



HAL
open science

**Défis à la mise en oeuvre de la prévention de la
transmission mère-enfant du VIH en Afrique australe.
Le cas d'un district rural du Zimbabwe**

Joanna Orne-Gliemann

► **To cite this version:**

Joanna Orne-Gliemann. Défis à la mise en oeuvre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH en Afrique australe. Le cas d'un district rural du Zimbabwe. Sociologie. Université Victor Segalen - Bordeaux II, 2005. Français. NNT: . halshs-00007787

HAL Id: halshs-00007787

<https://theses.hal.science/halshs-00007787>

Submitted on 26 Jan 2006

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CHAPITRE 2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

2.1. LE DISTRICT DE BUHERA ET MURAMBINDA MISSION HOSPITAL (MMH)

2.1.1 Contexte socio-sanitaire

Le cadre géographique de notre recherche est le district de Buhera dans la province du Manicaland, à 250 km au sud-est de la capitale (Carte 3). Le district de Buhera, d'une surface de 5 400 km², comptait 282 000 habitants en 2002⁷¹ (Tableau 10). Le *sex ratio* homme:femme du Manicaland, abaissé par rapport à la moyenne nationale puisqu'il est estimé à 0,85:1 en 2002⁷², peut s'expliquer, entre autres, par un fort exode rural et l'impact démographique de l'épidémie de VIH/SIDA (Gregson, et al., 1997). L'indice de fertilité dans la province du Manicaland a été estimé à 4,68 en 1999 parmi les femmes de 15 à 49 ans (Central Statistical Office, et al., 1999).

Carte 3. Localisation du district de Buhera, Zimbabwe.



⁷¹ Données des autorités sanitaires du district de Buhera.

⁷² Central Statistical Office. Census 2002 Zimbabwe - Preliminary Report. Harare: Central Statistical Office; 2002.

Tableau 10. Profil démographique du district de Buhera, Zimbabwe (2002)⁷³.

Indicateur	n
Population totale	282 429
Population de moins de 1 an	8 840
Population 1 à 5 ans	35 304
Population de moins de 15 ans	104 304
Population de 15 à 49 ans	133 811
Femmes en âge de procréer (15-49 ans)	61 005
Nombre de grossesses estimées par an	11 297
Prévalence anténatale de l'infection par le VIH	27%

La plupart des habitants du district de Buhera sont des Shona, l'ethnie majoritaire du Zimbabwe. Le district de Buhera, largement rural, compte deux « villes » (Murambinda Growth Point et Birchenough Bridge). Murambinda Growth Point⁷⁴, au nord du district, est le chef-lieu du district.

Photo 1. Rue de Murambinda Growth Point, district de Buhera, Zimbabwe (J Orne-Gliemann, 10/2003).



Le réseau de transport local est pauvre. Une seule route bitumée traverse le nord du district, aux abords de l'hôpital de district. Le reste des axes de communication est composé de pistes de terre, mal desservies par les transports publics. Il en résulte que la population rurale de Buhera, comme dans la majorité des zones communales du Zimbabwe, passe beaucoup de temps sur les routes, pour se rendre d'un endroit à l'autre, au centre commercial, à l'arrêt de bus, à la clinique. La distance à parcourir, le temps et le coût de transport, et l'importance accordée au motif de transport, sont des éléments déterminants de la décision de se déplacer et de la destination choisie, en particulier pour les femmes (Mehretu and Mutambirwa, 1992).

⁷³ Données des autorités sanitaires du district de Buhera de 2002.

⁷⁴ Un *growth point* caractérise le type de ville créée en zone rurale à partir de la fin des 1960 pour limiter l'exode rural vers les villes « européennes ».

Dans la majorité du district de Buhera, l'habitat traditionnel est partout dispersé et il n'existe pas de propriété privée. Le district est composé de zones communales, gérées par le conseil rural de district, mais aussi en accord avec la loi coutumière⁷⁵. En effet, ce sont les autorités de district qui décident du type d'exploitation des terres, et souvent les chefs de village, chefs coutumiers (*headmen*), qui décident de l'allocation de parcelles de terre aux villageois. La taille moyenne des exploitations, aujourd'hui inférieure à cinq hectares, ne cesse de se réduire en réponse aux contraintes climatiques et à la croissance démographique. Le maïs ou les autres céréales et légumes de subsistance sont cultivés de préférence et, si les récoltes sont suffisantes, la commercialisation est envisagée. Les femmes sont responsables de la majorité des activités agricoles, de la production et de l'approvisionnement alimentaire, même si le mari est également fermier. D'après les données du recensement de 2002, peu de femmes (moins de 8%) en zones rurales ont un emploi formel⁷⁶. Dans le district de Buhera, les femmes ont souvent des petites activités informelles qu'elles conduisent à domicile ou près de leur village telles que la poterie, le tricot ou la vente de légumes frais.

La plupart des logements en zone rurale sont des constructions en briques de terre et de toits de chaume ; certains ont des toits d'amiante, signe de plus haut statut social (Photo 2). Les conditions sanitaires du district de Buhera sont précaires. Très peu de foyers ont des latrines. Bien que le nombre de puits ait augmenté depuis l'indépendance, un grand nombre de femmes doivent encore aller chercher l'eau à la rivière ou à d'autres sources d'eau non protégées, en marchant de nombreux kilomètres, en particulier pendant la saison sèche. L'accès à l'électricité ou le gaz est peu commun dans les villages et les femmes sont également responsables d'aller chercher le bois de cuisson et de chauffage quotidien.

La maisonnée représente l'unité sociale de base. Il existe un réseau de liens de parenté et/ou de voisinage entre chaque unité familiale au sein duquel les individus ont une position unique (Mararike, 1999). Dans ces villages, les gens vivent les uns avec les autres, s'observent, se comparent et se jugent facilement parce que leurs espaces de vie sont proches, et les contacts et interactions sont inévitables (Photo 3).

⁷⁵ 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.

⁷⁶ Central Statistical Office. Census 2002 Zimbabwe - Preliminary Report. Harare: Central Statistical Office; 2002.

*Photos 2 et 3. Petits villages de la province du Manicaland, Zimbabwe
(J Orne-Gliemann, 08/2004).*



Les populations rurales disposent de plusieurs plateformes de discussion et d'expression à l'échelon local : les réunions et les clubs thématiques, les *beer halls* (bars) et les *community centres* (centres associatifs) entre autres. Le conseiller élu de chacune des 32 circonscriptions du district de Buhera (*ward councillor*) rencontre la population locale lors des WADCO (*Ward Area Development Committees*). Ces réunions ont pour objectifs d'améliorer la communication et l'organisation communautaire, de rapprocher la population et les autorités locales par l'intermédiaire du conseiller local. Les habitants peuvent y exprimer leurs réclamations, discuter des projets de développement ou de santé ou élaborer des activités communautaires. Les WADCO ont néanmoins une fonction principalement consultative, et la participation de la population locale est en général faible. De la même manière, en matière de santé, les concertations communautaires locales ont lieu mensuellement au cours des *ward health meetings* (appelés aussi *health centre committees*), dirigés par le conseiller local, l'infirmière en chef du centre de santé local et un instituteur, en présence de membres de la communauté. Ces réunions permettent à la population de participer au développement des centres de santé (questions logistiques) et à la définition des besoins de services de santé. Les décisions stratégiques de santé pour l'ensemble du district sont prises lors des *district health meetings*, bimensuels. Ces réunions sont présidées par le directeur médical de la province et seul le personnel de santé du district y est convié.

