

# **CHAPITRE 3. ENQUETES DE TERRAIN**

L'analyse de nos données est présentée ici sous deux angles complémentaires :

- Nous exposons tout d'abord les difficultés de mise en œuvre opérationnelle des services de PTME en zone rurale au Zimbabwe, en examinant en premier les données de suivi des activités de PTME à MMH (partie 3.1), puis en illustrant les effets de la mobilisation communautaire et l'évolution du contexte programmatique (partie 3.2) ;
- Enfin, nous présentons certains enjeux de la prévention postnatale du VIH, d'abord au travers de la description des pratiques de nutrition infantile des femmes ayant bénéficié de services de PTME à MMH (partie 3.3), et puis de l'analyse de la perception des informateurs clés sur les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile (partie 3.4).

### 3.1 DIFFICULTES OPERATIONNELLES DE MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE PTME

Les activités de PTME à MMH ont fait l'objet d'un suivi et d'un monitoring détaillés pendant 23 mois, d'août 2001 à juin 2003. Un manuscrit a été publié à partir de ces résultats, dont je suis le deuxième auteur (Perez, et al., 2004b) (Annexe 5). Le tableau 13 présente le nombre de questionnaires de suivi collectés puis codés et saisis à chaque étape de l'intervention et le nombre final de questionnaires conservés pour analyse. Les raisons pour écarter certains questionnaires étaient les suivantes : erreur ou duplication dans le numéro d'identification, résultat du dépistage VIH absent ou indéterminé ou enfin fiche de conseil pré-test absente (aucune donnée sociodémographique de base n'était alors disponible pour cette femme). Un total de 99% des fiches initialement enregistrées ont pu être utilisées pour l'analyse.

*Tableau 13. Questionnaires analysés/supprimés à chaque étape des interventions de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.*

Outil de monitoring	Nombre initial	Nombre final
Fiche de conseil pré-test	2 535	2 534
Requête du laboratoire	2 375	2 370
Fiche de dépistage	2 162	2 161
Fiche de conseil post-test	1 742	1 730
Fiche d'intervention ARV mère	167	167
Fiche d'intervention ARV enfant	171	167
Fiche de sortie de maternité de la mère	81	81
Fiche de suivi mère	209	209
Fiche de suivi enfant	209	209

### 3.1.1. Cascade des services de PTME

Au cours des 23 mois d'activités considérés comme la phase pilote à MMH, plus de 2 500 femmes ont bénéficié du conseil VIH pré-test. Le tableau 14 détaille le nombre de femmes ayant bénéficié de tout ou partie des interventions de PTME de MMH, à partir de cette activité de conseil pré-test.

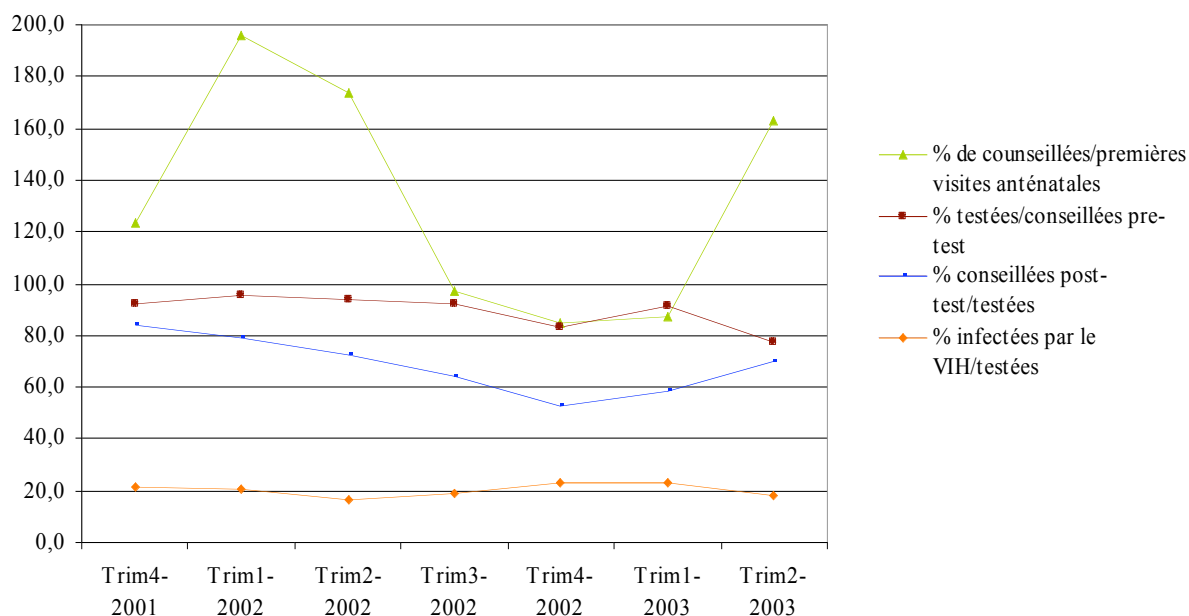
Tableau 14. Activités de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.

	n	%	N (100%)
<b>Conseil et dépistage parmi les femmes en consultation prénatale</b>			
Femmes au conseil pré-test	2 534	100	
Femmes testées	2 370	93,5	2 534
Femmes infectées par le VIH	476	20,1	2 370
Femmes au conseil post-test	1 730	73,0	2 370
Femmes VIH- au conseil post-test	1 385	73,1	1 894
<b>Intervention névirapine parmi les femmes VIH+</b>			
Femmes VIH+ au conseil post-test	345	72,5	476
Femmes ayant eu une prescription de névirapine	248	71,9	345
Femmes dont l'accouchement a été documenté au sein du projet	167	67,3	248
Femmes ayant pris la névirapine	115	68,8	167
Enfants ayant pris la névirapine	130	77,8	167
Femmes et enfants ayant pris la névirapine	104	62,3	167

Lorsque l'on étudie, sur une base trimestrielle, l'évolution des indicateurs de processus des services de PTME de MMH entre août 2001 et juin 2003, il apparaît que le taux d'acceptabilité du conseil pré-test a été très variable, s'échelonnant entre 60 et 240% des femmes en consultation prénatale (Graphique 6). Cet indicateur d'acceptabilité rapporte le nombre de femmes acceptant le conseil pré-test (à la première visite prénatale ou à des visites ultérieures) au nombre de femmes en première consultation prénatale. Deux raisons principales expliquent le choix de cet indicateur. Tout d'abord, le rang de visite prénatale au moment du conseil pré-test n'a pas été documenté systématiquement, signifiant que l'acceptabilité spécifique du conseil à chaque rang de visite prénatale n'a pu être mesuré. Par ailleurs, le nombre total de *visites* prénatales un mois donné (visites pouvant être multiples pour une femme donnée en un mois donné, surtout en fin de grossesse) n'est pas un dénominateur parfait pour mesurer l'acceptabilité d'un service par un nombre donné de *femmes*. En début de programme, l'acceptabilité du conseil pré-test est susceptible de dépasser 100% (ici 200% pendant un trimestre) en raison du grand nombre de femmes à qui offrir ce service (effet « stock »). Au fil des mois, le « contingent » de femmes n'ayant pas encore été conseillées au cours de leur parcours prénatal se réduit jusqu'à ce que 100% de femmes en première visite prénatale aient bénéficié du conseil pré-test, révélant

l'acceptabilité optimum de ce service dans un contexte de routine (à MMH, en moyenne, lors des six derniers mois du programme pilote).

Graphique 6. Couverture des services de conseil et dépistage du VIH pour la PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.



L'acceptabilité du dépistage du VIH est restée relativement stable au cours de la période de monitoring, variant de 85 à 100% des femmes ayant bénéficié du conseil pré-test. La participation au conseil post-test a varié entre 45 et 90% des femmes testées, baissant progressivement avant de se stabiliser à la fin 2002. Le conseil post-test paraît avoir été l'une des composantes les moins bien acceptées du programme (Graphique 6).

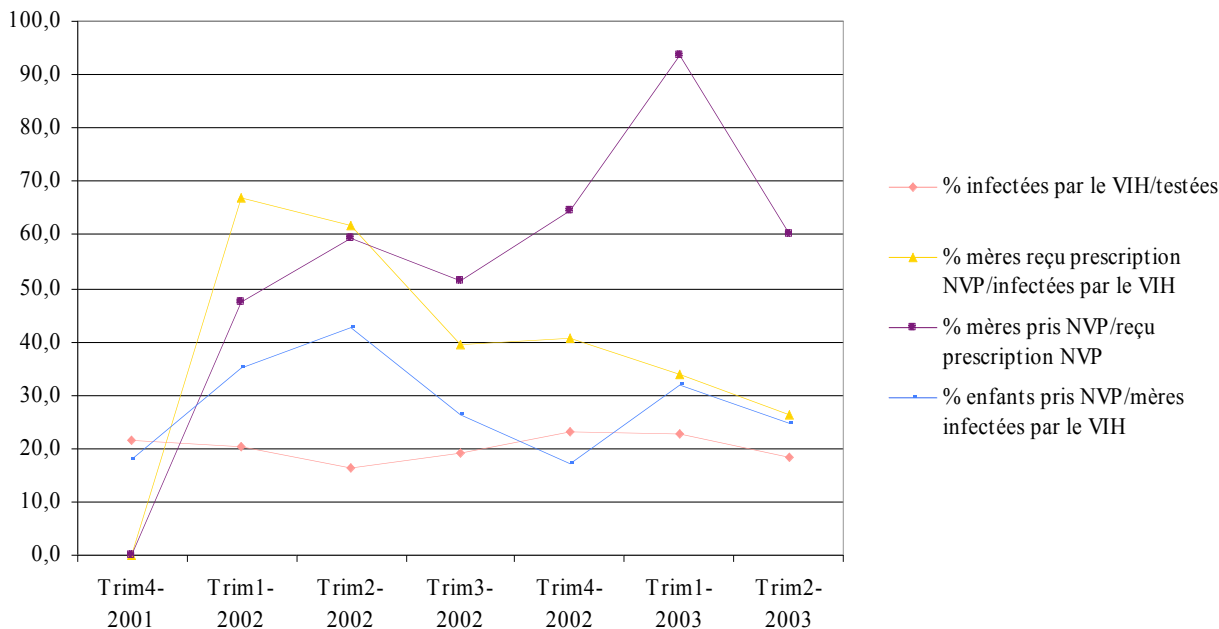
Parmi les femmes dépistées pour le VIH, ayant bénéficié ou non de conseil post-test, la séroprévalence du VIH, estimée globalement à 20,1%, a varié entre 10 et 33% selon les mois, sans différence significative entre le début et la fin de la période d'étude. Cette faible variation peut aisément s'expliquer par des fluctuations d'échantillonnage, le nombre de femmes testées chaque mois variant de 20 au minimum à 180 au maximum.

La couverture de la prophylaxie ARV peut être calculée en prenant comme dénominateur soit l'ensemble des femmes infectées par le VIH, soit seules les femmes ayant bénéficié du conseil au post-test ou enfin les femmes à qui l'on a prescrit la névirapine. Chaque mode de calcul, et donc chaque indicateur, suggère différentes opportunités (manquées) de prophylaxie ARV pour la PTME. Ainsi, le calcul de la couverture ARV parmi les femmes ayant reçu une

prescription de névirapine met en valeur des données individuelles de complianc e au régime ARV de PTME. L'estimation de la couverture de prise de la névirapine parmi les femmes infectées par le VIH s'étant présentées au conseil post-test permet d'obtenir un indicateur de processus, documentant l'efficacité de l'étape de conseil post-test et de la prescription de la prophylaxie ARV. Enfin, la couverture de la prise de névirapine calculée sur l'ensemble des femmes infectées par le VIH permet de prendre en compte l'ensemble des opportunités de prophylaxie ARV pour la PTME, et peut être considérée comme une estimation de l'impact du programme de PTME dans la population cible.

Le graphique 7 représente la couverture trimestrielle de prise de la névirapine variant de 15 à 55% parmi les femmes infectées par le VIH – informées de leur statut sérologique ou non. Cette évolution, bien qu'irrégulière, a été globalement positive au cours du temps. La proportion d'enfants bénéficiant de la prise de névirapine a souvent été supérieure à celles des mères.

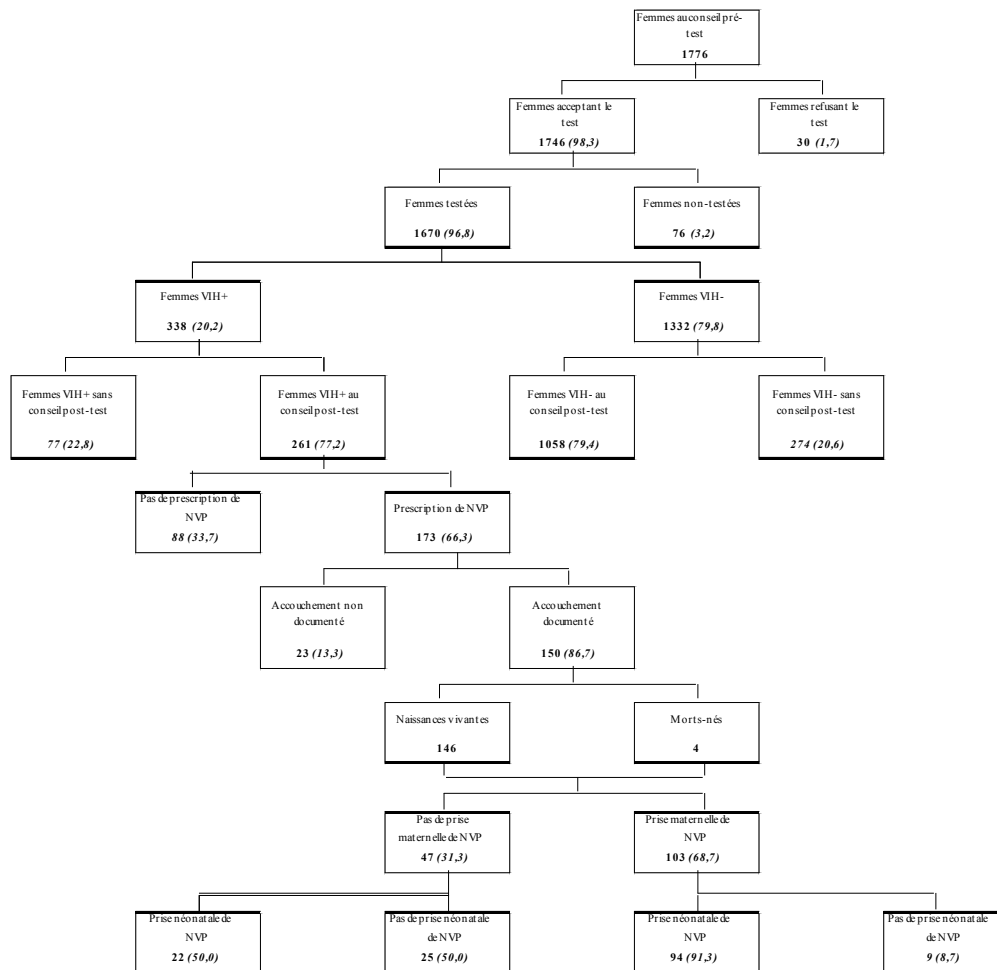
Graphique 7. Couverture de la prophylaxie anti-rétrovirale de PTME par névirapine à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.



