par le biais de prospectus créés par le MOH/CW et ses partenaires techniques nationaux et internationaux pour promouvoir de bonnes pratiques de nutrition infantile et principalement d'allaitement maternel (Figure 5).

Figure 5. Exemples de brochures éditées par le MOHCW pour la prévention de la TME postnatale du VIH au Zimbabwe.



Pas de dates spécifiées (2002-2004).

Au delà des politiques et initiatives nationales, certains partenaires techniques du MOH/CW, principalement universitaires, ont conduit des activités de recherche opérationnelle afin d'améliorer les stratégies de conseil et de soutien aux mères en matière de nutrition infantile, dans le cadre des services de PTME. Par exemple, l'équipe du projet ZVITAMBO a mis en œuvre dès 1999, dans le cadre d'un essai de supplémentation en vitamine A pour la PTME, une intervention appelée « Intervention de Choix Informés » pour 1) éduquer et conseiller les femmes infectées par le VIH sur l'allaitement à moindres risques et le VIH, et les femmes non infectées par le VIH sur l'importance de l'allaitement à moindres risques et du maintien de son statut sérologique négatif ; 2) mesurer un renforcement des compétences et connaissances sur le VIH et l'allaitement sans risques chez les femmes conseillées et 3) suivre les pratiques de nutrition infantile de femmes ayant bénéficié de services d'éducation et de conseil. Cette intervention a consisté principalement en une éducation approfondie lors du conseil post-test et la distribution de matériel IEC. L'évaluation de cette intervention a montré l'amélioration des pratiques d'allaitement maternel exclusif parmi les femmes infectées par le VIH ayant connaissance de leur statut sérologique. Dans l'ensemble pourtant, le taux d'allaitement maternel exclusif à trois mois était encore faible, estimé à moins de 25% des femmes informées de leur statut sérologique (Piwoz, et al., 2005b).

Hormis ces études de recherche opérationnelle ponctuelles et géographiquement ciblées et les données de base du ZDHS, le MOH/CW disposait jusqu'à récemment de très

peu d'informations régulières sur l'évolution des pratiques de nutrition infantile à l'échelle nationale. Le MOH/CW évalue actuellement la modification de la carte de santé de l'enfant (*Child Health Card*), le document de suivi détenu par les mères recensant les différentes données de croissance, de vaccination et de nutrition de l'enfant, depuis la naissance jusqu'à l'adolescence. En effet, depuis sa dernière révision en 1985, le contexte en matière de vaccination, de santé reproductive, de PCIME, d'éducation pour la santé, et d'infection par le VIH, a largement évolué. L'intégration, sur cette carte de santé, des informations relatives aux services de PTME dont la mère et l'enfant ont pu bénéficier, a soulevé de nombreuses questions liées à l'importance du respect de la confidentialité et du risque de stigmatisation, et sont à ce jour encore peu consensuelles.

Synthèse de la revue de la littérature sur le contexte et les expériences de PTME au Zimbabwe.

Au Zimbabwe, l'épidémie de VIH/SIDA est généralisée et ses conséquences négatives sur la santé de la mère et de l'enfant sont nombreuses. Le gouvernement s'efforce, depuis 1999, de mettre à disposition des femmes enceintes les outils de PTME développés par la recherche, et de construire un programme national de PTME. Le contexte de crise politique, économique et sociale impose d'importantes contraintes à l'intégration des interventions de PTME au sein d'un système de santé défaillant et rend d'autant plus complexe l'acceptabilité et l'utilisation de ces services par les populations les plus vulnérables.

Les enjeux liés à la TME postnatale du VIH sont particulièrement importants au Zimbabwe, où les facteurs de risque biologiques et socioculturels de l'infection par le VIH chez la femme sont importants, et où les règles socioculturelles liées à l'allaitement maternel et les conditions économiques ne favorisent pas toujours des pratiques de nutrition infantile optimales pour la survie de l'enfant. Les politiques de santé et les guides de formation du personnel ont été adaptés à ce contexte épidémique, et de nouveaux messages d'éducation en matière de nutrition infantile sont désormais délivrés aux femmes en âge de procréer, qu'elles soient infectées par le VIH ou non. Le service de conseil en nutrition infantile, d'abord disponible dans certains centres de santé et offert par certains agents de santé seulement, est progressivement mis en œuvre à large échelle. Dans un contexte où de nouveaux messages de nutrition infantile, parfois contradictoires, sont proposés, l'existence, l'accessibilité et la qualité d'autres formes de soutien en matière de nutrition infantile offertes dans la communauté sont problématiques.

Nous allons voir dans les chapitres suivants, en analysant le cas particulier d'une région rurale dans l'est du pays, que les difficultés programmatiques, financières et socioculturelles de l'utilisation des services de conseil en nutrition infantile et de l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques sont révélatrices des enjeux opérationnels liés à la promotion et l'intégration des questions de prévention du VIH/SIDA dans les activités de routine pour la santé de la mère et de l'enfant.