La couverture sanitaire du district de Buhera est assurée par Murambinda Mission Hospital (MMH), hôpital missionnaire et hôpital de référence (120 lits) du district (Photos 4 et 5), et par 26 centres de santé : 23 cliniques rurales et 3 hôpitaux ruraux. En 1999, la couverture en soins prénatals et postnatals dans le district de Buhera était de 80-90% et 30-

50%, respectivement (Central Statistical Office, et al., 1999). La couverture en accouchements médicalisés était de 50% en 2002⁷⁷.

Photo 4 et 5. Murambinda Mission Hospital, district de Buhera, Zimbabwe (J Orne-Gliemann, 10/2003).



Le contingent en personnel de santé du district est détaillé dans le tableau 11. En 2004, MMH disposait de 22 postes infirmiers vacants, l'hôpital de Birchenough Bridge de 14 postes vacants, avec un total de 74 postes infirmiers vacants dans le district.

Tableau 11. Personnel de santé en poste dans le district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).

Position	2002	2004
Médecin (MMH)	3	3
Assistant clinicien	1	1
Infirmière, sage-femme	79	85
Technicien de laboratoire	1	1
Microscopiste	3	2
Technicien de pharmacie	2	2
Sage-femme traditionnelle	120	--

Source ⁶⁰

Malgré une détérioration du système de santé national et à fortiori local, le district de Buhera a introduit, en 2001, les premières interventions pilotes de PTME en zone rurale du Zimbabwe. Les populations locales avaient déjà été exposées à des activités de prévention du VIH/SIDA et bénéficiaient d'un certain nombre d'initiatives de soutien et de suivi des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA. Le groupe de soutien Dananai basé à MMH depuis 1992, et le groupe Rujeko dans le sud, basé à Birchenough Bridge, depuis 1994.

^{77,60} Données des autorités sanitaires du district de Buhera 2002-2004.

Aucune activité de conseil et dépistage du VIH/SIDA n'avait été mise en œuvre au sein des services de santé de routine.

2.1.2 Contexte programmatique

Notre recherche a été conduite dans le cadre de la mise en œuvre de ces activités pilotes de PTME à MMH et dans sa zone d'attraction. Les services de PTME de MMH ont été introduits en Août 2001, avec le soutien financier du programme « *Call to Action* » de la fondation EGPAF et le soutien technique de l'ISPED. En décembre 2002 les activités de PTME ont été introduites dans quatre autres centres de santé (Buhera, Birchenough Bridge, Nyashanu, Chiweshe), et en 2004, dans cinq centres supplémentaires (Munyanyi, Mutiuzinasita, Mudanda, Murwira, Gombe). A la fin de l'année 2004, le programme de PTME couvrait l'ensemble des centres de santé du district (Carte 4).

A Le paquet de services de PTME de MMH

MMH est l'hôpital de référence pour l'ensemble du district, c'est-à-dire le centre de santé aux ressources humaines et à la couverture communautaire les plus importantes du district. En 2004, plus de 1 030 femmes y ont reçu leur première consultation prénatale (4 000 dans l'ensemble du district) et plus de 1 600 accouchements ont eu lieu à MMH. Les activités de PTME, intégrées à partir d'août 2001 au sein des services de maternité de MMH, ont été définies en accord avec la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA, elle-même guidée par les recommandations internationales disponibles à l'époque – principalement éditées par l'ONUSIDA (UNAIDS, 1999b). Les conditions logistiques de mise en œuvre étaient celles d'une expérience pilote, développée au sein d'un hôpital missionnaire rural. La période d'activités pilotes de PTME à MMH a duré 23 mois, d'août 2001 à juin 2003.

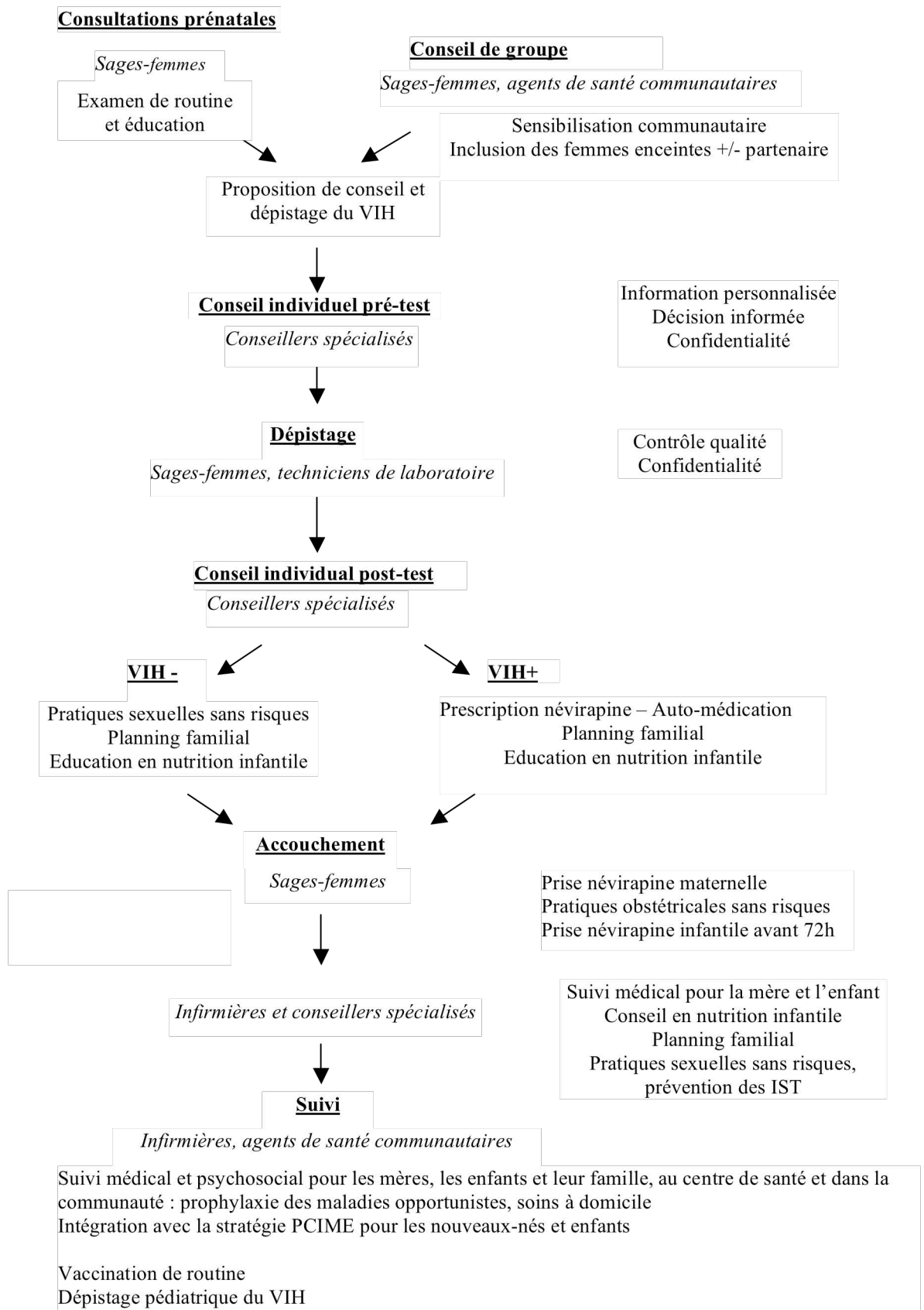
nouveaux-nés exposés au VIH bénéficient d'une prophylaxie des maladies opportunistes par cotrimoxazole. Un conseil spécifique en matière d'alimentation infantile est délivré à chaque étape de la grossesse, par sensibilisation pendant le conseil pré-test du VIH et par éducation plus détaillée pendant le conseil post-test en particulier pour les femmes infectées par le VIH. Aucune intervention de soutien nutritionnel n'est offerte à la mère ou son enfant. Les séances de conseil sont aussi l'opportunité de partager des informations en matière de prévention primaire du VIH, de planning familial, de prévention et traitement des IST, entre autres.