Afin de mieux comprendre la couverture et l'acceptabilité à chaque étape de la cascade de services de PTME, notre analyse s'est focalisée sur une cohorte de femmes dont le seul critère d'inclusion était d'avoir accepté le conseil pré-test entre le 1<sup>er</sup> août 2001 et le 30 septembre 2002, soit une période d'étude de 14 mois. La dernière femme incluse dans cette cohorte avait

donc accouché, et ainsi possiblement bénéficié de l'intervention ARV (dans les trois mois après l'entrée dans le programme) et potentiellement bénéficié de trois visites de suivi postnatal (dans les neuf mois) à la date de clôture du monitoring au 30 juin 2003. Au cours de ces 14 mois, 1 776 femmes ont bénéficié du conseil pré-test et 338 femmes ont été identifiées comme infectées par le VIH (20,2%), soit une prévalence tout à fait comparable à la prévalence sur l'ensemble de la période d'observation. Parmi les femmes ayant reçu une prescription de névirapine, 64,3% (94/146) des « couples » mère-enfant ont déclaré avoir pris la prophylaxie ARV (Figure 9).

Figure 10. Cascade de services de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.



Lors de la première année d'activités de PTME à Murambinda, un total de 338 femmes infectées par le VIH ont ainsi été identifiées, au lieu de 358 environ si 100% des femmes vues en conseil pré-test avaient été testées pour le VIH et que la prévalence était restée identique. Les résultats du dépistage ont été communiqués à 261 femmes infectées par le VIH, dont 94 « couples » mère-enfant ont reçu les deux monodoses de névirapine (neuf femmes ont pris la dose de névirapine mais pas leur nouveau-né et 22 nouveaux-nés ont pris la névirapine mais pas leur mère). Ces chiffres sont à mettre en perspective avec le nombre maximal de « couples » mère-enfant que l'on estime auraient pu bénéficier de l'intervention complète mais ne l'ont pas eu (261-94=167, soit 64,0% de femmes identifiées comme infectées par le VIH ayant été perdues de vue pour l'administration de la prophylaxie ARV de névirapine à un moment donné ou un autre après le conseil post-test).

Le degré d'acceptabilité de chaque service de la cascade de PTME permet d'identifier les points de vulnérabilité de l'intervention et de mettre en valeur les besoins spécifiques de sensibilisation, de formation, de suivi et de supervision. Le tableau 15 résume les opportunités manquées d'inclusion à chaque étape des services de PTME au sein de la cohorte de femmes incluses lors des 14 premiers mois d'activités.

*Tableau 15. Opportunités manquées de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.*

	n	%	N (100%)
<b>Conseil et dépistage parmi les femmes en consultation prénatale</b>			
Femmes au conseil pré-test	525	22,8	2 301
Femmes non testées	106	6,0	1 776
Femmes infectées par le VIH	--	--	--
Femmes sans conseil post-test quel que soit leur statut sérologique	351	21,0	1 670
Femmes VIH- sans conseil post-test	274	20,6	1 332
<b>Intervention névirapine parmi les femmes VIH+</b>			
Femmes VIH+ sans conseil post-test	77	22,8	338
Femmes n'ayant pas eu une prescription de névirapine	88	33,7	261
Femmes dont l'accouchement n'a pas été documenté	23	13,3	173
Femmes n'ayant pas pris la névirapine	47	31,3	150
Enfants n'ayant pas pris la névirapine	34	22,3	146
Femmes et enfants n'ayant pas pris la névirapine	25	17,1	146
<b>Absence de suivi à six mois parmi les femmes infectées par le VIH</b>	52	55,3	94

Le tableau 15 révèle que 20 à 30% des femmes incluses dans notre cohorte d'étude ont été perdues à chaque étape de la cascade de services de PTME. La plus faible composante de l'intervention de PTME a été le suivi de la mère et de l'enfant. Moins des deux-tiers des « couples » mère-enfant ayant pris la prophylaxie ARV ont bénéficié d'un suivi jusqu'à six mois. La prescription de la prophylaxie ARV a été la deuxième étape la moins suivie. La

couverture en prophylaxie ARV, encore insuffisante également, montre néanmoins un niveau excellent d'acceptabilité. Le dépistage s'est révélé être la composante la plus acceptée de l'intervention de PTME, et ce très rapidement après le début du programme (Graphique 7).

### 3.1.2. Profil de la cohorte d'étude à chaque étape du programme de PTME

#### A Les activités de conseil et dépistage VIH

Tableau 16. Profil sociodémographique des femmes au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 776	n	%
<b>Age (années)</b>		
Moins de 15	4	0,1
15-19	434	24,6
20-24	596	33,8
25-29	361	20,5
30-35	214	12,1
35-39	99	5,6
40 et plus	58	3,3
Données manquantes	12	0,7
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>		23 (20-28)
<b>Statut marital</b>		
Mariée	1 711	96,3
Veuve	17	1,0
Autre	48	2,7
<b>Parité</b>		
Primigravidae	776	47,4
2	329	20,1
3	220	13,4
4-5	216	13,2
6 et plus	96	5,9
Données manquantes	139	7,8
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>		2,0 (1-3)
<b>Utilisation d'un contraceptif avant la grossesse</b>		
Oui	767	43,2
Pilule	619	80,8
Préservatif	20	2,6
Injectable	114	14,9
Autre	13	1,7
Données manquantes	9	0,5
<b>Education</b>		
Aucune éducation	18	1,0
Education primaire	447	25,3
Education secondaire	1 278	72,3
Education supérieure	24	1,4
Données manquantes	9	0,5
<b>Emploi</b>		
Formel	55	3,1
Informel	36	2,1
Sans emploi	1 000	56,9
Autre	667	37,9
Données manquantes	18	1,0



D'août 2001 à septembre 2002, un total de 1 776 femmes ont **accepté le conseil pré-test**, soit les trois-quarts des femmes éligibles (2 301 femmes vues en consultation prénatale pendant la période). Aucune donnée sociodémographique n'est disponible pour les femmes ayant refusé le conseil pré-test.

Les données sociodémographiques recueillies au moment du conseil pré-test montrent (Tableau 16) que la grande majorité des femmes ayant bénéficié de ce premier service de PTME à MMH étaient mariées (96,3%). L'âge médian était de 23 ans. Près de la moitié des femmes conseillées étaient primipares (nombre médian d'enfant = 2). Le taux d'utilisation d'un contraceptif avant la présente grossesse était de 43,2%, la pilule étant le contraceptif le plus couramment utilisé (80% des femmes sous contraceptif). Le niveau d'éducation était principalement secondaire (72,3%). Un grand nombre de femmes ont déclaré être sans emploi (56,9%).

Tableau 17. Acceptabilité du dépistage VIH pendant le conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 776	n	%
<b>Acceptabilité du dépistage VIH</b>	1 746	98,3
<b>Raisons du refus</b>	<i>n=30</i>	
Besoin d'en parler à son conjoint	13	48,2
Refus de connaître son statut sérologique	5	18,5
Besoin de temps pour réfléchir	6	22,2
Autre	3	11,1
Données manquantes	3	10,0
<b>Souhait de proposer le dépistage VIH au conjoint</b>		
Oui	1 719	97,2
Non	14	0,8
Pas de contact avec le partenaire	20	1,1
Autre	15	0,9
Données manquantes	8	0,5

**L'acceptabilité du test VIH pendant le conseil pré-test** s'est révélée quasiment systématique (98,3%) (Tableau 17). La raison principale pour refuser le dépistage (n=27) a été le besoin de consulter son conjoint (n=13) et le refus de connaître son statut sérologique (n=5). La proportion de femmes ayant accepté le principe de **proposer le dépistage VIH au conjoint** a été élevée (97,2%).

Parmi les 1 746 femmes ayant accepté le dépistage pendant le conseil pré-test, 1 670 (95,6%) ont été testées pour le VIH, soit une **acceptabilité réelle du dépistage VIH** au conseil pré-test de 94,0%. Sur l'ensemble des 14 mois, la **prévalence moyenne de l'infection par le**

**VIH** a atteint 20,2% des femmes testées [IC 95% 18,3-22,2]. Au cours de la période d'étude, un total de 63 partenaires ont bénéficié du dépistage du VIH à MMH, soit moins de 4% du nombre total de femmes vues en consultation prénatale et ayant été testées. Parmi ces hommes dépistés, 27% (n=17) étaient infectés par le VIH.

Le **profil sociodémographique des femmes testées pour le VIH** (n=1 670) est apparu différent suivant leur statut sérologique (Tableau 18). L'âge médian des femmes testées à MMH était significativement supérieur parmi les femmes infectées par le VIH (25 vs 22 ans, p=0,0001). Un tiers des femmes infectées par le VIH étaient primipares au moment du dépistage VIH, et cette proportion était significativement inférieure à celle calculée parmi les femmes séro-négatives (36,8 vs 49,1%, p<0,01). La proportion de femmes mariées (93,2 vs 96,9%) et d'un niveau d'éducation secondaire (67,8 vs 73,8%) était significativement moins élevée parmi les femmes infectées par le VIH (p=0,003). Enfin, les femmes infectées par le VIH étaient majoritairement sans emploi (76,8 vs 53,2%, p<0,01).

Parmi les femmes dépistées pour le VIH, 95,9% des femmes infectées par le VIH et 97,6% des femmes séronégatives ont accepté le principe de proposer le dépistage à leur conjoint lors du conseil pré-test (aucune différence statistiquement significative, p=0,09).

Tableau 18. Profil sociodémographique des femmes dépistées pour le VIH selon leur statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 670	VIH+ (n=338)		VIH- (n=1 332)		p
	n	%	n	%	
<b>Age (années)</b>					
Moins de 20	51	15,3	355	26,8	
20-29	191	57,5	706	53,2	
30-39	82	24,6	219	16,6	
40 et plus	9	2,7	46	3,5	
Données manquantes	5	1,5	6	0,5	
<b>Médiane (Intervalle interquartile)</b>		25,0 (21-30)		22,0 (19-28) <0,01	
<b>Statut marital</b>					
Mariée	315	93,2	1 290	96,9	<0,01
Veuve	10	2,9	7	0,5	
Autre	13	6,9	35	2,6	
<b>Parité</b>					
Primigravidae	110	36,8	626	49,1	
2	73	24,4	244	19,2	
3	53	17,7	161	12,6	
4-5	48	16,1	163	12,8	
6 et plus	15	5,0	80	6,3	
Données manquantes	39	11,5	59	4,4	
<b>Médiane (Intervalle interquartile)</b>		2,0 (1-3)		2,0 (1-3) <0,01	
<b>Utilisation d'un contraceptif avant la grossesse</b>					
Oui	167	49,9	559	42,1	0,01
Pilule	135	80,8	452	80,9	0,9
Préservatif	4	2,4	15	2,7	
Injectable	26	15,6	82	14,7	
Autre	2	1,7	10	1,8	
Données manquantes	3	0,9	4	0,3	
<b>Education</b>					
Aucune éducation	3	0,9	14	1,1	0,02
Education primaire	105	31,3	321	24,2	
Education secondaire et supérieure	227	67,8	992	73,8	
Données manquantes	3	0,9	5	0,4	
<b>Emploi</b>					
Formel	6	1,9	43	3,3	<0,01
Informel	10	3,0	24	1,8	
Sans emploi	258	76,8	701	53,2	
Autre	62	18,5	550	41,7	
Données manquantes	2	0,6	14	1,1	
<b>Dépistage conjoint envisagé</b>					
Oui	324	95,9	1 296	97,6	0,01
Non	13	3,1	20	2,4	
<b>Intention de nutrition infantile</b>					
Allaitement maternel exclusif	292	86,9	1 026	77,4	<0,01
Autre	44	13,1	299	22,6	

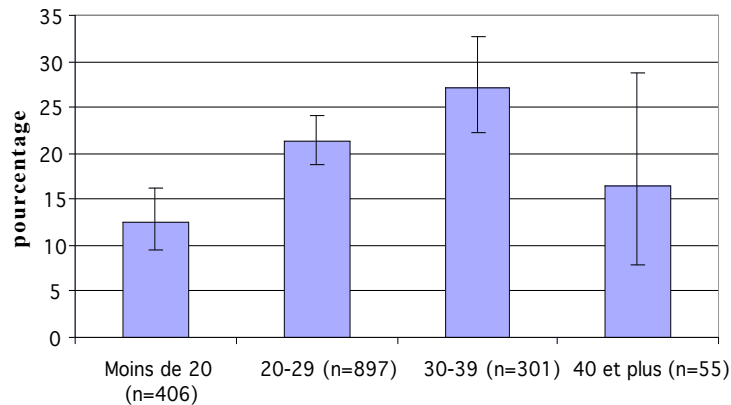
Le tableau 19 présente les données de séroprévalence du VIH parmi les femmes testées à MMH selon le groupe d'âge et le niveau d'éducation.

Tableau 19. Prévalence de l'infection par le VIH selon le groupe d'âge et l'éducation, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

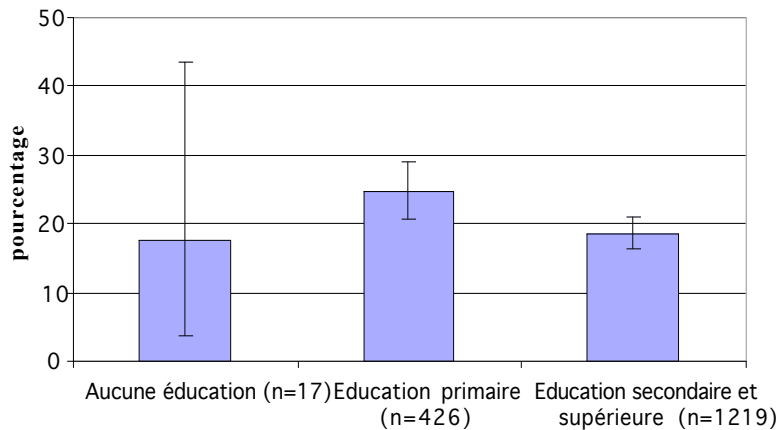
	n	%	IC 95%	p
<b>Age (n=1 659)</b>				
Moins de 20 (n=406)	51	12,6	9,6-16,2	<b>&lt;0,01</b>
20-29 (n=897)	191	21,3	18,7-24,1	
30-39 (n=301)	82	27,2	22,3-32,6	
40 et plus (n=55)	9	16,4	7,8-28,8	
<b>Education (n=1 662)</b>				
Aucune éducation (n=17)	3	17,6	3,8-43,4	<b>0,03</b>
Education primaire (n=426)	105	24,6	20,6-29,0	
Education secondaire et supérieure (n=1219)	227	18,6	16,5-20,9	

Il apparaît deux tendances radicalement opposées, avec une baisse de la prévalence du VIH observée parmi les femmes de MMH avec l'élévation du niveau d'éducation, et une augmentation de la prévalence avec l'âge, du moins jusqu'à 39 ans (Graphiques 8 et 9).

Graphique 8. Prévalence de l'infection par le VIH selon le groupe d'âge, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.



Graphique 9. Prévalence de l'infection par le VIH selon le niveau d'éducation, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.



Le taux de **retour au conseil post-test** parmi les femmes testées pour le VIH était supérieur à 75% (77,2 et 79,4% pour les femmes infectées par le VIH et les femmes séronégatives respectivement, aucune différence statistiquement significative,  $p=0,37$ ). La séroprévalence de l'infection par le VIH était de 19,8% [IC 95% 17,7-22,0] parmi les femmes ayant bénéficié du conseil post-test (76,2% des femmes testées) et de 21,9% [IC 95% 17,7-26,6] parmi les femmes non revenues au conseil post-test ( $p=0,4$ ).

Le **délai entre le dépistage et le retour au conseil post-test** était court (Tableau 20), plus de trois-quarts des femmes ont obtenu leurs résultats le même jour que le dépistage, sans différence significative suivant le statut sérologique des femmes.

Tableau 20. Délai de retour au conseil post-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 319	VIH+ (n=261)		VIH- (n=1 058)		Total		p
	n	%	n	%	n	%	
Même jour	201	77,6	826	78,2	1 027	78,1	
2-7 jours	32	12,4	137	13,1	169	12,8	
1-4 semaines	15	5,8	45	4,3	60	4,6	
1-6 mois	4	1,5	34	3,2	38	2,9	
Plus de 6 mois	7	2,7	14	1,3	21	1,6	
Données manquantes	6	1,7	10	0,7	16	0,9	
Médiane	Même jour		Même jour		Même jour		0,90
Moyenne	5,0 [IC 95% 2,4-7,5]		4,2 [IC 95% 3,2-5,1]		4,3 [IC 95% 3,4-5,3]		

L'intention exprimée par les femmes de partager les résultats de leur dépistage du VIH était élevée (plus de 95%) et similaire suivant leur statut sérologique (Tableau 21). Le partenaire était, a priori, la personne privilégiée pour partager les résultats (plus de 85%). Aucune donnée de partage des résultats n'a pu être collectée par la suite, lors du suivi des femmes et enfants, et il est donc impossible de relier ces intentions aux pratiques effectives.

Tableau 21. Intention de partage des résultats du dépistage VIH selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 319	VIH+ (n=261)		VIH- (n=1 058)		p
	n	%	n	%	
<b>Intention de partage des résultats</b>	242	95,7	987	96,2	0,70
Données manquantes	8	3,1	32	3,0	
<b>Personne envisagée pour partager les résultats</b>					
Partenaire	211	87,9	874	89,4	0,70
Famille	12	5,0	37	3,8	
Partenaire et famille	17	7,1	67	6,8	
Données manquantes	21	8,1	80	7,6	

Parmi les femmes infectées par le VIH, une grande majorité (95,4%) a accepté le principe d'être suivies pendant deux ans comme le recommandait et le proposait le programme de PTME (afin de leur proposer le dépistage pédiatrique du VIH, entre autres).

La date prévisionnelle d'accouchement a été faiblement documentée par les professionnels de santé lors de la première consultation prénatale (50% de données manquantes). Nous avons donc estimé **l'âge gestationnel des femmes au moment du conseil post-test** en calculant la différence entre la date de conseil post-test et la date d'accouchement prévue à ce moment là. La quasi-totalité des femmes se sont présentées au conseil post-test à plus de 16 semaines d'aménorrhée (Tableau 22). Les femmes séronégatives ont eu tendance à se présenter plus tardivement que les femmes infectées par le VIH ( $p=0,09$ ). L'importante proportion de données manquantes appelle à une grande précaution dans l'interprétation de ces résultats.

Tableau 22. Age gestationnel des femmes au conseil post-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1319	VIH+ (n=261)		VIH- (n=1058)		p
	n	%	n	%	
Moins de 16 semaines	12	8,4	28	5,1	
16 à 28 semaines	48	33,6	175	31,7	
28 à 36 semaines	41	28,7	154	27,8	
Plus de 36 semaines	42	29,4	196	35,4	
Données manquantes	118	45,2	505	47,7	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	<i>30,0 (23-37)</i>		<i>31,0 (24-38)</i>		<i>0,09</i>

Le tableau 23 résume les résultats de l'analyse univariée de l'influence des facteurs sociodémographiques sur l'acceptabilité des services de conseil et dépistage du VIH. Nos analyses n'ont pas mis en évidence de variables sociodémographiques ayant eu une influence constante sur la participation des femmes à la cascade de services de PTME. L'acceptabilité du dépistage du VIH et du conseil post-test n'a pas beaucoup varié suivant le profil sociodémographique des femmes interrogées. Seule la multiparité semble avoir été un facteur encourageant l'accès aux dépistage : les femmes multipares avaient près de quatre fois plus de chances de se faire dépister que les primipares ( $RC=3,7$ , IC 95% [1,0-13,6]). Cette acceptabilité est apparue également avoir été meilleure parmi les femmes étant à priori favorable à la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Les femmes testées pour le VIH étaient moins susceptibles d'être mariées et sans emploi que les femmes non revenues au dépistage du VIH. Les facteurs sociodémographiques ayant eu une influence statistiquement significative sur le désir des femmes d'offrir le dépistage VIH à leur conjoint étaient le fait

d'avoir bénéficié d'une éducation secondaire (RC=2,7, IC 95% [1,5-4,8],  $p<0,01$ ) et le fait d'être mariée (RC=31,8, IC 95% [16,8-60,2],  $p<0,01$ ). Aucune des variables étudiées ne semble avoir influencé l'intention de partager ses résultats sérologiques. Dans l'ensemble, les variables sociodémographiques étaient moins susceptibles d'être associées à l'acceptabilité des services de PTME que les variables de comportement.

**Pour conclure sur les principales informations à retenir de ce chapitre, nous pouvons souligner que lors de la première année d'activités de PTME à MMH, près de 75% des femmes en consultation prénatale ont eu accès à des services de conseil et de dépistage du VIH. Le retour au conseil post-test a été clairement l'étape la moins suivie de l'intervention de conseil et dépistage du VIH. Ainsi, près de 23% des femmes infectées par le VIH n'ont pu être informées de leur statut sérologique et donc avoir accès à la prophylaxie ARV de PTME. Les opportunités manquées d'accès à la prescription de la névirapine parmi les femmes infectées par le VIH sont d'autant plus regrettables que l'acceptabilité de l'intervention ARV de PTME a été élevée, comme nous le détaillons dans la section suivante.**

Tableau 23. Caractéristiques sociodémographiques et acceptabilité du conseil et dépistage du VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

	Accepter le dépistage prénatal		Souhaiter proposer le dépistage au conjoint		Etre testée		Etre dépistée comme infectée par le VIH		Bénéficiaire du conseil post-test		Etre infectée par le VIH et bénéficiaire du conseil post-test		Souhaiter partager les résultats du dépistage	
	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]
<b>Age</b> (moins de 30 ans)	79,1	1,2* [0,5-2,8]**	79,4	1,7 [0,9-3,1]	78,6	0,6 [0,3-1,1]	72,8	<b>0,7</b> [0,5-0,9]	78,2	0,9 [0,7-1,8]	72,8	1,0 [0,6-1,8]	78,2	0,9 [0,4-1,8]
<b>Parité</b> (multipare)	52,8	<b>3,7</b> [1,0-13,6]	52,6	1,0 [0,5-1,8]	53,2	<b>1,8</b> [1,1-3,0]	63,2	<b>1,7</b> [1,3-2,1]	52,4	0,9 [0,7-1,1]	62,0	0,8 [0,4-1,4]	52,6	1,2 [0,7-2,2]
<b>Statut marital</b> (être mariée)	96,3	0	97,5	<b>31,8</b> [16,8-60,2]	96,1	0	93,2	<b>0,4</b> [0,3-0,7]	96,2,	1,1 [0,6-2,0]	92,7	0,7 [0,2-2,2]	96,1	1,0 [0,2-4,3]
<b>Emploi</b> (sans emploi)	56,7	0,7 [0,3-1,4]	56,6	<b>0,5</b> [0,2-0,9]	58,0	<b>2,1</b> [1,4-3,2]	76,8	<b>2,9</b> [2,2-3,8]	58,7	1,2 [0,9-1,5]	80,0	<b>2,1</b> [1,2-3,6]	58,5	0,6 [0,3-1,1]
<b>Education</b> (minimum secondaire)	72,3	0,9 [0,4-2,1]	72,9	<b>2,7</b> [1,5-4,8]	72,1	0,8 [0,5-1,3]	67,8	<b>0,7</b> [0,5-0,9]	71,7	0,9 [0,7-1,2]	66,4	0,8 [0,5-1,4]	71,0	0,6 [0,3-1,2]
<b>Contraception</b> (utilisation avant la grossesse)	43,4	0,9 [0,4-2,0]	43,6	1,3 [0,7-2,3]	43,7	1,1 [0,8-1,7]	49,8	<b>1,4</b> [1,1-1,7]	42,3	<b>0,8</b> [0,6-1,0]	47,5	0,7 [0,4-1,1]	42,4	1,0 [0,5-1,7]
<b>Dépistage du conjoint</b> (envisagé)	97,4	<b>4,6</b> [1,3-15,8]	--	NA	97,2	1,1 [0,3-3,5]	95,9	0,6 [0,3-1,1]	96,7	<b>0,2</b> [0-0,7]	94,6	0	96,7	1,2 [0,3-5,1]
<b>Intention nutrition infantile</b> (allaitement maternel exclusif)	78,9	<b>3,4</b> [1,5-7,6]	78,7	1,3 [0,7-2,5]	79,4	<b>2,2</b> [1,4-3,4]	86,9	<b>1,9</b> [1,4-2,7]	77,7	<b>0,6</b> [0,4-0,8]	86,5	0,8 [0,4-1,8]	86,9	0,7 [0,3-1,5]

\* Rapport de cotes en analyse univariée

\*\* Intervalle de confiance à 95%



## B L'intervention anti-rétrovirale

Parmi les 261 femmes infectées par le VIH, ayant été informées de leur statut sérologique au post-test entre août 2001 et septembre 2002, 173 ont reçu une prescription de prophylaxie ARV par névirapine monodose pour la mère et l'enfant (66,3%). Un total de 150 accouchements parmi ces 173 femmes ont été précisément documentés pendant la période d'étude en ce qui concerne la prise de névirapine.

La grande majorité de ces accouchements ont eu lieu à l'hôpital de Murambinda (89,9%), une petite proportion de femmes ont accouché à domicile (7,4%, n=11). La majorité des accouchements ont été eutociques (89,3%), le taux de césarienne a été de 8%. Quatre enfants étaient mort-nés. Cinq naissances gémellaires ont été recensées (seul le premier-né a été conservé pour l'analyse). La proportion d'enfants de petit poids à la naissance était de 16,5% (Tableau 24).

Tableau 24. Données de naissance des enfants exposés au VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=150	n	%
<b>Statut vital à la naissance</b>		
Vivant	146	97,3
Mort-né	4	2,7
<b>Sexe</b>		
	<i>n=146</i>	
Fille	65	44,5
Garçon	81	55,5
<b>Poids à la naissance (g)</b>		
	<i>n=146</i>	
Moins de 1500	2	1,4
1500-2000	4	2,9
2001-2500	17	12,2
2501-3000	51	36,7
3001-3500	53	38,1
Plus de 3501	12	8,6
Données manquantes	7	5,0
<b>Médiane (Intervalle interquartile)</b>		
	3000 (2650-3245,25)	
<b>Taille à la naissance (cm)</b>		
	<i>n=146</i>	
Moins de 40	1	1,1
40-45	7	7,5
46-50	76	81,7
51-55	8	8,6
Plus de 56	1	1,1
Données manquantes	53	36,3
<b>Médiane (Intervalle interquartile)</b>		
	49 (48-50)	

Parmi les femmes ayant accouché à MMH, la durée médiane de séjour à la maternité a été peu documentée (près de 50% de données manquantes) et estimée à quatre jours (Tableau 25).

Tableau 25. Données de sortie de maternité des enfants exposés au VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=146	n	%
<b>Statut vital à la sortie de maternité</b>		
Vivant	130	94,2
Mort	8	5,8
Données manquantes	8	5,5
<b>Age de l'enfant à la sortie de maternité</b>		
	n=130	
Moins de 24 heures	3	4,1
1 jour	16	21,6
2 jours	35	47,3
3 jours	8	10,8
4-7 jours	7	9,5
Plus d'une semaine	5	6,8
Données manquantes	56	43,1
<b>Médiane (Intervalle interquartile)</b>		<b>2,0 (1-3)</b>

Le tableau 26 ci-dessous récapitule les données disponibles en matière de prise de la prophylaxie ARV, collectées par les sages-femmes au moment de l'accouchement et de la sortie de maternité. Un total de 94 « couples » mère-enfant ont bénéficié du régime ARV complet, névirapine maternelle et infantile, soit 64,3% des naissances vivantes documentées et 36,0% des femmes infectées par le VIH venues au conseil post-test. Une dose unique a été prise par neuf mères seulement (sans leur enfant) et 22 nouveaux-nés seulement (sans leur mère), soit au total 125 enfants (sur 146 enfants nés vivants de mère infectée par le VIH) plus ou moins exposés à la névirapine.

Tableau 26. Couverture de l'intervention anti-rétrovirale de PTME, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=150	Pas de prise ARV infantile	Prise ARV infantile	Total
<b>Pas de prise ARV maternelle</b>	25	22	47
<b>Prise ARV maternelle</b>	9	94	103
<b>Total</b>	34	116	150

D'après les données recueillies par les sages-femmes, près de 40% des mères ont pris leur dose de névirapine moins de six heures avant l'accouchement, et plus de 15% l'ont prise plus de 24 heures avant l'accouchement (Tableau 27).