D'autres composantes complémentaires étaient envisagées mais n'ont pu être initiées que dans une faible mesure en raison d'une capacité limitée en ressources humaines. Il s'agit en particulier du soutien psychosocial aux femmes et à leur cellule familiale, et de la mise en œuvre de stratégies de prise en charge des enfants orphelins, en soutenant notamment les initiatives familiales et communautaires dans ce domaine.

Un manuel de procédures de PTME a été développé pour encadrer le personnel local et faciliter l'intégration des nouvelles activités au sein des services de santé prénatale et de maternité de l'hôpital⁷⁸.

⁷⁸ Miller A, ISPED Zimbabwe. Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Integration into Murambinda Mission Hospital activities. Procedures manual. Harare: ISPED Zimbabwe, Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation; 2001.

Figure 6. Cascade de services de PTME offerts à MMH, Zimbabwe (août 2001-juin 2003).



A.1. Le circuit des femmes

L'encadré 12 ci-dessous détaille l'offre de services de PTME en routine à MMH et le circuit des femmes se rendant en consultation prénatale.

Photo 6. Salle de soins prénatals de MMH, Zimbabwe (Dr Engelsmann, 02/2004).

Photo 7. "Matomba", abri pour femmes enceintes de MMH, Zimbabwe (J Orne-Gliemann, 10/2003).



Photo 8. Salles de conseil du VIH utilisées lors de la période pilote de PTME à MMH, Zimbabwe (Dr Engelsmann, 02/2004).



Le circuit des patientes a peu évolué au cours de l'expérience pilote de PTME à MMH. Certaines adaptations programmatiques ont été engagées lors de la transition d'un programme pilote à des activités de prise en charge par le personnel en place, celles-ci sont présentées ci-dessous et analysées dans le chapitre quatre.

Encadré 12. Résumé des services de PTME offerts aux femmes en consultation prénatale – MMH – 2001-2003⁷⁹

Services prénatals

- Deux **salles de conseil** ont été construites pour le conseil, les conseillers sont disponibles entre 8h et 16h30 (Photo 6) ;
- Des services **d'éducation de santé** sont proposés aux femmes enceintes patientant dans la *Matumba* (Photo 7) ; les sages-femmes informent les femmes de l'existence d'une intervention de PTME et de la possibilité de se présenter aux conseillers à tout moment ; une vidéo a été préparée en partenariat avec ZVITAMBO et EGPAF pour sensibiliser les mères à la PTME ;
- Des **prospectus** sur le VIH et la grossesse, le VIH et la nutrition infantile et l'intervention de PTME sont distribués au moment de l'enregistrement aux consultations prénatales ;
- Les sages-femmes dispensent un **conseil de groupe** aux femmes attendant dans la salle de soins prénatals (Photo 8), diffusant des informations générales sur les interventions de conseil et dépistage du VIH et de PTME proposées ;
- Lors de l'examen physique prénatal, les sages-femmes proposent aux femmes un conseil du VIH individuel et, le cas échéant, les réfèrent aux conseillers spécialisés ;
- Lors du **conseil pré-test individuel**, les conseillers discutent avec les femmes du dépistage du VIH, de ses avantages, de ses conséquences potentielles, et obtiennent éventuellement leur consentement ;
- Les femmes se rendent ensuite à la pharmacie ou vont voir le médecin, comme le veut la procédure anténatale de routine ;
- Les femmes qui se rendent au laboratoire pour le **dépistage du VIH par tests rapides**, opéré par le technicien de laboratoire, ont la possibilité de recevoir leurs résultats le jour-même ou plus tard lorsqu'elles le désirent ;
- Les résultats du test sérologique sont enregistrés sur **une fiche de PTME, codée**, que les femmes conservent jusqu'après l'accouchement ;
- Lors des séances de **conseil post-test individuel**, les femmes discutent des conséquences de leur statut sérologique, sont conseillées sur les pratiques sexuelles à moindres risques, le planning familial, et sont encouragées à faire venir leur partenaire pour le conseil et dépistage du VIH ;
- Avant l'accouchement, elles bénéficient également de **conseil en matière de nutrition infantile** ;
- Les femmes infectées par le VIH ayant atteint 28 semaines d'aménorrhée, reçoivent une **prescription de névirapine** et les instructions pour prendre une dose de 200mg au moment du travail (auto-administration) ; les femmes identifiées avant 28 semaines sont convoquées pour une nouvelle consultation.

Salle de travail

- Les femmes infectées par le VIH sont **encouragées à s'identifier** auprès des sages-femmes en leur présentant leur carte de PTME ; les sages-femmes peuvent également demander aux femmes si elles ont bénéficié de conseil et dépistage du VIH ;
- Les femmes identifiées comme infectées par le VIH sont encouragées à prendre leur dose de névirapine ;
- Lors de tous les accouchements, les sages-femmes appliquent des procédures et **pratiques obstétricales à moindres risques**.

Soins postnatals

- Les femmes reçoivent les soins prénatals de routine ;
- Les sages-femmes accompagnent les femmes dans leur choix de nutrition infantile ;
- Avant la sortie de maternité, les enfants nés de mère infectée par le VIH reçoivent leur dose de névirapine ;
- Les femmes infectées par le VIH, et évaluées au stade SIDA, sont référées au médecin afin de recevoir une prescription de cotrimoxazole pour la prophylaxie des infections opportunistes.

Suivi

- Les soins de routine sont dispensés aux mères et enfants ;
- Les mères ayant bénéficié d'une intervention de PTME sont encouragées à s'identifier au personnel de santé et conseillers spécialisés afin de bénéficier d'un **suivi en matière de nutrition infantile** ;
- A six semaines, les enfants exposés au VIH bénéficient d'une prophylaxie des infections opportunistes par cotrimoxazole, interrompue dès qu'un sérodiagnostic négatif est établi ;
- A 15 mois, les enfants nés de mère infectée par le VIH peuvent bénéficier d'un **dépistage du VIH pédiatrique par tests ELISA** ;
- Les enfants non infectés par le VIH stoppent la prophylaxie par cotrimoxazole.

⁷⁹ Adapté de Miller A, ISPED Zimbabwe. Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV. Integration into Murambinda Mission Hospital activities. Procedures manual. Harare: ISPED Zimbabwe, Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation; 2001.

A.2. La formation du personnel

Au moment de l'introduction des services de PTME à MMH, aucun programme de formation spécifique en la matière n'existait à l'échelle nationale au Zimbabwe. Les premières sessions de formation de PTME du personnel de MMH ont donc été conduites mi-2001 par FACT Mutare, une ONG locale spécialisée dans le conseil du VIH. Les manuels de formation, adaptés et complétés par le personnel médical de MMH pour inclure des éléments de PTME, ont servi de base aux futurs outils de formation du MOH/CW⁸⁰ (Tableau 12).