Tableau 27. Circonstances de la prise de la névirapine maternelle, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=103	n	%
<b>Délai de prise de la névirapine avant l'accouchement</b>		
Moins de 6h	38	39,6
6-12	28	29,2
13-24	19	19,8
25-48	6	6,3
49-72	3	3,1
Plus de 72	2	2,1
Données manquantes	7	7,0
<b>Médiane (Intervalle interquartile)</b>		<b>8 (4-14)</b>
<b>Prise d'une seconde dose de névirapine</b>	5	4,9
Données manquantes	1	1,0
<b>Raisons pour la seconde dose</b>		
	<i>n=5</i>	
Première dose prise trop tôt	3	100
Données manquantes	2	40,0

L'administration de la névirapine infantile s'est faite moins de 24 heures et de 24 à 48 heures après la naissance pour 30% et 34% des nouveaux-nés, respectivement. Un seul nourrisson a reçu la névirapine 72 heures environ après la naissance. Une deuxième dose de névirapine a été prise par 48,3% des enfants. Les principales raisons pour la deuxième dose infantile étaient : la non-prise de la dose maternelle (50,0%) ou la prise tardive (34,4%) de névirapine par la mère par rapport à l'heure d'accouchement (moins de quatre heures) et enfin les résultats du dépistage VIH collectés seulement après l'accouchement (9,4%) (Tableau 28).

Tableau 28. Circonstances de la prise de la névirapine infantile, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=116	N	%
<b>Heure de prise de la névirapine après la naissance</b>		
Moins de 6h	8	7,2
6-12	20	18,0
13-24	8	7,2
25-48	37	33,3
49-72	37	33,3
Plus de 72	1	0,9
Données manquantes	5	4,3
<b>Médiane (Intervalle interquartile)</b>		<b>44 (14.25-51.25)</b>
<b>Prise d'une seconde dose de névirapine</b>	33	55,0
Données manquantes	56	48,3
<b>Raisons pour la seconde dose</b>		
	<i>n=33</i>	
Pas de névirapine maternelle	16	50,0
Accouchement moins de 4h après la prise maternelle	11	34,4
Résultats du dépistage maternel après l'accouchement	3	9,4
Mère non-identifiée auprès des infirmières	1	3,1
Mère ayant refusé la névirapine	1	3,1
Données manquantes	1	3,0

Seulement la moitié des femmes infectées par le VIH dont l'accouchement a été documenté au sein de l'initiative pilote de PTME ont été vues en consultation médicale avant la sortie de

la maternité. Parmi ces 75 femmes, les deux-tiers ont été évaluées cliniquement comme asymptomatiques selon la classification OMS (73,9%).

*Tableau 29. Evaluation clinique des femmes infectées par le VIH à la sortie de maternité, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.*

N=75	n	%
<i>Stage clinique</i>		
I	54	73,9
II	15	20,6
III	3	4,1
IV	1	1,4
Données manquantes	2	2,7
<i>Prescription cotrimoxazole</i>	11	16,4
Données manquantes	8	10,7

Parmi les femmes évaluées au minimum au stade II de la classification OMS (n=19), 52,6% ont reçu une prescription de prophylaxie des maladies opportunistes par cotrimoxazole (n=10) (Tableau 29).

La prophylaxie ARV a été prescrite à une proportion relativement faible (66,3%) de femmes infectées par le VIH et seulement 86% d'entre elles ont été effectivement suivies lors de leur accouchement. Malgré l'importance des opportunités manquées de prophylaxie par névirapine, le degré de compliance des « couples » femme-enfant ayant eu accès à cette prophylaxie ARV n'a cessé de croître au fil des mois pour atteindre un niveau très encourageant (64,3%). La couverture de services de PTME se confronte également aux difficultés d'acceptabilité du suivi postnatal de la mère et de l'enfant comme nous le voyons ci-dessous.

### **C Le suivi de la mère et de l'enfant**

Entre août 2001 et septembre 2002, un total de 71 mères infectées par le VIH ont bénéficié d'au moins une consultation de suivi dans le cadre des services de PTME de MMH, soit 47,3% des 150 femmes infectées par le VIH dont l'accouchement a été documenté par cette initiative pilote, 27,2% des femmes infectées par le VIH revenues au conseil post-test et 21% de l'ensemble des femmes dépistées infectées par le VIH.

Les décès infantiles n'ont pas été documentés dans le cadre des services pilotes de PTME. De même, l'étude communautaire MMCHS décrite plus loin (partie 3.3) n'a pas collecté de

données datées de décès maternels et infantiles. Il nous est donc impossible de corriger le nombre potentiel de visites de suivi chaque mois en fonction de ces décès. Le nombre cumulé de visites potentielles a donc été estimé à partir de la date d'accouchement de toutes les femmes infectées par le VIH incluses dans la période d'étude.

Un total de 202 visites ont été réalisées et répertoriées (Tableau 30). Le nombre médian de visites à MMH était de trois, le maximum prévu étant de sept visites (min 1 – max 7, étendue inter-quartile 3).

*Tableau 30. Visites de suivi infantile de PTME, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.*

	Visites potentielles*	Visites réalisées	% opportunités manquées
6 semaines post-partum	150	58	61,3
3 mois	150	46	69,3
6 mois	150	42	72,0
9 mois	132	27	79,5
12 mois	95	17	82,1
15 mois	52	7	86,5
18 mois	24	5	79,1
TOTAL	760	202	73,2

\* tenant compte de la date d'accouchement

Il apparaît que plus des deux-tiers des femmes susceptibles de bénéficier d'une visite de suivi à six semaines dans le cadre du programme de PTME à MMH ne sont pas présentées au personnel en charge de ce service. L'acceptabilité globale du suivi postnatal, de l'accouchement à 18 mois après la naissance, a été au total de 26,8% seulement. Parmi les 94 « couples » femme-enfant ayant déclaré avoir bénéficié de la prophylaxie anti-rétrovirale, 51 (54,3%) ont bénéficié d'au moins une visite de suivi postnatal.

Le tableau 31 synthétise l'influence des caractéristiques sociodémographiques des femmes infectées par le VIH sur leur utilisation des services de PTME intra-partum et post-partum. Le profil des femmes dont l'accouchement a été documenté et des femmes n'ayant pas été suivies après le conseil post-test est apparu similaire. Aucun facteur n'est apparu avoir eu une influence sur la prise de la prophylaxie ARV maternelle ou infantile parmi les femmes infectées par le VIH. Aucune variable sociodémographique ne semble avoir influencé la prescription de cotrimoxazole. La participation des femmes aux séances de suivi de PTME semble avoir été plus importante parmi les femmes célibataires (RC=0,3, IC 95% [0,1-0,9], p=0,04) et avoir été négativement influencée par leur jeune âge – les femmes de moins de 30

ans avaient trois fois moins de chances d'avoir bénéficié d'une visite de suivi depuis l'accouchement que les femmes plus âgées (RC=0,3, IC 95% [0,2-0,7], p=0,02). Ainsi, les résultats de notre analyse univariée ne nous permettent pas de mettre en valeur des déterminants sociodémographiques de l'acceptabilité des interventions ARV et de suivi après l'accouchement.

**En conclusion de cette section, nous pouvons dire que l'utilisation des services de PTME proposés à MMH était souvent supérieure aux taux de couverture observés dans d'autres pays en développement (voir tableau 5 p 91). Nous suggérerons dans le chapitre quatre certains facteurs programmatiques, en termes de ressources humaines notamment, pouvant expliquer cette tendance positive. Le monitoring en routine des activités de PTME à MMH a permis d'identifier certains facteurs sociodémographiques associés à l'acceptabilité et la participation des femmes enceintes à chaque étape de l'intervention. Il est cependant difficile d'en tirer des recommandations précises dans la mesure où ces facteurs varient d'une étape à l'autre et que les associations sont souvent limitées. Dans le cadre de cette initiative pilote de PTME, il est probable que le degré croissant d'attrition, le nombre de femmes perdues au cours de la cascade de services, ait été influencé par le rôle déterminant des professionnels de santé, de leurs compétences, et de la qualité de leur contact avec les femmes (nous détaillerons ces questions dans le chapitre quatre). Le cas spécifique des intentions et pratiques de nutrition infantile permet de bien comprendre l'influence de l'éducation et du conseil dans l'acceptabilité des interventions de PTME. Ceci est l'objet de la section suivante.**

Tableau 31. Caractéristiques sociodémographiques et acceptabilité de la prophylaxie ARV de PTME et des services de suivi après l'accouchement, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

	Accoucher à MMH		Déclarer la prise de névirapine maternelle		Déclarer la prise de névirapine infantile		Bénéficier d'au moins une visite de suivi après l'accouchement	
	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]	%	RC [IC 95%]
<b>Age</b> (moins de 30 ans)	71,6	0.8* [0.4-1.3]**	56,3	0.5 [0.2-1.2]	69,6	0.8 [0.3-2.0]	57,8	<b>0.3</b> [0.2-0.7]
<b>Parité</b> (multipare)	55,6	<b>0.5</b> [0.3-0.9]	57,1	1.1 [0.5-2.4]	52,9	0.6 [0.2-1.4]	62,1	1.5 [0.8-3.1]
<b>Statut marital</b> (être mariée)	92,0	0.9 [0.3-2.2]	91,2	0.7 [0.2-2.7]	89,7	0 [0.4-2.4]	86,6	<b>0.3</b> [0.1-0.9]
<b>Emploi</b> (sans emploi)	78,5	0.8 [0.4-1.5]	75,2	0.6 [0.3-1.5]	78,3	0.9 [0.4-2.4]	74,6	0.7 [0.3-1.5]
<b>Education</b> (minimum secondaire)	68,2	1.2 [0.7-1.9]	67,0	0.9 [0.4-1.8]	66,7	0.7 [0.3-1.7]	74,2	1.7 [0.8-3.5]
<b>Contraception</b> (utilisation avant la grossesse)	44,6	0.7 [0.5-1.2]	47,0	1.2 [0.6-2.4]	40,3	0.5 [0.2-1.0]	53,0,	1.8 [0.9-3.5]
<b>Dépistage du conjoint</b> (envisagé)	92,0	<b>0.2</b> [0.1-0.9]	91,2	0.7 [0.2-2.7]	90,5	0.3 [0.1-2.3]	92,5	1.2 [0.3-3.8]
<b>Intention nutrition infantile</b> (allaitement maternel exclusif)	84,5	0.6 [0.3-1.3]	87,0	1.4 [0.5-3.6]	83,3	0.7 [0.2-2.1]	86,4	1.3 [0.5-3.3]

\* Rapport de cotes en analyse univariée

\*\* Intervalle de confiance à 95%

### 3.1.3. Les intentions et pratiques de nutrition infantile

Grâce au monitoring détaillé des activités de PTME à MMH, les intentions en matière de nutrition infantile des femmes au moment du conseil pré-test et post-test ainsi que leur pratiques après la naissance, au moment de chaque visite de suivi, ont pu être documentées.

Afin de mieux comprendre les résultats ci-dessous, il est important de rappeler qu'au moment du conseil pré-test, les femmes ne bénéficient que d'une information de base sur la TME postnatale du VIH, délivrée lors des séances d'éducation prénatale en groupe. Les femmes interrogées pendant le conseil post-test, informées de leur statut sérologique, ont reçu, lors de la même séance, une éducation plus approfondie sur les différentes options de nutrition infantile. Il est recommandé à l'ensemble des femmes, quel que soit leur statut sérologique, de pratiquer un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. L'option de l'allaitement de substitution est envisagée avec les femmes infectées par le VIH. Néanmoins, la consultation, à proprement parler, de conseil en matière de nutrition infantile avait généralement lieu plusieurs jours ou semaines après le conseil post-test, voire au moment de l'accouchement.

La majorité des femmes interrogées pendant le conseil pré-test ont déclaré vouloir pratiquer un allaitement maternel exclusif (ni la durée d'allaitement ni la durée d'exclusivité n'étaient demandées à ce stade). Très peu de femmes ont exprimé leur intention de pratiquer un allaitement artificiel (moins de 1%) (Tableau 32).

Tableau 32. Intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 776	n	%
Allaitement maternel exclusif	1 373	78,5
Allaitement maternel et autres aliments	285	16,3
Allaitement artificiel exclusif	8	0,5
Allaitement artificiel et autres aliments	11	0,6
Ne sait pas	72	4,1
Données manquantes	27	1,5

L'intention en matière de nutrition infantile au moment du conseil pré-test a varié en fonction du profil sociodémographique des femmes interrogées. L'intention de pratiquer un allaitement maternel exclusif était associée de manière statistiquement significative au fait d'être sans emploi (RC 1,7 [IC 95%, 1,3-2,2],  $p < 0,01$ ) et d'accepter le dépistage du VIH (RC 10,9 [IC 95%, 2,8-42,7],  $p < 0,01$ ) (Tableau 33).



Tableau 33. Caractéristiques sociodémographiques et intention en matière d'allaitement maternel exclusif au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 776 Variables au pré-test	Allaitement maternel exclusif (n=1 373)%		Autre intention (n=403)		RC univarié [IC 95%]	RC multivarié [IC 95%]*
	n	%	n	%		
Moins de 30 ans	1 057	77,4	314	84,2	0,9 [0,8-1,0]	0,6 [0,4-0,9]
Multipare	696	54,6	160	45,7	<b>1,4</b> [1,1-1,8]	1,0 [0,7-1,5]
Mariée	1 318	96,0	366	97,3	0,7 [0,3-1,3]	0,7 [0,3-1,5]
Sans emploi	804	59,1	180	48,3	<b>1,6</b> [1,2-2,0]	<b>1,7</b> [1,3-2,2]
Education secondaire	982	71,9	277	73,7	0,9 [0,7-1,2]	1,0 [0,8-1,4]
Utilisation d'un contraceptif	615	45,1	144	38,3	<b>1,3</b> [1,0-1,7]	1,3 [0,9-1,8]
Acceptabilité test	1 360	99,1	365	97,1	<b>3,1</b> [1,4-7,1]	<b>10,9</b> [2,8-42,7]
Dépistage du conjoint envisagé	1 336	97,5	362	96,8	1,3 [0,7-2,5]	1,7 [0,7-3,8]

RC=Rapport de cotes, IC 95%=Intervalle de confiance à 95%.

\* modèle plein avec ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques et comportementales au pré-test (listées ci-dessus).

Il apparaît dans le tableau 34 que les femmes ayant exprimé, au moment du conseil pré-test, leur intention de pratiquer un allaitement maternel exclusif, étaient plus à même de conserver ce même souhait au moment de la consultation post-test que les femmes ayant choisi une autre pratique initialement (RC 2,0 [IC 95%, 1,3-2,8],  $p < 0,02$ )\*.

Tableau 34 Comparaison des intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

Post-test	Pré-test		Total
	Allaitement maternel exclusif	Autre intention	
Allaitement maternel exclusif	879 (95,0)	90 (30,7)	969 (79,7)
Autre intention	46 (5,0)	201 (69,1)	247 (20,3)
<b>Total</b>	<b>925 (76,1)</b>	<b>291 (23,9)</b>	<b>1 216</b>

\* RC=Rapport de cotes pour variables appariées, IC 95%=Intervalle de confiance à 95%.

La majorité des variables sociodémographique ne semblent pas avoir influencé le choix des femmes en matière de nutrition infantile au moment du conseil post-test (Tableau 35). Les femmes de moins de trente ans étaient plus enclin à favoriser la pratique de l'allaitement maternel exclusif que les femmes plus âgées (RC 0,7 [IC 95%, 0,4-0,9],  $p = 0,04$ ).

Tableau 35. Caractéristiques sociodémographiques et intentions en matière d'allaitement maternel exclusif au conseil post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 319	Allaitement maternel exclusif (n=1012)		Autre intention (n=291)		RC univarié [IC 95%]	RC multivarié [IC 95%]
	n	%	n	%		
<b>Variables au pré-test</b>						
Moins de 30 ans	777	76,8	241	82,8	0,9 [0,8-1,04]	<b>0,7</b> <b>[0,4-0,9]</b>
Multipare	521	54,1	130	46,8	<b>1,3</b> <b>[1,0-1,8]</b>	1,1 [0,7-1,6]
Mariée	976	95,9	286	97,3	0,7 [0,3-1,4]	0,6 [0,2-1,5]
Sans emploi	604	59,9	158	54,3	1,3 [0,9-1,6]	<b>1,4</b> <b>[1,0-1,8]</b>
Education secondaire	716	70,7	220	74,8	0,8 [0,6-1,1]	0,9 [0,7-1,3]
Utilisation d'un contraceptif	441	43,5	114	38,8	1,2 [0,9-1,6]	1,1 [0,8-1,7]
Dépistage du conjoint envisagé	985	96,9	282	96,3	1,2 [0,6-2,5]	1,7 [0,7-4,0]

RC=Rapport de cotes, IC 95%=Intervalle de confiance à 95%.

\* modèle plein avec ajustement sur l'ensemble des variables socio-démographiques et comportementales au pré-test (listées ci-dessus).

La comparaison du profil sociodémographique des femmes selon le maintien ou le changement de leur intention en matière de nutrition infantile entre les deux temps autour du test de dépistage est présentée dans le tableau 36. Il apparaît que la proportion de femmes multipares était plus importante parmi les femmes ayant confirmé leur choix de l'allaitement maternel exclusif (54,5%) que parmi les femmes ayant changé d'intention dans un sens ou dans l'autre (46,5 et 39,0%) (p=0,02). Les autres variables sociodémographiques ne semblent pas avoir influencé le maintien ou le changement, entre le conseil pré-test et post-test, de l'intention en matière de nutrition infantile.

Tableau 36. Caractéristiques sociodémographiques et maintien ou changement d'intention en matière de nutrition infantile entre le conseil pré- et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1670	Allaitement maternel exclusif aux pré et post-tests (n=879)		Allaitement maternel exclusif au pré-test et autre intention au post-test (n=46)		Autre intention au pré-test et allaitement maternel exclusif au post-test (n=90)		P
	n	%	n	%	n	%	
<b>Variables au pré-test</b>							
Moins de 30 ans	669	76,5	39	84,8	74	83,1	0,30
Multipare	452	54,5	20	46,5	32	39,0	<b>0,02</b>
Mariée	841	95,7	46	100	87	96,7	0,30
Sans emploi	489	56,2	27	58,7	60	67,4	0,10
Education secondaire	626	71,6	32	69,6	68	75,6	0,70
Utilisation d'un contraceptif	379	43,4	20	43,5	30	33,3	0,20
Dépistage du conjoint envisagé	848	96,7	46	100	83	92,2	<b>0,04</b>

Parmi les 285 femmes ayant exprimé, pendant le conseil pré-test, leur intention de

pratiquer un allaitement mixte, les aliments complémentaires au lait maternel les plus souvent mentionnés ont été le porridge (plus de 60% de réponses) et la combinaison porridge et eau (Tableau 37). Seules cinq femmes (0,8%) ont déclaré vouloir donner de l'eau uniquement à leur nouveau-né.

*Tableau 37. Intentions en matière d'allaitement mixte au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.*

<b>N=285</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Porridge	170	64,4
Porridge et eau	51	19,3
Porridge et autre	25	9,5
Lait artificiel	2	0,8
Eau	5	1,9
Autre	11	4,2
Données manquantes	21	7,4

Les choix en matière d'allaitement mixte n'ont pas évolué entre le conseil pré-test et post-test ( $p=0,45$ ). Près de 90% des femmes interrogées avaient choisi, aux deux entretiens, le porridge comme aliment complémentaire au lait maternel (Tableau 38)

*Tableau 38. Comparaison des intentions en matière d'allaitement mixte au conseil pré et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.*

<b>Post-test</b>	<b>Pré-test</b>		<b>Total</b>
	Porridge	Autre	
Porridge	84 (89,4)	6 (11,1)	90 (60,8)
Autre	10 (10,6)	48 (88,9)	58 (38,2)
<b>Total</b>	94 (63,5)	54 (36,5)	148

Les choix en matière de nutrition infantile au moment du conseil pré-test sont présentés dans le tableau 39 selon le statut sérologique des femmes, c'est-à-dire sur la cohorte de femmes ayant été testées.

Tableau 39. Intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 670	VIH+ (n=338)		VIH- (n=1 332)		RC [IC 95%]	p
	n	%	n	%		
Allaitement maternel exclusif	292	86,9	1 026	77,4	1,9 [1,4-2,7]	<0,01
Autre	44	13,1	299	22,6		
Allaitement maternel et autres aliments	31	9,2	228	17,2		
Allaitement artificiel exclusif	2	0,6	5	0,4		
Allaitement artificiel et autres aliments	3	0,9	7	0,5		
Ne sait pas	8	2,4	59	4,5		
Données manquantes	2	0,6	7	0,5		

RC=Rapport de cotes, IC 95%=Intervalle de confiance à 95%.

L'intention de pratiquer un allaitement maternel exclusif au moment du conseil pré-test était, en fait, plus importante parmi les femmes infectées par le VIH que parmi les séronégatives (86,9 vs 77,4%, RC 1,9 [IC 95% 1,4-2,7],  $p<0,01$ ) (Tableau 39), bien qu'elles n'avaient pas à ce moment là connaissance de leur statut sérologique. Le choix des aliments complémentaires au lait maternel était comparable selon le statut sérologique (données non présentées).

Tableau 40. Intentions en matière de nutrition infantile au conseil post-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

N=1 319	VIH+ (n=261)		VIH- (n=1 058)		RC [IC 95%]	p
	n	%	n	%		
Allaitement maternel exclusif	219	83,3	754	77,3	2,2 [1,5-3,4]	<0,01
Autre	29	12,7	221	22,7		
Allaitement maternel et autres aliments	0	0	185	19,0		
Allaitement artificiel exclusif	2	6,9	2	0,2		
Allaitement artificiel et autres aliments	0	0	2	0,2		
Ne sait pas	27	93,1	32	3,3		
Données manquantes	13	5,0	83	7,8		

RC=Rapport de cotes, IC 95%=Intervalle de confiance à 95%.

Une proportion significativement élevée de femmes infectées par le VIH que de femmes séronégatives ont exprimé, lors du conseil post-test, leur intention de pratiquer un allaitement maternel exclusif (83,3 vs 77,3%, RC 2,1 [IC 95% 1,5-3,4],  $p<0,01$ ). Aucune femme infectée par le VIH n'a déclaré vouloir donner d'autres aliments à son nouveau-né en complément au lait maternel (19% parmi les femmes séronégatives). L'impossibilité de décider à ce moment là d'une pratique de nutrition infantile était plus importante chez les femmes infectées par le VIH (10,9 vs 3,3%), même si cela restait une situation peu fréquente (Tableau 40).

Au sein de la cohorte de femmes infectées par le VIH, les intentions en matière de nutrition infantile ont peu évolué entre le conseil pré et post-test. Davantage de femmes ayant

choisi l'allaitement maternel exclusif lors du conseil pré-test, que de femmes ayant choisi une autre pratique, ont confirmé leur décision lors du conseil post-test, mais cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p=0,34$ ) (Tableau 41).

*Tableau 41. Comparaison des intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré et post-test parmi les 243 femmes infectées par le VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.*

Post-test	Pré-test		Total
	Allaitement maternel exclusif	Autre	
Allaitement maternel exclusif	193 (91,9)	24 (72,7)	217 (89,3)
Autre	17 (8,1)	9 (27,3)	26 (10,7)
<b>Total</b>	<b>210 (86,4)</b>	<b>33 (13,6)</b>	<b>243</b>

Le tableau 42 révèle qu'aucune variable sociodémographique des femmes infectées par le VIH ne semble avoir influencé le maintien ou le changement, entre le conseil pré-test et post-test, de leur intention en matière de nutrition infantile.

*Tableau 42. Caractéristiques sociodémographiques des femmes infectées par le VIH et maintien ou changement d'intention de nutrition infantile entre le conseil pré- et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.*

Variables au pré-test	Allaitement maternel exclusif aux pré et post-tests (n=193)		Allaitement maternel exclusif au pré-test et autre intention au post-test (n=17)		Autre intention au pré-test et allaitement maternel exclusif au post-test (n=24)		p
	n	%	n	%	n	%	
Moins de 30 ans	136	71,2	14	82,3	16	69,5	0,09
Multipare	106	62,0	10	71,4	10	50,0	0,40
Mariée	177	91,7	17	100	23	95,8	0,40
Sans emploi	161	83,4	14	82,3	16	69,6	0,30
Education secondaire	129	67,5	12	70,6	17	70,8	0,90
Utilisation d'un contraceptif	92	48,2	9	52,9	8	33,3	0,30
Dépistage du conjoint	183	94,8	17	100	22	91,7	0,40

Parmi les femmes séronégatives interrogées au conseil pré-test puis au conseil post-test, 96% ont confirmé leur décision de pratiquer un allaitement maternel exclusif. Une proportion moins importante de femmes ont confirmé leur intention de pratiquer autre chose que l'allaitement maternel exclusif (RC 2,3 [IC 95% 1,4-3,6],  $p<0,02$ )\*. Globalement, les femmes séronégatives ont davantage choisi l'allaitement maternel exclusif au conseil post-test qu'au conseil pré-test (Tableau 43).

Tableau 43. Comparaison des intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré et post-test parmi les 973 femmes séronégatives, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

Post-test	Pré-test		Total
	Allaitement maternel exclusif	Autre	
Allaitement maternel exclusif	686 (95,9)	66 (25,6)	752 (77,3)
Autre	29 (4,1)	192 (74,4)	221 (22,7)
<b>Total</b>	<b>715 (73,5)</b>	<b>258 (26,5)</b>	<b>973</b>

\* RC=Rapport de cotes pour variables appariées, IC 95%=Intervalle de confiance à 95%.

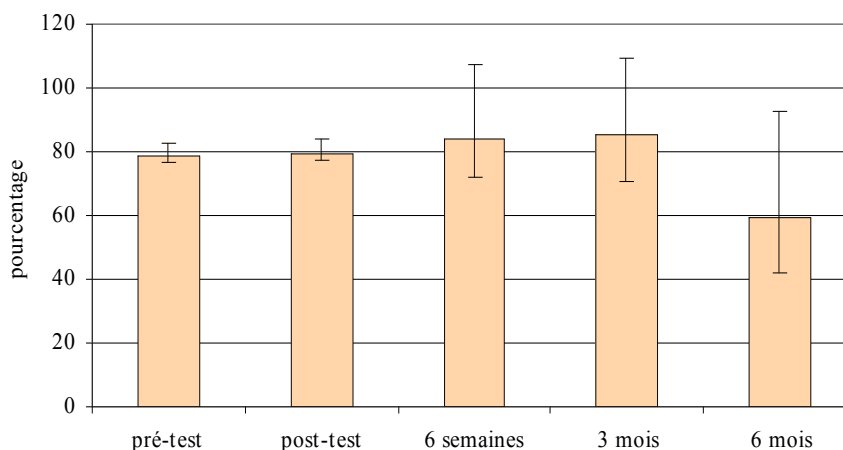
Le tableau 44 présente les données de nutrition infantile collectées parmi les femmes infectées par le VIH lors des visites de suivi de PTME. La pratique de l'allaitement maternel exclusif a été estimée, par interrogation, à 84,2% des femmes suivies à six semaines, puis à 85,4% et 59,5% des femmes suivies à trois mois et six mois après l'accouchement.

Tableau 44. Pratiques de nutrition infantile parmi les femmes infectées par le VIH pendant les visites de suivi de PTME, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.

	Allaitement maternel exclusif		Allaitement maternel et autres aliments		Allaitement artificiel exclusif		Allaitement artificiel et autres aliments	
	n	%	n	%	n	%	n	%
6 semaines (n=57)	48	84,2	4	7,0	2	3,5	3	5,3
3 mois (n=41)	35	85,4	4	9,8	2	4,9	0	0,
6 mois (n=37)	22	59,5	13	35,1	1	2,7	1	2,7
9 mois (n=23)	2	8,7	11	47,8	0	0	10	43,5
12 mois (n=17)	1	5,9	3	17,6	1	5,9	12	70,6
15 mois (n=6)	0	0	2	33,3	0	0	4	66,7
18 mois (n=5)	1	20,0	1	20,0	0	0	3	60,0

L'évolution des intentions et pratiques de nutrition infantile telles que rapportées par les mères infectées par le VIH selon la visite de PTME, en consultation de conseil ou en suivi post-natal, est présentée sur le graphique 10.

Graphique 10. Intention pré-partum et pratique post-partum de l'allaitement maternel exclusif parmi les femmes infectées par le VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.



Les données de monitoring des interventions pilotes de PTME de MMH ont permis de documenter les intentions pré-partum en matière de nutrition infantile de toutes les femmes vues en conseil pré et post-test et, dans une moindre mesure, les pratiques jusqu'à six mois après l'accouchement des femmes infectées par le VIH. L'allaitement maternel exclusif est l'intervention de santé publique recommandée à toutes les femmes, en raison de ses bénéfices sur la santé infantile, et de son potentiel pour prévenir la TME postnatale du VIH chez les femmes infectées par le VIH. L'acceptabilité de l'allaitement maternel exclusif a augmenté entre le conseil pré et le conseil post-test, et a été rapporté par plus de 55% des femmes vues en consultation de suivi à six mois. La qualité et la validité de ces données obtenues lors de ces visites en centres de santé a été appréciée par confrontation aux données collectées lors de l'enquête communautaire MMCHS (voir partie 3.3).