Pendant la phase pilote, le conseil du VIH était géré par trois conseillers spécialisés, extérieurs au personnel de santé de MMH. Dès la fin de l'initiative pilote, les infirmières et sages-femmes de MMH ont repris les activités de conseil qu'elles dispensent désormais lors de leurs temps de congés. Au cours même de cette phase de transition programmatique, en novembre 2003, MMH a bénéficié de l'introduction d'activités de conseil et dépistage pour la population générale dans l'enceinte de l'hôpital. Un des conseillers de ce New Start Centre était formé à la PTME et dédié au conseil et dépistage prénatal.

Tableau 12. Premières sessions de formation du personnel en matière de PTME à MMH, Zimbabwe (2001).

Date	Formation	Organisme	Jours	Type de personnel	Nb	Origine
Juin 2001	Conseil VIH/SIDA de base	FACT Mutare	3	Infirmières/sages-femmes	20	MMH
			3	Volontaire	1	MMH
			3	Assistant coordinateur	1	MMH
Juin 2001	Stock nevirapine	CDC	1	Pharmacien	1	MMH
Juin 2001	Allaitement, nutrition infantile et VIH	MOHCW, UNICEF/OMS	6	Infirmières/sages-femmes	16	District
Juil-sept 01	Allaitement, nutrition infantile et VIH	MOHCW, UNICEF/OMS	6	Coordinateur	1	MMH
Juil-sept 01	Dépistage VIH tests rapides et contrôle qualité	CDC	6	Technicien de laboratoire		MMH
Juil-sept 01	Dépistage VIH tests rapides	CDC	6	Sages-femmes Conseillers PTME	6	MMH
Juil-sept 01	Conseil systémique	Connect	6	Conseiller PTME	1	MMH
Juil-sept 01	PTME de base	FACT Mutare	3	Infirmières	12	Cliniques de Buhera nord
			3	Educateurs communautaires, agents de soins à domicile	33	District
			3	Sages-femmes traditionnelles	62	District
			3	Infirmières/sages-femmes	51	District
				Docteur		

⁸⁰ 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.

A.3. Les initiatives de promotion, de sensibilisation et de mobilisation communautaire en matière de PTME

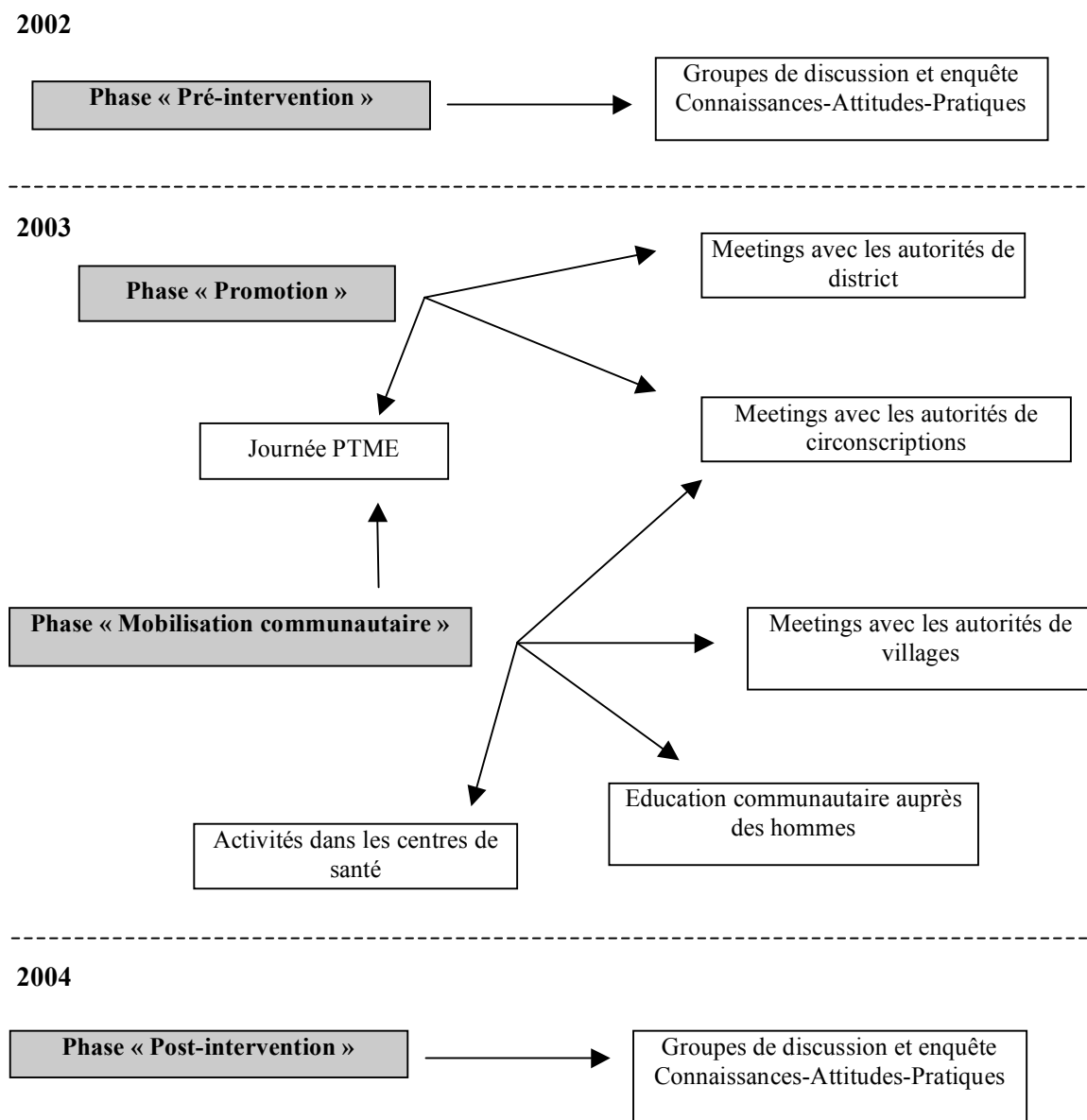
Les activités de promotion et de mobilisation communautaires initiées autour des activités de PTME à MMH ont été menées en trois phases. Tout d'abord, la première phase de juin à octobre 2001 a consisté en la planification des activités intensives de mobilisation, et notamment de l'identification et de la formation des éducateurs-pairs en tant que mobilisateurs communautaires pour la PTME. Ces activités de mobilisation communautaire, ciblées sur les zones proches de MMH, ont été conduites lors de la deuxième phase, de novembre 2001 à avril 2002. Depuis mi-2002, les interventions de PTME et les activités de mobilisation communautaire sont mises en œuvre à l'échelle du district.

Dans le cadre de cette approche de district, un document stratégique de mobilisation communautaire a été préparé pour le district de Buhera et le district de Murewa (province du Mashonaland East)⁸¹. La figure 7 présente les différentes étapes et activités de promotion et de sensibilisation conduites auprès de membres influents de la communauté, des acteurs (professionnels de santé) et des bénéficiaires (population générale) de la PTME.

Afin de pouvoir documenter l'influence du programme de mobilisation communautaire sur les niveaux de connaissance en matière de PTME de la communauté, deux enquêtes CAP pré- et post-intervention ont été mises en œuvre en 2002 et 2004 (*voir partie 3.3*) La phase de promotion des interventions de PTME a permis de consulter les membres influents du district sur ses perceptions et ses connaissances en matière de VIH/SIDA, de l'informer des interventions de PTME mises en œuvre à MMH et d'encourager leur adhésion et leur soutien à cette initiative. L'organisation de visites dans les villages voisins de Murambinda, de meetings et de discussions avec la population locale, les professionnels de santé, et les membres influents de la communauté, a représenté la majorité des activités de mobilisation communautaire. Il s'agissait d'informer la communauté et de créer un contexte de compréhension et d'acceptabilité propice à motiver la demande de services de PTME par les femmes enceintes.