*L'hôpital de MMH a été le premier site rural du Zimbabwe à introduire une intervention de PTME au sein de ses services de maternité. Les indicateurs de processus collectés entre août 2001 et juin 2003 illustrent les succès notables de ces services de PTME. Ainsi, plus de trois-quart des femmes enceintes en consultation prénatale ont pu accéder au conseil pré-test et leur quasi-totalité (94%) être testées pour le VIH. La couverture en conseil post-test a été insuffisante, avec seulement 75% de femmes testées étant informées de leur statut sérologique. La compliance à la prophylaxie ARV n'a pas atteint le niveau espéré, avec moins de 30% des femmes, identifiées au dépistage comme infectées par le VIH, ayant rapporté la prise des monodoses de névirapine maternelle et infantile. Pourtant, en comparaison avec différentes expériences publiées jusqu'à ce jour (voir tableau 5 page 91),*

*la couverture en services de PTME de l'initiative pilote à MMH était bonne. Comme nous le verrons au chapitre quatre, les facteurs de succès de cette initiative pilote ont trait à l'engagement personnel des autorités de district et des ressources humaines en place, et les contraintes programmatiques et sociales de l'offre de services de PTME après l'accouchement sont largement influencées par la complexité d'introduire des interventions de prévention du VIH/SIDA au sein des centres de santé de base. Par ailleurs, la compréhension des opportunités manquées de PTME à MMH a été largement facilitée par le monitoring détaillé de cette initiative pilote. En effet, l'analyse des questionnaires quantitatifs administrés aux femmes enceintes à chaque étape de l'intervention de PTME a permis de définir certains facteurs sociodémographiques ayant pu favoriser ou freiner l'acceptabilité de ces services. Les influences externes au centre de santé et au secteur médical stricto sensu sont certainement plus complexes et la description du contexte de connaissances et de pratiques liées au VIH/SIDA et à la PTME au sein de la communauté est susceptible d'apporter des éléments de compréhension complémentaires.*



## **3.2. CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PTME**

Deux enquêtes CAP en matière de PTME ont été conduites dans le district de Buhera en décembre 2002 (CAP02) et en juin 2004 (CAP04) afin de documenter l'influence du programme de mobilisation communautaire sur le niveau de sensibilisation et de connaissance en matière de PTME et sur certaines pratiques de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Les résultats présentés ci-dessous ont fait l'objet d'un manuscrit en cours de révision (Annexe 6).

### **3.2.1. Description des échantillons d'enquêtes**

---

Deux séries de 351 questionnaires chacune ont été disponibles pour chaque enquête CAP, sept questionnaires incomplets de l'enquête 2002 ayant été écartés de l'analyse.

Le tableau 45 présente les données sociodémographiques des deux échantillons enquêtés. Une plus grande proportion de femmes a été interrogée en consultation prénatale en 2002 qu'en 2004 ( $p < 0,01$ ). L'âge médian était comparable (25 ans) entre les deux groupes ( $p = 0,10$ ). Plus de 93% des femmes interviewées étaient mariées. Le niveau d'éducation de l'échantillon CAP04 était plus élevé que celui de l'échantillon CAP02, avec plus de 66% de femmes interviewées en 2004 ayant reçu une éducation secondaire contre 48% seulement en 2002 ( $p < 0,01$ ).

Dix des onze centres de santé enquêtés en 2002 et 2004 sont identiques ; la clinique de Chirozva visitée en 2002 a dû être remplacée par Zangama en 2004 en raison de l'absence de personnel infirmier à Chirozva au moment de l'enquête CAP04. Près d'un quart des femmes ont été interrogées à MMH (22,8 et 21,9% en 2002 et 2004 respectivement).

Tableau 45. Description des échantillons CAP, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).

	CAP02 (n=351)		CAP04 (n=351)		P
	n	%	n	%	
<b>Type de consultation</b>					
Consultation anténatale	295	84.0	167	47.6	<0,01
Consultation externe	56	16.0	184	52.4	
<b>Age (années)</b>					
Moins de 20	58	16.5	68	19.4	
20-29	172	49.0	184	52.4	
30-39	97	27.6	87	24.8	
Plus de 40	24	6.8	12	3.4	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	25.0 (21-32)		25.0 (20-30)		0,10
<b>Statut marital</b>					
Marié(e)	338	96.8	328	93.4	0,05
Autres	11	3.2	23	6.6	
Données manquantes	2	0.7	0	0	
<b>Education</b>					
Aucune	13	3.8	2	0.6	<0,01
Primaire	168	48.8	116	33.3	
Secondaire	165	48.0	230	66.1	
Supérieure	4	1.2	0	0.0	
Données manquantes	7	2.0	3	0.9	
<b>Emploi</b>					
Formel – agricole	63	20,3	138	38,0	<0,01
Sans emploi	157	42,9	25	6,5	
Informel – au foyer	106	28,8	166	50,5	
Autre	23	8,0	22	4,9	
Données manquantes	2	0,7	27	6,9	
<b>Centre de santé</b>					
Murambinda (MMH)	80	22,8	77	21,9	
Autre	271	77,2	274	78,1	
Betera	23	6.6	20	5.7	
Birchenough Bridge	59	16.8	63	17.9	
Chabata	28	8.0	26	7.4	
Chapanduka	31	8.8	31	8.8	
Chirozva	11	3.1	0	0.0	
Gunura	17	4.8	12	3.4	
Murwira	45	12.8	43	12.3	
Mutiusinazita	34	9.7	17	4.8	
Muzokomba	23	6.6	24	6.8	
Zangama	0	0.0	38	10.8	

### 3.2.2. Sensibilisation et connaissances en matière de TME et PTME

De manière générale, la **sensibilisation** en matière de TME du VIH dans les échantillons d'étude était bonne et a augmenté de façon statistiquement significative entre 2002 et 2004 (Tableau 46). La quasi-totalité des personnes enquêtées en 2004 (92,3%) avaient entendu parler de la TME du VIH, comparé à 73,1% en 2002 (RC=3,8, IC 95% [2,3-6,2], p<0,01).

Les femmes interrogées pendant les deux enquêtes étaient davantage sensibilisées à l'existence du risque de TME du VIH pendant la grossesse que pendant l'accouchement et

l'allaitement maternel. Plus de 80% des interviewées en 2004 avaient entendu parler du risque de TME du VIH par l'allaitement maternel, comparé à 64% en 2002. Le pourcentage de femmes sensibilisées à la possibilité de prévenir la TME du VIH a quasiment doublé de 2002 à 2004, passant de 48 à 82,8% (RC=4,9, IC 95% [3,3-7,3], p<0,01).

Le niveau de **connaissance** de la TME du VIH a également largement augmenté entre 2002 et 2004. Les femmes interrogées en 2004 étaient plus susceptibles de connaître le risque de TME du VIH par l'allaitement que les femmes interrogées en 2002 (59,5 vs 22,5%, RC=4.7, IC 95% [3,3-6,8], p<0,01).

La perception de la TME du VIH comme étant un phénomène systématique parmi les femmes infectées par le VIH a considérablement diminué entre 2002 et 2004, passant de 73,8 à 38,3% des femmes interrogées (RC=0,2, IC 95% [0,2-0,3], p<0,01) (Tableau 46).

**Dans l'ensemble, aucune différence significative en matière de niveau de sensibilisation ou de connaissance de PTME n'est apparue entre les femmes en consultation prénatale et en consultation externe et selon l'âge des femmes interrogées. Nos résultats soulignent au contraire un effet du centre de santé sur les niveaux de sensibilisation ou de connaissance de PTME, dans la plupart des cas en faveur des femmes interrogées à MMH. De la même façon, les femmes ayant bénéficié d'une éducation secondaire semblaient plus sensibilisées et informées des questions relatives à la PTME que les autres femmes. Les femmes mariées ont semblé plus sensibilisées que les femmes non mariées, mais cet effet du statut marital s'estompe pour les variables de connaissance.**

Tableau 46. Sensibilisation et connaissances de la TME et de la PTME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).

Femmes qui ...	Univarié			Multivarié***					
	CAP02	CAP04	Année d'enquête	Année d'enquête (2004)	Consultation (interrogée en ANC)	Centre de santé (interrogée à MMH)	Age (pour un an d'âge)	Education (minimum secondaire)	Statut marital (mariée)
<b>Attitudes</b>									
Avaient entendu parler du risque de TME du VIH	73,1	92,3	<b>4,4*</b> [2,8-6,9]**	<b>3,8</b> [2,3-6,2]	<b>1,9</b> [1,1-3,4]	<b>3,8</b> [1,9-7,5]	<b>1,03</b> [1,0-1,07]	<b>2,4</b> [1,5-3,7]	<b>3,9</b> [1,5-2,7]
Avaient entendu parler du risque de TME du VIH pendant la grossesse	76,9	90,6	<b>2,9</b> [1,9-4,5]	<b>2,4</b> [1,5-3,8]	1,6 [0,9-2,8]	<b>1,9</b> [1,1-3,3]	1,02 [0,9-1,05]	<b>1,9</b> [1,2-2,9]	<b>2,0</b> [0,8-5,0]
Avaient entendu parler du risque de TME du VIH pendant l'accouchement	59,8	78,0	<b>2,4</b> [1,7-3,3]	<b>1,7</b> [1,2-2,5]	<b>2,5</b> [1,5-3,5]	<b>3,2</b> [2,0-5,3]	1,0 [0,9-1,03]	<b>2,3</b> [1,3-3,3]	0,7 [0,3-1,9]
Avaient entendu parler du risque de TME du VIH pendant l'allaitement maternel	64,0	82,6	<b>2,7</b> [1,9-3,8]	<b>2,6</b> [1,8-3,9]	1,1 [0,7-1,6]	<b>3,9</b> [2,2-6,8]	1,02 [1,0-1,05]	<b>1,9</b> [1,3-2,8]	<b>1,8</b> [0,8-4,0]
Avaient entendu parler de la prévention de la TME du VIH	48,0	82,8	<b>5,2</b> [3,7-7,4]	<b>4,9</b> [3,3-7,3]	1,3 [0,9-2,2]	<b>3,6</b> [2,2-5,8]	1,01 [0,9-1,03]	<b>1,9</b> [1,3-2,8]	<b>2,8</b> [1,2-6,5]
<b>Connaissances</b>									
Connaissaient le risque de TME du VIH pendant la grossesse	45,3	54,1	<b>1,4</b> [1,1-1,9]	1,3 [0,9-1,8]	1,1 [0,8-1,6]	<b>0,6</b> [0,4-0,9]	1,01 [0,9-1,02]	1,1 [0,8-1,6]	1,0 [0,5-2,1]
Connaissaient le risque de TME du VIH pendant l'accouchement	21,9	41,6	<b>2,5</b> [1,8-3,5]	<b>2,4</b> [1,7-3,5]	1,0 [0,7-1,5]	<b>1,3</b> [1,2-2,6]	1,0 [0,9-1,03]	<b>1,5</b> [1,0-2,1]	0,9 [0,4-1,8]
Connaissaient le risque de TME du VIH pendant l'allaitement maternel	22,5	59,5	<b>5,1</b> [3,7-7,1]	<b>4,7</b> [3,3-6,8]	1,0 [0,7-1,5]	<b>1,3</b> [0,9-2,0]	1,0 [0,9-1,01]	<b>1,7</b> [1,2-2,4]	1,0 [0,5-2,1]
Pensaient qu'une femme VIH+ transmet automatiquement le VIH à son nouveau-né	73,7	38,3	<b>0,2</b> [0,2-0,3]	<b>0,2</b> [0,2-0,3]	0,8 [0,5-1,2]	0,8 [0,5-1,2]	1,0 [0,9-1,02]	1,2 [0,9-1,8]	1,8 [0,8-3,9]

CAP = Connaissances, Attitudes, Pratiques

CAP02 = Enquête CAP conduite en 2002, CAP04 = enquête CAP conduite en 2004

ANC=consultation prénatale ; MMH=Murambinda Mission Hospital

\* RC=Rapport de Cotes des prévalences ; \*\* [Intervalle de confiance à 95%]

\*\*\* ajusté sur toutes les variables sociodémographiques, ainsi que sur le type de consultation et le type de centre de santé.

### 3.2.3. Connaissance des facteurs de risque et des populations à risque de TME

---

#### A. Les populations à risque

Les femmes ont été interrogées sur leur connaissance de trois groupes de population à risque de TME du VIH (Tableau 47). Les femmes enceintes infectées par le VIH ont été plus souvent mentionnées en 2004 (74,6%) qu'en 2002 (41,8%) (RC=4,9, IC 95% [3,4-7,1],  $p<0,01$ ). Aucune différence significative de connaissance des populations à risque de TME du VIH n'est apparue entre les femmes en consultation prénatale et les patientes en consultation externe, ni selon les différentes variables sociodémographiques. Au contraire, le niveau de connaissance des populations à risque de TME du VIH était dans l'ensemble sensiblement inférieur parmi les femmes interrogées à MMH que dans les autres centres de santé.

#### B. Les facteurs de risque

Parmi les facteurs de risque de TME du VIH présentés dans le tableau 47, les plus connus parmi les femmes enquêtées étaient la sévérité de l'infection par le VIH (plus de 70% des réponses) et la durée de l'allaitement maternel (60-75% des réponses). L'amélioration de la connaissance des facteurs de risque pour la TME du VIH entre 2002 et 2004 a été générale et statistiquement significative, sauf pour le risque lié aux complications obstétricales, et à la sévérité de l'infection par le VIH pour lesquels le niveau de connaissance était déjà élevé en 2002 (76,8%).

L'allaitement maternel exclusif a été considéré comme facteur de risque de TME du VIH par 27,1% des femmes en 2002 et 55,7% des femmes en 2004 ( $p<0,01$ ). Le niveau de connaissance de l'importance de la santé mammaire et de la santé buccale du nouveau-né sur le risque de TME a doublé entre 2002 et 2004, avec en 2004 83,7 et 76% des femmes interrogées ayant connaissance du risque lié à la santé mammaire et de la santé buccale de l'enfant.

Les résultats présentés dans le tableau 47 montrent à nouveau un effet du centre de santé sur le niveau de connaissance des femmes en matière de PTME, mais cette fois les niveaux de connaissance les plus élevés ont été observés tour à tour chez les femmes enquêtées à MMH et dans les autres cliniques. Ainsi les femmes interrogées à MMH étaient

moins à même de déclarer que l'allaitement maternel exclusif était un facteur de risque de TME du VIH (RC=0,5, IC 95% [0,4-0,8],  $p<0,01$ ). Dans l'ensemble, les femmes mariées et ayant bénéficié d'une éducation secondaire tendaient à avoir un meilleur niveau de connaissance que les autres femmes.

### **C. Les facteurs préventifs**

Le niveau de connaissance des facteurs réduisant le risque de TME du VIH a augmenté entre 2002 et 2004, avec des rapports de cote indiquant une multiplication par 3 à 6 du fait de connaître ces facteurs préventifs (Tableau 47).

L'adoption de pratiques sexuelles sans risque a été le facteur de réduction du risque de TME du VIH le plus souvent mentionné par les femmes étudiées, augmentant de 66,4% en 2002 à 89,4% en 2004 ( $p<0,01$ ). Les pratiques d'allaitement ont été peu mentionnées comme facteurs de réduction du risque de TME du VIH, mais en proportion significativement plus importante en 2004 qu'en 2002 ((RC=1,4, IC 95% [1,0-2,0],  $p<0,01$ ).

Seul le niveau d'éducation semble avoir influencé le niveau de connaissances des femmes enquêtées en matière de facteurs de prévention de la TME du VIH (Tableau 47).

Tableau 47. Connaissance des facteurs de risque et de prévention du risque de TME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).

Femmes qui ...	Univarié			Multivarié***					
	CAP02	CAP04	Année d'enquête (2004)	Année d'enquête (2004)	Consultation (interrogée en ANC)	Centre de santé (interrogée à MMH)	Age (pour un an d'âge)	Education (minimum secondaire)	Statut marital (mariée)
<b>Populations à risque</b>									
Savaient que les individus aux pratiques sexuelles à risque étaient à risque de TME du VIH	36,8	66,1	<b>3,4*</b> [2,5-4,6]**	<b>3,3</b> [2,3-4,7]	0,9 [0,6-1,3]	<b>0,6</b> [0,4-0,9]	1,0 [1,0-1,02]	1,3 [0,9-1,8]	0,8 [0,8-1,8]
Savaient que les femmes enceintes infectées par le VIH étaient à risque de TME du VIH	41,8	74,6	<b>4,1</b> [2,9-5,6]	<b>4,9</b> [3,4-7,1]	0,8 [0,5-1,2]	<b>0,5</b> [0,3-0,8]	1,0 [1,0-1,02]	1,0 [0,7-1,4]	<b>2,7</b> [1,3-5,8]
Savaient que les femmes allaitantes infectées par le VIH étaient à risque de TME du VIH	25,9	55,3	<b>3,5</b> [2,6-4,8]	<b>4,1</b> [2,9-5,9]	0,7 [0,5-1,1]	<b>0,4</b> [2,8-5,9]	1,0 [1,0-1,01]	1,2 [0,8-1,7]	1,7 [0,8-3,6]

CAP = Connaissances, Attitudes, Pratiques, CAP02 = Enquête CAP conduite en 2002, CAP04 = enquête CAP conduite en 2004 ; ANC=consultation prénatale ; MMH=Murambinda Mission Hospital  
 \*RC=Rapport de Cotes des prévalences ; \*\* [Intervalle de confiance à 95%],\*\*\* ajusté sur toutes les variables sociodémographiques, ainsi que sur le type de consultation et le type de centre de santé.

Tableau 47 (suite). Analyse univariée et multivariée des résultats des enquêtes de 2002 et 2004 en matière de connaissance des facteurs de risque et de prévention du risque de TME du VIH, district de Buhera.

Femmes qui ...	Univarié			Multivarié***					
	CAP02	CAP04	Année d'enquête (2004)	Année d'enquête (2004)	Consultation (interrogée en ANC)	Centre de santé (interrogée à MMH)	Age (pour un an d'âge)	Education (minimum secondaire)	Statut marital (mariée)
<b>Facteur de risque</b>									
Savaient que la sévérité de l'infection par le VIH était un facteur de risque de TME du VIH	76,8	77,1	1,0 [0,7-1,4]	1,1 [0,7-1,6]	0,8 [05-1,2]	<b>2,0</b> [1,2-3,2]	1,0 [1,0-1,04]	1,4 [1,0-2,1]	<b>2,3</b> [1,1-4,8]
Savaient que l'infection par le VIH récente était un facteur de risque de TME du VIH	55,6	65,6	<b>1,5</b> [1,1-2,1]	<b>1,5</b> [1,0-2,1]	1,0 [0,7-1,4]	<b>0,4</b> [0,3-0,6]	1,0 [1,0-1,03]	1,4 [1,0-2,0]	<b>1,5</b> [0,7-3,2]
Savaient que les IST étaient des facteurs de risque de TME du VIH	55,0	76,0	<b>2,6</b> [1,9-3,6]	<b>2,5</b> [1,7-3,5]	1,1 [0,7-1,6]	1,1 [0,8-1,4]	1,0 [1,0-1,04]	<b>1,5</b> [1,1-2,1]	1,5 [0,7-3,3]
Savaient que les complications obstétricales étaient un facteur de risque de TME du VIH	57,3	48,6	<b>0,7</b> [0,5-0,9]	<b>0,6</b> [0,5-0,9]	1,1 [0,8-1,6]	<b>2,4</b> [1,6-3,5]	1,0 [1,0-1,03]	<b>1,1</b> [1,1-2,1]	1,5 [0,7-3,0]
Savaient que la durée d'allaitement maternel était un facteur de risque de TME du VIH	62,7	74,2	<b>1,7</b> [1,2-2,4]	<b>1,7</b> [1,2-2,5]	1,1 [0,8-1,7]	<b>2,2</b> [1,4-3,4]	1,0 [1,0-1,03]	1,2 [0,9-1,7]	<b>2,5</b> [1,2-5,2]
Pensaient que l'allaitement maternel exclusif était un facteur de risque de TME du VIH	27,1	55,7	<b>3,4</b> [2,5-4,7]	<b>2,9</b> [2,1-4,2]	<b>1,7</b> [1,2-2,5]	<b>0,5</b> [0,4-0,8]	1,0 [1,0-1,01]	0,9 [0,6-1,3]	1,5 [0,7-3,2]
Savaient que la santé mammaire était un facteur de risque de TME du VIH	43,9	83,7	<b>6,6</b> [4,6-9,4]	<b>6,6</b> [4,5-9,8]	1,1 [0,7-1,7]	1,4 [0,9-2,2]	1,0 [1,0-1,03]	0,8 [0,6-1,2]	1,4 [0,6-3,2]
Savaient que la santé buccale de l'enfant était un facteur de risque de TME du VIH	27,9	76,0	<b>8,2</b> [5,8-11,5]	<b>7,8</b> [5,3-11,4]	1,1 [0,7-1,7]	1,2 [0,8-1,8]	1,0 [1,0-1,01]	1,1 [0,8-1,6]	1,4 [0,6-3,1]

CAP = Connaissances, Attitudes, Pratiques, CAP02 = Enquête CAP conduite en 2002, CAP04 = enquête CAP conduite en 2004 ; ANC=consultation prénatale ; MMH=Murambinda Mission Hospital  
 \* RC=Rapport de Cotes des prévalences ; \*\* [Intervalle de confiance à 95%], \*\*\* ajusté sur toutes les variables sociodémographiques, ainsi que sur le type de consultation et le type de centre de santé.



Tableau 47 (suite 1). Analyse univariée et multivariée des résultats des enquêtes de 2002 et 2004 en matière de connaissance des facteurs de risque et de prévention du risque de TME du VIH, district de Buhera.

Femmes qui ...	Univarié			Multivarié***					
	CAP02	CAP04	Année d'enquête (2004)	Année d'enquête (2004)	Consultation (interrogée en ANC)	Centre de santé (interrogée à MMH)	Age (pour un an d'âge)	Education (minimum secondaire)	Statut marital (mariée)
<b>Facteurs préventifs</b>									
Savaient que les pratiques sexuelles sans risques étaient un facteur prévenant le risque de TME du VIH	66,4	89,4	<b>4,3</b> [2,8-6,4]	<b>3,4</b> [2,2-5,3]	1,4 [0,8-2,3]	0,8 [0,5-1,2]	1,0 [1,0-1,03]	<b>1,9</b> [1,3-2,8]	0,6 [0,2-2,0]
Savaient que la prévention des grossesses non désirées était un facteur prévenant le risque de TME du VIH	43,7	78,9	<b>4,8</b> [3,4-6,7]	<b>4,2</b> [2,9-6,1]	1,3 [0,8-1,9]	1,0 [0,7-1,5]	<b>1,02</b> [1,0-1,04]	<b>1,7</b> [1,2-2,4]	1,0 [0,4-2,2]
Savaient que certaines pratiques d'allaitement étaient un facteur prévenant le risque de TME du VIH	42,2	52,6	<b>1,5</b> [1,1-2,1]	<b>1,4</b> [1,0-2,0]	1,2 [0,8-1,7]	<b>2,0</b> [1,3-2,8]	1,0 [1,0-1,03]	1,3 [0,9-1,7]	1,1 [0,5-2,2]
Savaient que la santé mammaire était un facteur prévenant le risque de TME du VIH	50,3	85,1	<b>5,7</b> [3,9-8,1]	<b>5,1</b> [3,4-7,6]	1,1 [0,7-1,8]	1,2 [0,8-1,8]	1,0 [1,0-1,01]	1,4 [0,9-1,9]	1,2 [0,5-2,8]
Savaient que la santé buccale de l'enfant était un facteur prévenant le risque de TME du VIH	46,4	81,1	<b>5,0</b> [3,5-7,0]	<b>4,7</b> [3,2-6,9]	1,0 [0,6-1,4]	1,3 [0,8-1,9]	1,0 [1,0-1,01]	<b>1,4</b> [1,1-2,1]	1,1 [0,5-2,5]

CAP = Connaissances, Attitudes, Pratiques, CAP02 = Enquête CAP conduite en 2002, CAP04 = enquête CAP conduite en 2004 ; ANC=consultation prénatale ; MMH=Murambinda Mission Hospital  
 \* RC=Rapport de Cotes des prévalences ; \*\* [Intervalle de confiance à 95%],\*\*\* ajusté sur toutes les variables sociodémographiques, ainsi que sur le type de consultation et le type de centre de santé.

### 3.2.4 Attitudes en matière de TME

---

Plus de 90 et 95% des femmes enquêtées étaient d'accord avec l'importance du rôle de la prévention primaire du VIH dans la prévention du risque de TME en 2002 et 2004 ( $p < 0,01$ ). Plus de 80% des femmes interrogées ont mentionné le rôle aggravant de l'infection acquise pendant l'allaitement maternel sur le risque de TME du VIH, mais moins de 40% étaient d'accord avec la proposition selon laquelle le risque de TME du VIH augmentait par la pratique de l'allaitement mixte (Tableau 48).

Les femmes enquêtées à MMH étaient plus susceptibles d'approuver l'existence de variations de risques de TME du VIH suivant les pratiques de nutrition infantile adoptées, notamment en matière d'allaitement mixte (RC=2,2, IC 95% [1,5-3,2],  $p < 0,01$ ). Le niveau d'éducation secondaire semble avoir influencé positivement l'ensemble des attitudes en matière de PTME listées dans le tableau 48. L'effet des autres variables sociodémographiques est moindre.

Tableau 48. Attitudes en matière de TME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).

Femmes qui ...	Univarié			Multivarié***					
	CAP02	CAP04	Année d'enquête	Année d'enquête (2004)	Consultation (interrogée en ANC)	Centre de santé (interrogée à MMH)	Age (pour un an d'âge)	Education (minimum secondaire)	Statut marital (mariée)
Ont approuvé que la prévention primaire du VIH était la meilleure stratégie de PTME	88,2	96,7	<b>3,7*</b> [1,9-7,2]**	<b>3,5</b> [1,7-7,2]	1,1 [0,5-2,2]	1,4 [0,6-3,0]	1,0 [1,0-1,05]	<b>1,8</b> [1,0-3,4]	2,1 [0,7-6,9]
Ont approuvé que les parents aux pratiques sexuelles à risque étaient à risque de TME du VIH	75,1	91,5	<b>3,8</b> [2,4-6,0]	<b>3,7</b> [2,2-6,1]	1,1 [0,6-1,9]	<b>2,2</b> [1,2-4,1]	<b>1,03</b> [1,0-1,06]	<b>1,6</b> [1,0-2,4]	1,8 [0,7-4,6]
Ont approuvé que l'utilisation de préservatifs pendant la grossesse ou l'allaitement réduisait le risque de TME	59,1	83,8	<b>3,6</b> [2,5-5,1]	<b>3,5</b> [2,3-5,2]	1,1 [0,7-1,7]	1,1 [0,7-1,7]	<b>1,03</b> [1,0-1,05]	<b>1,7</b> [1,2-2,5]	<b>2,2</b> [1,0-5,0]
Ont approuvé que l'infection acquise pendant la grossesse augmentait le risque de TME	75,0	87,4	<b>2,3</b> [1,6-3,4]	<b>2,0</b> [1,3-3,2]	1,4 [0,8-2,3]	1,1 [0,7-1,7]	<b>1,03</b> [1,0-1,06]	<b>1,4</b> [1,0-2,2]	1,9 [0,8-4,6]
Ont approuvé que l'infection acquise pendant l'allaitement maternel augmentait le risque de TME	70,5	83,1	<b>2,1</b> [1,4-3,0]	<b>2,7</b> [1,7-4,4]	0,9 [0,5-1,4]	<b>2,6</b> [1,4-5,0]	1,0 [1,0-1,03]	<b>1,7</b> [1,1-2,6]	1,7 [0,7-4,2]
Ont approuvé que l'allaitement mixte augmentait le risque de TME	31,3	40,9	<b>1,6</b> [1,1-2,1]	<b>1,8</b> [1,2-2,5]	0,9 [0,6-1,3]	<b>2,2</b> [1,5-3,2]	<b>1,04</b> [1,02-1,06]	1,0 [0,7-1,4]	0,8 [0,4-1,7]

CAP = Connaissances, Attitudes, Pratiques

CAP02 = Enquête CAP conduite en 2002, CAP04 = enquête CAP conduite en 2004

ANC=consultation prénatale ; MMH=Murambinda Mission Hospital

\* RC=Rapport de Cotes des prévalences ; \*\* [Intervalle de confiance à 95%]

\*\*\* ajusté sur toutes les variables sociodémographiques, ainsi que sur le type de consultation et le type de centre de santé.