⁸¹ ISPED Zimbabwe. Proposal for advocacy and social mobilisation. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV (PMTCT) Murewa District, Zimbabwe, November 2002.

Figure 7. Représentation schématique du programme de mobilisation communautaire en matière de PTME dans le district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).



A.4. Le suivi après l'accouchement

Avant l'introduction des services de PTME à MMH, l'hôpital et le district bénéficiaient déjà de certaines initiatives de suivi communautaire. L'ONG locale Dananai, basée dans l'enceinte de l'hôpital, dispensent depuis 1992 de services de soutien et de soins à domicile des individus et des familles infectées/affectées par le VIH. Dans le cadre spécifique des interventions de PTME, le premier groupe de soutien psychosocial a été constitué en 2002 et, en juin 2003, il comprenait 36 membres, tous infectés par le VIH. Ce grand groupe de

soutien, le seul actif pendant cette période pilote de 22 mois, était géré en alternance par la coordinatrice de district et une conseillère. Un de ses objectifs était la définition de partenariats privilégiés avec certaines institutions et ONG permettant l'accès des femmes et leurs familles à plusieurs services : aide matérielle, éducation en matière de planning familial, gestion du stress et soutien émotionnel, entre autres. Aucun système d'évaluation de l'efficacité de ces services, que ce soit en termes de couverture au niveau du district, de prévention des conséquences négatives pour les femmes infectées par le VIH ou de participation des femmes séronégatives n'a été mis en place.

A.5. Les services d'éducation et de suivi en matière de nutrition infantile

Les recommandations de nutrition infantile dispensées en routine à MMH ont été adaptées lors de l'introduction de services de PTME. L'hôpital est certifié par l'IHAB depuis 1984 et, à ce titre, encourage toutes les femmes à pratiquer l'allaitement maternel. Dans le cadre des stratégies de prévention de la TME postnatale du VIH, d'autres options ont été progressivement introduites dans les messages d'éducation des professionnels de santé formés (*voir tableau 12*). A partir d'août 2001, les conseils en nutrition infantile adressés aux femmes enceintes et jeunes mamans ont été dispensés non seulement pendant les consultations prénatales et postnatales de routine, mais aussi lors de sessions de conseil du VIH et à l'occasion d'un nouveau type de service de santé, le conseil en nutrition infantile. Au cours du conseil pré-test, toutes les femmes sont sensibilisées aux différentes options de nutrition infantile : allaitement maternel exclusif, allaitement artificiel, autres modes d'allaitement de substitution. Pendant le conseil post-test, des informations spécifiques sont proposées selon le statut sérologique des femmes. Les femmes infectées par le VIH sont encouragées à prendre un rendez-vous pour des séances de conseil en nutrition infantile plus spécifiques, au cours desquelles les conditions pratiques, économiques et culturelles de mise en œuvre des différentes options de nutrition infantile sont évaluées. Les services de conseil en nutrition infantile sont disponibles à chaque visite de suivi après l'accouchement.

B Le suivi des activités et le monitoring

L'introduction des interventions de PTME à MMH s'est accompagnée d'un système de monitoring détaillé, en place de septembre 2001 à juin 2003. Une série de questionnaires adaptés de ceux du programme de recherche de PTME ANRS 1201 conduit à Abidjan ont été

utilisés à chaque étape de la cascade de services. Il s'agissait de documenter précisément le nombre de femmes bénéficiant de chaque service de PTME, de recueillir des informations sur leur profil sociodémographique et de décrire leurs raisons de refus de participation à certaines activités. La liste précise des questionnaires utilisés est présentée au point 2.2.1 (*voir annexe I*). L'ensemble de ces données quantitatives ont été saisies et gérées informatiquement.

La supervision quotidienne des activités de PTME dispensées à MMH a été assurée par la coordinatrice de PTME du district, Tarisai Mukotekwa, en collaboration avec les médecins de l'hôpital, en particulier Anna Miller et Monica Glenshaw, le Directeur Médical du district de Buhera. L'ISPED Bordeaux était chargé de la supervision technique et financière de l'ensemble des activités, notamment pendant cinq missions de terrain, organisées au cours des 23 mois d'expérience pilote.

L'équipe de coordination des activités de PTME à MMH a participé aux réunions de coordination nationale organisées tous les deux mois par le MOH/CW (*PMTCT Partnership Forum - PPF*). L'expérience de MMH, premier site pilote de PTME en zone rurale, a été fondamentale dans le développement du programme national de PTME. Les premières expériences opérationnelles de PTME à MMH ont été présentées en 2001 à la XII^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles en Afrique de Ouagadougou (Burkina Faso) (Perez, et al., 2001) et en 2002 à la XIV^{ème} Conférence Internationale contre le SIDA de Barcelone (Perez, et al., 2002). La synthèse des 18 premiers mois d'activités de PTME à MMH a été publiée en 2004 (Perez, et al., 2004a).

2.2. MATERIELS ET METHODES

L'objet de notre étude est tout d'abord d'explorer les difficultés de la mise en œuvre opérationnelle du paquet de services de PTME au Zimbabwe en illustrant notre réflexion par la description de l'évolution des connaissances en matière de TME du VIH et de PTME dans le district de Buhera. Il s'agit ensuite de mieux comprendre le contexte socioculturel des choix et pratiques de nutrition infantile des femmes ayant été exposées aux interventions de PTME, en explorant la disponibilité et l'utilisation de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Quatre protocoles spécifiques ont ainsi été développés : 1) l'analyse de la base de donnée du programme opérationnel de PTME à MMH ; 2) une enquête descriptive de

type « avant/après » sur les Connaissances, Attitudes, Pratiques (CAP) en matière de PTME ; 3) une enquête descriptive sur les pratiques de nutrition infantile et le suivi après l'accouchement des femmes et des enfants (Murambinda Maternal and Child Health Survey, MMCHS) ; et 4) une enquête sur l'éducation et le conseil et suivi en matière de nutrition infantile (Buhera Infant Feeding Education and Support Survey, IFES). Chaque protocole est résumé sous forme de tableaux présentés ci-dessous.

La mise en œuvre du programme pilote de PTME à MMH a été autorisée et encouragée par le MOH/CW en mars 2001. Le protocole de l'enquête CAP a été défini conjointement avec les autorités sanitaires du district de Buhera et de la province du Manicaland et approuvé en Novembre 2002. L'enquête MMCHS sur les pratiques de nutrition infantile a été soumise au *Zimbabwe Medical Research Council* en Novembre 2002 et approuvée en Décembre 2002. L'étude IFES sur l'éducation et le soutien en matière de nutrition infantile a été soumise au Département de Nutrition du MOH/CW et approuvée en juillet 2004.

2.2.1. Monitoring des services de PTME à MMH

Objectifs		
<ul style="list-style-type: none"> - Exploiter les données de suivi quantitatives et qualitatives collectées en routine dans le cadre des interventions de PTME de MMH ; - Etudier en particulier les données relatives aux modalités d'alimentation des nouveaux-nés ; - Mesurer l'importance des déterminants sociodémographiques dans l'acceptabilité des interventions de PTME. 		
Stratégie		
<ul style="list-style-type: none"> - Consultation et analyse rétrospective des informations recueillies de façon systématique dans le cadre des interventions de PTME de MMH pendant sa phase initiale (Août 2001 à juin 2003) ; - Sélection des informations pertinentes (données sociodémographiques, de nutrition infantile, de suivi mère-enfant) par extraction informatique et vérification manuelle des registres prénatals et de maternité ainsi que du journal de bord du programme. 		
Population cible		
Femmes enceintes bénéficiant de services de PTME de MMH.		
Echantillon		
Données d'activité recueillies sur une cohorte de femmes (n=1 776) ayant accouché entre le 1 ^{er} août 2001 et le 30 septembre 2002 (en juin 2003, date de fin du monitoring pilote, toutes les femmes pouvaient potentiellement avoir bénéficié de la visite de suivi à six mois).		
Outil		
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires qualitatifs et quantitatifs administrés aux femmes ou remplis par le personnel de santé à chaque étape de l'intervention de PTME (<i>voir annexe 1</i>) ; - Registres prénatals et de maternité de MMH et des centres de santé de la zone d'attraction de l'hôpital ; - Base de données Access. 		
<i>Outils de monitoring des services de PTME à MMH</i>		
Service de PTME	Nom de l'outil	Données collectées
Conseil VIH	Fiche de conseil pré-test Fiche de conseil post-test	Caractéristiques sociodémographiques Acceptabilité du dépistage Utilisation de la contraception Intentions de nutrition infantile
Dépistage VIH	Requête du laboratoire Fiche de dépistage	Type de test Date du test Résultats
Intervention anti-rétrovirale Accouchement	Fiche d'intervention anti-rétrovirale mère Fiche d'intervention anti-rétrovirale enfant Décharge mère	Données d'accouchement et de naissance Date/heure de prise de l'anti-rétroviral Difficultés de prise de l'anti-rétroviral
Suivi de la mère et de l'enfant	Fiche de suivi mère Fiche de suivi enfant	Evaluation clinique Prise du cotrimoxazole Données anthropométriques Utilisation de la contraception Pratiques de nutrition infantile

Critères de sélection pour l'analyse
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaires incomplets écartés de l'analyse ; - Dans le cas de naissances gémellaires, seul le premier jumeau né a été considéré dans notre évaluation (pas de raison particulière pour que les pratiques de suivi postnatal aient été différentes mais l'indépendance statistique de toutes les observations est ainsi assurée).
Présentation des résultats
<ul style="list-style-type: none"> - Indicateurs de processus PTME : femmes conseillées pré/post-test, femmes testées, résultats sérologiques, femmes et enfants recevant/ingérant la névirapine ; - Profil sociodémographique des femmes ayant bénéficié de services de PTME de MMH ; - Intentions en matière de révélation du statut sérologique, de pratiques de nutrition infantile, de suivi postnatal ; - Indicateurs de santé maternelle : accouchements, naissances vivantes, pratiques de contraception ; - Indicateurs de suivi postnatal/PTME : fréquence, raisons.
Analyse
Analyse univariée et multivariée selon le statut sérologique et le profil sociodémographiques des femmes. Calcul des rapports de cote de prévalence (intervalle de confiance à 95%) pour évaluer les différences dans l'utilisation des services de PTME et l'intention en matière de nutrition infantile entre les femmes séropositives et séronégatives. Calcul de rapports de cote pour variables appariées pour évaluer le changement d'intention de nutrition infantile entre le conseil pré et post-test.
Finalité
Apprécier les difficultés et les contraintes à la mise en œuvre de services de PTME en zone rurale : événements programmatiques et contextuels, caractéristiques sociodémographiques des femmes ciblées.
Calendrier d'exécution
Interventions pilotées de août 2001 à juin 2003, soit sur 23 mois. Analyse des données d'août 2001 à septembre 2002.
Participation personnelle
Rédaction du protocole opérationnel, définition du système de monitoring détaillé, participation au suivi technique des activités, nettoyage et analyse de la base de données, et rédaction du rapport final soumis aux autorités nationales.

2.2.2. Enquêtes de Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la PTME

Objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Décrire, dans le cadre du programme de mobilisation communautaire du district de Buhera, la connaissance et les pratiques locales en matière de PTME ; - Produire des données pré puis post-intervention permettant d'apprécier l'influence du programme de mobilisation communautaire ; - Mettre en évidence l'influence des caractéristiques sociodémographiques sur les connaissances et pratiques en matière de PTME.
Stratégie
<ul style="list-style-type: none"> - Enquête descriptive dans le district de Buhera avant qu'aucune activité de PTME ne soit mise en œuvre, puis 18 mois après le début des interventions ; - Enquête conduite dans 11 centres de santé (MMH et 10 cliniques au sud du district).
Population cible
<ul style="list-style-type: none"> - Femmes interviewées au moment de leur consultation prénatale, ayant bénéficié ou non de services de PTME dans les centres de santé ciblés ; - Femmes fréquentant la clinique de jour des centres de santé ciblés.
Echantillon
<ul style="list-style-type: none"> - Technique de l'échantillon consécutif ; - Deux jours d'enquête prévus dans chaque centre de santé.
Outil
Questionnaire quantitatif, 26 questions (<i>voir annexe 2</i>).
Travail de terrain
Enquêteurs : 2 infirmières et 2 agents de santé environnementale ; Formation de 2 jours.
Critères de sélection pour l'analyse
Aucun.
Présentation des résultats et discussion
<ul style="list-style-type: none"> - Comparaison des résultats pré- et post-intervention ; - Exploration des niveaux de connaissance en termes de TME et PTME, attitudes quant aux facteurs de risques et facteurs préventifs, pratiques sexuelles ; - Appréciation de la logique ou de l'incohérence des indicateurs de connaissances et pratiques en termes de TME et PTME.
Analyse
Analyse univariée et multivariée selon le statut sérologique et le profil sociodémographique des femmes. Calcul des rapports de cote (intervalle de confiance à 95%) pour évaluer l'influence des facteurs sociodémographiques sur les indicateurs de connaissance et de sensibilisation en matière de PTME.
Finalité
Appréciation des changements en termes de connaissances et pratiques de PTME après la mise en œuvre du programme de mobilisation communautaire.
Calendrier d'exécution
<ul style="list-style-type: none"> - Premier passage : novembre 2002 ; - Deuxième passage : juillet 2004.
Participation personnelle
Participation à la définition de la méthodologie de recherche, préparation du questionnaire d'enquête, participation à la formation du personnel local, nettoyage et analyse des bases de données, rédaction du rapport d'enquête final soumis aux autorités nationales.

2.2.3. Enquête sur les pratiques de nutrition infantile

Objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Documenter les pratiques d'alimentation infantile des femmes ayant participé au programme de PTME de MMH ; - Documenter le contexte socioculturel des pratiques de nutrition infantile dans des familles rurales.
Stratégie
<ul style="list-style-type: none"> - Enquête descriptive conduite à MMH et dans les centres de santé de référence des femmes ciblées (24 centres dans le district de Buhera) ; - Conduite d'entretiens approfondis pour comprendre les attitudes et pratiques des femmes ciblées ; - Groupes de discussion afin de discuter des images et des perceptions liées à la santé et à la nutrition infantile, les normes en termes d'acceptation et d'intégration des modifications des pratiques de nutrition infantile au sein des services de santé et de la communauté.
Population cible
<ul style="list-style-type: none"> - Femmes ayant participé au programme de PTME de MMH ; - Groupes de femmes et d'hommes d'âge différents.
Echantillon
<ul style="list-style-type: none"> • Enquête : sélection des femmes ayant accouché entre le 15 avril 2001 et le 15 février 2003, ayant accepté le conseil et le dépistage et qui connaissent leur statut VIH. <ul style="list-style-type: none"> - Pour les femmes infectées par le VIH : enquête auprès de tout le groupe, avec deux critères de sélection : la prise de névirapine maternelle et infantile et l'accord de principe, au moment du post-test, pour un suivi sur une période de deux ans ; - Pour les femmes séro-négatives : estimation de l'échantillon à partir de la prévalence attendue d'allaitement maternel exclusif à six mois parmi les femmes séronégatives (15%), avec une erreur type de 5% ; sélection par tirage au sort aléatoire (programme Epi-6 et SAS). • Groupes de discussion : <ul style="list-style-type: none"> - Sept groupes de discussion tenus à MMH (1), Mavhaire (1), Munyanyi (1), Chiweshe (1), Nyashanu (2) and Ndongwe (1) (voire carte 4) ; - Nombre moyen de 12 membres par groupe de discussion ; - 1 groupe de jeunes hommes, 1 groupe d'hommes âgés, 1 groupe de chefs traditionnels, 2 groupes de sages-femmes traditionnelles et 2 groupes de femmes âgées.
Outil
<ul style="list-style-type: none"> • Pour l'enquête mère-enfant, 2 questionnaires quantitatifs et qualitatifs (<i>voir annexe 3</i>) : <ul style="list-style-type: none"> - questionnaire sociodémographique (19 questions) ; - questionnaire de nutrition infantile inspiré des outils de l'OMS (Gaillard, et al., 2001b; World Health Organisation, 2001a) (74 questions) documentant entre autres les pratiques de nutrition infantile depuis la naissance, lors des dernières 24h, et lors des derniers sept jours, rapportées par la mère, et des mesures anthropométriques ; • Guides de discussion de 37 questions pour les groupes de femmes et 33 questions pour les groupes d'hommes (<i>voir annexe 4</i>).
Travail de terrain
<ul style="list-style-type: none"> - Enquêteurs : le coordinateur PTME du district, la responsable de santé communautaire du district, le nutritionniste du district, et une sage-femme ; - Entretiens en centre de santé puis visites à domicile.

Critères de sélection, d'analyse
<ul style="list-style-type: none"> - Dans le cas de naissances gémellaires, sélection du premier jumeau né (pas raison particulière pour que les pratiques de nutrition infantile aient été différentes) ; - Dans le cas du décès de la mère, entretien conduit avec la personne responsable de l'enfant ; - Dans le cas du décès de l'enfant, pas d'entretien.
Présentation des résultats et discussion
<ul style="list-style-type: none"> - Pratiques d'allaitement maternel, durée (intention, faits) ; - Introduction de compléments à l'allaitement maternel : âge, aliments, durée de la période de sevrage ; - Raisons pour allaiter/sevrer ou non, problèmes rencontrés ou non ; - Décideurs des pratiques de nutrition infantile ; - Contraintes aux changements de pratiques de nutrition infantile ; - Position d'allaitement maternel ; - Perception de la qualité et de l'utilité du conseil et du suivi en matière de nutrition infantile ; - Existence et fréquence de visites à domicile reçues ; - Disponibilité alimentaire, régime alimentaire de la mère ; - Santé maternelle : santé mammaire, contraception, recours à la médecine traditionnelle ; - Santé de l'enfant, caractéristiques anthropométriques, changements de pratiques de nutrition infantile, hospitalisations.
Analyse
Analyse univariée selon le statut sérologique et le profil sociodémographique des femmes. Analyse multivariée de l'influence des facteurs sociodémographiques maternels sur certains indicateurs de nutrition infantile.
Finalité
<ul style="list-style-type: none"> - Apprécier la capacité des femmes ayant bénéficié de services de PTME à adopter des pratiques de nutrition infantile à moindres risques ; - Mesurer l'importance des contraintes économiques et socioculturelles à l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques ; - Apprécier le soutien proposé aux mères : soutien social, soutien médical, au centre de santé, à domicile ; - Relation entre la perception et l'accessibilité des services de conseil et de suivi en matière de nutrition infantile et les pratiques de nutrition infantile à moindres risques.
Calendrier d'exécution
<ul style="list-style-type: none"> - Première phase d'enquête : juin à septembre 2003 ; - Deuxième phase d'enquête : février et mars 2004.
Participation personnelle
Rédaction du protocole de recherche, participation à la formation du personnel local, participation à certains groupes de discussion, participation à la supervision du travail de terrain, supervision de la saisie des données, nettoyage et analyse des bases de données, rédaction du rapport d'enquête final soumis aux autorités nationales.

2.2.4. Enquête sur les services d'éducation et de suivi en matière de nutrition infantile

Objectifs
<ul style="list-style-type: none"> - Documenter la disponibilité et l'utilisation de services de soutien en matière de nutrition infantile ; - Décrire la perception des professionnels de santé sur les besoins et les stratégies d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile.
Stratégie
<ul style="list-style-type: none"> - Enquête descriptive par entretiens approfondis avec des informateurs clé.
Population cible
<ul style="list-style-type: none"> - Choix des centres de santé du district en coordination avec l'équipe locale pour s'assurer d'une large couverture géographique : MMH, Birchenough Bridge Hospital, Buhera Rural Hospital, et les cliniques de Gombe, Chapwanya, Chiwenga, Chapanduka, Betera, Zangama, Garamwera, Munyani, Bangure, Mombeyarara, Mudanda, Mutiusinazita, Murwira et Chimbudzi (voir carte 4) ; - Entretiens avec les infirmières en chef de chaque centre de santé sélectionné et avec les autorités sanitaires du district.
Echantillon
<ul style="list-style-type: none"> - Total de 26 personnes enquêtées : <ul style="list-style-type: none"> - 3 infirmières dans les trois plus grandes structures (MMH, Birchenough Bridge et Buhera) et 1 infirmière pour chacun des autres centres de santé ; - 3 membres des autorités sanitaires du district (directeur médical, directeur infirmier, responsable de santé communautaire).
Outil
<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire quantitatif et qualitatif. Questionnaire testé dans le district de Murewa sur un échantillon de cinq individus. Questionnaire auto-administré (voir annexe 5).
Critères de sélection pour l'analyse
Aucun.
Présentation des résultats et discussion
<ul style="list-style-type: none"> - Compréhension du concept, des objectifs et des composantes de l'éducation et du soutien en matière de nutrition infantile ; - Accessibilité et utilisation des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile : acteurs, bénéficiaires, lieux, fréquence ; - Perception de l'utilité et des besoins d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile ; - Acceptabilité de l'éducation et du soutien en matière de nutrition infantile au sein de la communauté ; - Objectifs du conseil en matière de nutrition infantile et ses composantes.
Analyse
Analyse qualitative de contenu.
Finalité
Apprécier les perceptions et de l'acceptabilité sociale de stratégies de conseil et de suivi en nutrition infantile, en particulier dans le contexte du VIH, par les professionnels de santé.
Calendrier d'exécution
Août 2004.
Participation personnelle
Rédaction du protocole de recherche, participation à la supervision du travail de terrain, saisie des données, nettoyage et analyse des bases de données, rédaction du rapport d'enquête final soumis aux autorités nationales.

La figure 8 résume l'ensemble des populations concernées par nos quatre enquêtes de recherche opérationnelle. Le premier groupe d'étude est composé des femmes ayant fréquenté MMH en consultation prénatale entre août 2001 et juin 2003, et des femmes enceintes fréquentant d'autres centres de santé du district de Buhera et ayant été sensibilisées aux questions de PTME entre novembre 2002 et juin 2004. Le deuxième groupe d'étude a rassemblé un échantillon de femmes ayant bénéficié de services de PTME et des informateurs clés en matière de nutrition infantile. Notre recherche se fonde à la fois sur des données recueillies au sein du système de santé, mais aussi sur des informations collectées dans la communauté. La figure 9 présente le calendrier des activités opérationnelles et des activités de recherche conduites à MMH.

Figure 8. Populations cibles des quatre études de recherche opérationnelle conduites dans le district de Buhera, Zimbabwe (2001–2004).

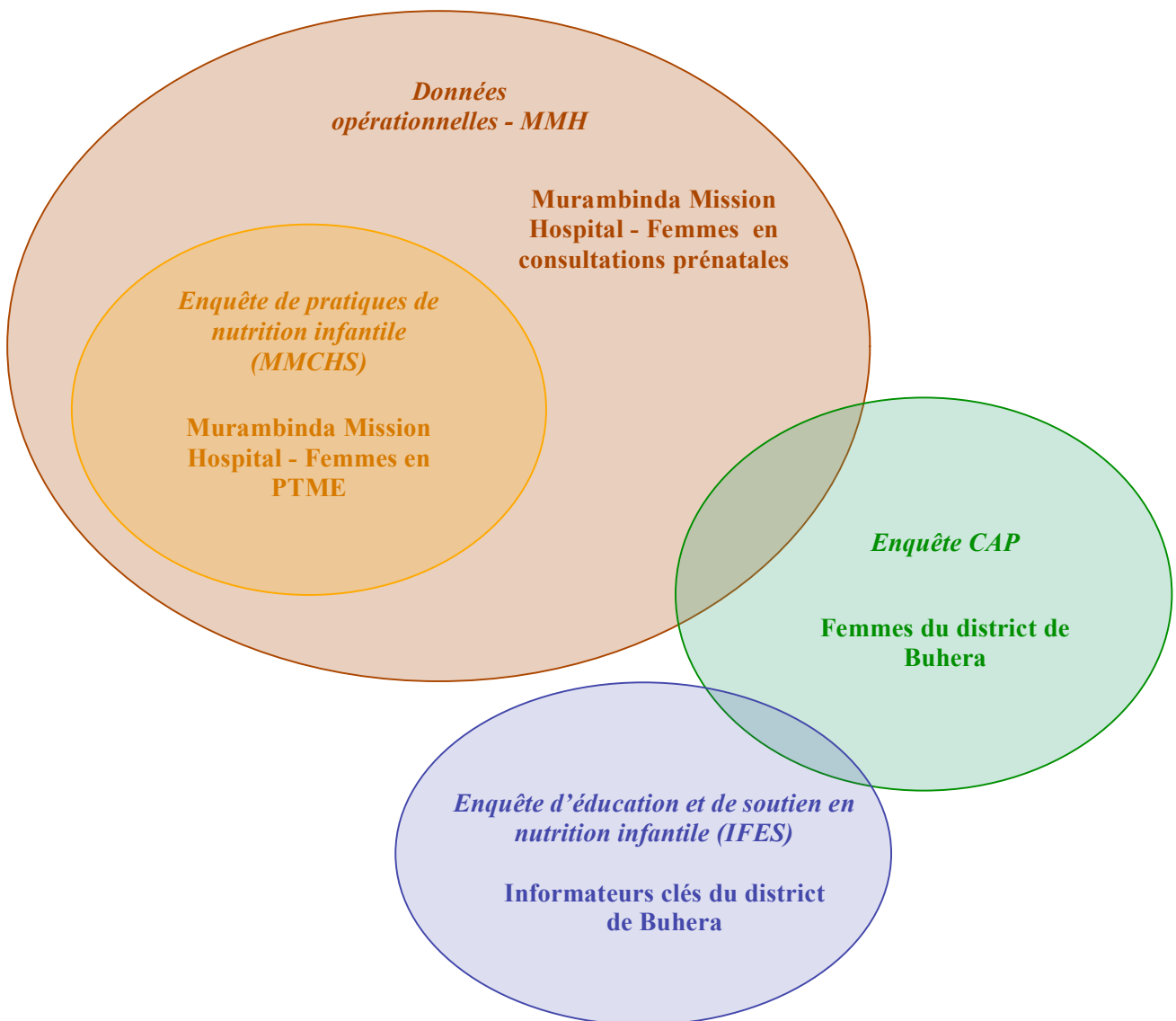


Figure 9. Calendrier d'activités et d'études (2001-2004).

2001			2002			2003			2004				
		<i>Août Sept</i>			<i>Nov-Déc</i>		<i>Juin</i>	<i>Juil-Sept</i>	<i>Déc</i>	<i>Janv-Mars</i>		<i>Juillet Août</i>	
		Début des activités de PTME à MMH			Nombre total sites de de PTME =5 (au nord du district)				Nombre total de sites de PTME =9 (nord et sud du district)				
		Mise en place des outils de suivi du projet pilote			Enquête CAP pré-projet de PTME au sud du district		Fin du suivi du projet pilote à MMH. Approche de district	1 ^{ère} partie enquête MMCHS		2 ^{ème} partie enquête MMCHS Enquête CAP post-18 mois de projet		Enquête IFES	

MMH=Murambinda Mission Hospital
 CAP=Connaissances-Attitudes-Pratiques
 MMCHS=Murambinda Maternal and Child Health Survey
 IFES=Infant Feeding Education and Support

2.2.5. Saisie et analyse des données

Les **données quantitatives** des enquêtes ont été codées et saisies sous Epi-Info 2000 et Excel 2000, puis analysées sous Epi-Info 6.04, Access 2000, SPSS 11.0 pour Windows et Stata 8.0.

L'analyse univariée permet tout d'abord de décrire les données, en utilisant les proportions pour les variables de classe, et les moyennes (et leur intervalle de confiance) et/ou les médianes (et les intervalles interquartiles) pour les variables continues. Les tests du chi-2 de Pearson ou de Fisher exact (selon les cas) ont été utilisés pour comparer les variables catégorielles, et les tests de Student ou de Mann-Whitney ont été utilisés pour comparer les variables continues. Le test de Mac Nemar a été utilisé pour la comparaison des données appariées. L'ensemble des résultats ont été observés au sein d'études transversales. Les rapports de cote de prévalence et leur intervalle de confiance à 95% ont donc été calculés pour évaluer les différences dans l'utilisation des services de PTME ou l'intention et l'adoption de certaines pratiques de nutrition infantile entre les femmes séropositives et séronégatives ou entre deux années d'enquête. Une valeur p inférieure à 5% a été considérée comme significative pour toutes les analyses univariées.

Des analyses multivariées ont été effectuées afin d'apprécier l'influence du profil sociodémographique des femmes sur certains indicateurs recueillis et contrôler si nécessaire nos résultats sur ces paramètres individuels. Les modèles multivariés utilisés sont pleins, intégrant la totalité des variables explicatives (sociodémographiques et comportementales) disponibles. Des rapports de cote ajustés et leur intervalle de confiance à 95% ont été calculés afin de mettre en valeur l'influence de facteurs de risque sociodémographiques et/ou comportementaux, indépendamment des autres facteurs, sur l'utilisation des services de PTME ou sur l'intention et l'adoption de certaines pratiques de nutrition infantile.

Les **données qualitatives** ont été saisies sous Word et ont été analysées selon la méthode de l'analyse de contenu.