### 3.2.5 Pratiques et recommandations de prévention du risque de TME

---

#### A. Les pratiques de prévention du VIH

La proportion de femmes interrogées ayant utilisé un préservatif masculin était faible, augmentant de manière non significative de 24,8 à 29,8% entre 2002 et 2004 ( $p=0,20$ ). La proportion de femmes déclarant utiliser un préservatif à chaque relation sexuelle a considérablement augmenté entre 2002 et 2004, mais est restée faible (4,1 vs 24,4%,  $p<0,01$ ) (Tableau 49).

Les femmes interrogées à MMH étaient largement moins susceptibles d'avoir utilisé au moins une fois et d'utiliser régulièrement ces méthodes de prévention que les femmes interrogées dans les autres centres de santé.

#### B. Les recommandations de PTME

Contrairement aux attitudes exprimées en matière de prévention primaire du VIH et de PTME, la prévention de l'infection parmi les hommes et les femmes a été peu mentionnée comme stratégie de prévention de la TME du VIH (moins d'un tiers des réponses), et en plus faible proportion en 2004 qu'en 2002 (Tableau 49). Pourtant la prévention de la promiscuité et l'utilisation des préservatifs ont été suggérées comme mesures préventives dans plus de 70% des cas. La prévention des grossesses a été peu suggérée comme stratégie de prévention de la TME du VIH, bien qu'en augmentation au sein du groupe de femmes enquêtées en 2004 (RC=1,5, IC 95 [1,1-2,2],  $p=0,02$ ).

Les femmes interrogées à MMH ont semblé moins favorables à l'ensemble des stratégies de PTME présentées dans le tableau 49 que les femmes des autres centres de santé. La plupart des résultats ne varient pas significativement suivant le profil sociodémographique des femmes enquêtées.

Tableau 49. Comportements et recommandations en matière de prévention du risque de TME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).

Femmes qui ...	Univarié			Multivarié***					
	CAP02	CAP04	Année d'enquête	Année d'enquête (2004)	Consultation (interrogée en ANC)	Centre de santé (interrogée à MMH)	Age (pour un an d'âge)	Education (minimum secondaire)	Statut marital (mariée)
<b>Pratiques</b>									
Avaient utilisé un préservatif masculin	24,8	29,8	1,3* [0,9-1,8]**	1,2 [0,8-1,7]	1,0 [0,7-1,6]	<b>0,6</b> <b>[0,4-0,9]</b>	1,0 [1,0-1,04]	1,4 [0,9-2,0]	0,8 [0,4-1,7]
Avaient utilisé un préservatif féminin	1,4	1,4	1,0 [0,3-3,5]	1,1 [0,3-4,2]	1,0 [0,2-4,4]	NA	1,0 [1,0-1,1]	1,0 [0,3-4,2]	NA
Utilisaient un préservatif systématiquement à chaque rapport sexuel	4,1	24,4	<b>7,5</b> <b>[4,2-13,5]</b>	<b>6,7</b> <b>[3,6-12,5]</b>	1,4 [0,9-2,4]	<b>0,1</b> <b>[0,04-0,3]</b>	1,0 [1,0-1,0,3]	1,0 [0,6-1,7]	0,8 [0,3-2,0]
<b>Recommandations pour la prévention de la TME du VIH</b>									
Suggéraient la prévention de la transmission sexuelle du HIV parmi les hommes	33,1	12,5	<b>0,3</b> <b>[0,2-0,4]</b>	<b>0,2</b> <b>[0,1-0,4]</b>	1,6 [1,0-2,5]	<b>0,6</b> <b>[0,1-0,4]</b>	1,0 [1,0-1,01]	<b>1,2</b> <b>[0,8-1,8]</b>	<b>1,1</b> <b>[0,5-2,8]</b>
Suggéraient la prévention de la transmission sexuelle du HIV parmi les femmes	18,2	13,7	0,7 [5,5-1,1]	0,7 [0,4-1,0]	1,0 [0,6-1,6]	0,9 [0,5-1,5]	1,0 [1,0-1,02]	1,3 [0,9-2,0]	0,8 [0,3-2,1]
Suggéraient la cessation de l'allaitement maternel	13,7	17,4	1,3 [0,9-2,0]	1,4 [0,9-2,3]	0,8 [0,5-1,3]	1,3 [0,8-2,1]	<b>1,03</b> <b>[1,0-1,06]</b>	<b>1,5</b> <b>[1,0-2,4]</b>	1,5 [0,5-4,4]
Suggéraient l'utilisation d'anti-rétroviraux	55,3	23,6	<b>0,3</b> <b>[0,2-0,4]</b>	<b>0,3</b> <b>[0,2-0,4]</b>	0,9 [0,6-1,3]	0,9 [0,6-1,3]	1,0 [1,0-1,01]	0,8 [0,6-1,2]	0,8 [0,3-1,6]
Suggéraient l'utilisation de préservatifs	74,9	80,3	1,4 [1,0-1,9]	1,2 [0,8-1,8]	1,3 [0,8-2,1]	<b>0,6</b> <b>[0,4-0,9]</b>	1,0 [1,0-1,02]	1,1 [0,7-1,6]	1,3 [0,6-3,1]
Suggéraient la prévention des grossesses non désirées	18,2	25,6	<b>1,5</b> <b>[1,1-2,2]</b>	<b>1,5</b> <b>[1,0-2,3]</b>	1,0 [0,7-1,5]	<b>0,6</b> <b>[0,3-0,9]</b>	1,0 [1,0-1,02]	<b>0,8</b> <b>[0,6-1,2]</b>	<b>0,6</b> <b>[0,3-1,2]</b>
Suggéraient la prévention des comportements de promiscuité	81,5	72,9	<b>0,6</b> <b>[0,4-0,9]</b>	<b>0,6</b> <b>[0,4-0,9]</b>	0,9 [0,6-1,4]	<b>0,3</b> <b>[0,2-0,3]</b>	1,0 [1,0-1,04]	0,9 [0,6-1,3]	0,8 [0,3-2,1]

CAP = Connaissances, Attitudes, Pratiques

CAP02 = Enquête CAP conduite en 2002, CAP04 = enquête CAP conduite en 2004

ANC=consultation prénatale ; MMH=Murambinda Mission Hospital

\* RC=Rapport de Cotes des prévalences ; \*\* [Intervalle de confiance à 95%]

\*\*\* ajusté sur toutes les variables sociodémographiques, ainsi que sur le type de consultation et le type de centre de santé.

### **3.2.6 Relations entre les connaissances de la TME et de la PTME et l'utilisation des services de PTME à Murambinda**

---

Bien qu'il soit impossible de définir une association directe entre les données de monitoring du programme pilote de MMH et les résultats des enquêtes CAP02 et CAP04, nous nous sommes efforcés d'identifier certains indicateurs de sensibilisation et de connaissance en matière de TME du VIH des femmes interrogées à MMH permettant peut-être de mieux comprendre le contexte d'acceptabilité des interventions de PTME à MMH (Tableau 50). Nous mettons en relation les indicateurs de l'enquête CAP de novembre 2002 avec les données d'acceptabilité des interventions de PTME du dernier trimestre 2002 et des deux premiers trimestres de 2003.

Parmi les principales informations à retenir du tableau 50, nous pouvons mentionner :

- une faible acceptabilité de l'intervention ARV de PTME parmi les femmes infectées par le VIH, dans un contexte de faible compréhension du concept de risque de TME du VIH dans la population générale ;
- une grande acceptabilité et une pratique majoritaire (rapportée par les mères et non vérifiée) de l'allaitement maternel exclusif à six mois, dans un contexte où la connaissance du risque de TME du VIH, variable selon les pratiques d'allaitement, est « moyenne » ;
- une faible pratique de suivi post-partum dans un contexte de bonne connaissance des risques de TME du VIH liés à la santé mammaire et la santé buccale de l'enfant ;
- une forte intention de partage des résultats du test VIH avec le partenaire dans un contexte où l'utilisation des préservatifs est une pratique largement recommandée pour la PTME mais peu adoptée.

Tableau 50. Niveau de connaissance en matière de PTME et acceptabilité des interventions de PTME de MMH, Zimbabwe (2002-2003).

<b>Indicateur CAP02 parmi les femmes enquêtes à MMH</b>	<b>%</b>	<b>Indicateur de monitoring PTME octobre 2002 - juin 2003</b>	<b>%</b>
Opinion que la TME du VIH est systématique parmi les femmes enceintes VIH+	63,7	Acceptabilité du dépistage du VIH	105,0
		Acceptabilité de l'intervention ARV parmi les femmes séropositives	24,4
Connaissance des complications obstétricales comme facteur de risque de TME du VIH	72,5	Accouchement médicalisé à MMH parmi les femmes séropositives	89,9
Connaissance de la durée d'allaitement maternel comme facteur de risque de la TME du VIH	82,5	Intention pré-partum de pratiquer un allaitement maternel exclusif parmi les femmes séropositives	86,9
Connaissance de la santé mammaire de l'enfant comme facteurs de risque/préventif de la TME du VIH	45,0	Suivi « couples » mère-enfant à 6 semaines parmi les femmes séropositives	38,7
		Suivi « couples » mère-enfant à 3 mois parmi les femmes VIH+	30,7
Recommandation de la cessation allaitement maternel comme stratégie de PTME	16,2	Intention pré-partum d'adopter une alternative à l'allaitement maternel parmi les femmes séropositives	1,5
		Absence d'allaitement maternel à six semaines post-partum parmi les femmes VIH+	8,8
Recommandation de l'utilisation de préservatifs comme stratégie de PTME	80,0	Intention pré-partum de partage des résultats du dépistage avec le partenaire	96,7

*La comparaison des résultats des enquêtes CAP02 et CAP04 a montré une nette amélioration, entre 2002 et 2004, du niveau de sensibilisation et de connaissance en matière de PTME de la population du district de Buhera. En 2004, bien que le niveau de sensibilisation ait été élevé, la connaissance spécifique des modes de TME du VIH est cependant restée inférieure à 60% des femmes interrogées. Ces différents éléments d'enquête montrent que les stratégies de prévention de la TME du VIH, au niveau individuel comme au niveau communautaire, étaient encore insuffisamment maîtrisées par les populations interrogées dans le district de Buhera en 2004.*

*Dans le champ de la nutrition infantile, les contradictions et les approximations des connaissances en matière de TME du VIH ont été particulièrement explicites. C'est dans ce contexte qu'une enquête communautaire a été conduite auprès d'une population spécifique, des femmes ayant bénéficié de services de PTME, et non plus uniquement exposées aux messages de PTME comme l'était a priori la population d'étude des enquêtes CAP02 et CAP04. Cette enquête de nutrition infantile fait l'objet de notre section suivante.*



### **3.3. ENQUETE SUR LES PRATIQUES DE NUTRITION INFANTILE DANS LE CONTEXTE D'UN PROGRAMME DE PTME**

L'objectif de l'enquête MMCHS (Murambinda Maternal and Child Health Survey) a été de documenter, plusieurs mois après l'accouchement, les pratiques de nutrition infantile adoptées par des femmes ayant été dépistées pour le VIH et ayant reçu un conseil minimum en matière de nutrition infantile. Il s'agissait également de mieux comprendre l'influence du contexte économique et social et des recommandations de santé publique sur l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques. Les résultats présentés ci-dessous sont en cours de publication (Annexe 7).

#### **3.3.1. Profil de l'échantillon d'enquête**

---

##### **A. Le taux de réponse**

Au cours de l'enquête MMCHS conduite à MMH entre juin 2003 et février 2004, 60% des mères ciblées (164/274) ont été interrogées. Les taux de réponse étaient comparables selon le statut sérologique des femmes : 55,0% des 129 femmes infectées par le VIH contre 64,1% des 149 femmes séronégatives ( $p=0,08$ ). Parmi les principales raisons expliquant que l'entretien n'ait pu être conduit étaient : la pratique traditionnelle d'accoucher dans le village parental (résidence principale hors du district de Buhera) (25,5%) et la difficulté à identifier les femmes au niveau du village (erreurs dans les adresses fournies au moment du conseil post-test) (30,9%) (Tableau 51).

Tableau 51. Taux de réponse à l'enquête, district de Buhera, Zimbabwe.  
Juin 2003-février 2004.

	VIH+ (n=129)		VIH- (n=145)		Total (n=274)		p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Entretien réalisé</b>	71	55,0 (100)	93	64,1 (100)	164	59,9 (100)	0,08*
Mère vivante	64	(90,1)	92	(98,9)	156	(95,1)	<b>0,02**</b>
Mère décédée	7	(9,9)	1	(1,1)	8	(4,9)	
<b>Entretien non réalisé</b>	58	45,0 (100)	52	35,9(100)	110	40,1(100)	
Enfant décédé	9	(15,5)	2	(3,8)	11	(10,0)	<b>0,01***</b>
Enfant et mère décédés	8	(13,8)	1	(1,9)	9	(8,2)	
Impossibilité d'identifier la mère au village	18	(31,0)	16	(30,8)	34	(30,9)	
Retour au domicile conjugal (accouchement dans le village parental)	9	(15,5)	19	(36,5)	28	(25,5)	
Changement d'adresse (au sein de Buhera ou vers d'autres districts)	6	(10,3)	5	(9,6)	11	(10,0)	
Autre (visiteur, pas contactée, pas de réponse, refus)	8	(13,8)	9	(17,3)	17	(15,5)	

\* Taux de réponse par statut sérologique

\*\* Taux de mortalité des mères par statut sérologique

\*\*\* Distribution des raisons de non réponse par statut sérologique

Un total de 37 décès infantiles et maternels ont été documentés pendant l'enquête, que ce soit pendant le travail de terrain et d'identification des femmes ou pendant les entretiens avec les femmes/tuteurs identifiés (Tableau 52) : 11 décès infantiles (nés de 2 femmes séronégatives et de 9 femmes infectées par le VIH), 8 décès maternels (1 femme séronégative et 7 femmes infectées par le VIH) et 18 décès infantiles et maternels (1 femme/1 enfant séronégatifs et 8 femmes infectées par le VIH/8 enfants exposés au VIH).

Tableau 52. Décès infantiles et maternels, district de Buhera, Zimbabwe.  
Juin 2003-février 2004.

N=274	VIH+ (n=129)		VIH- (n=145)		p
	n	%	n	%	
<b>Décès infantiles</b>					
Décès documentés pendant le travail du terrain	5	3,9	2	1,4	
Décès documentés par la famille	4	3,1	0	0	
Total	9	7,0	2	1,4	<b>0,02</b>
<b>Décès maternels</b>					
Décès documentés pendant le travail du terrain	4	3,1	1	0,7	
Décès documentés par la famille	3	2,3	0	0	
Total	7	5,4	1	0,7	<b>0,02</b>
<b>Décès maternels et infantiles</b>					
Décès documentés pendant le travail du terrain	8	6,2	1	0,7	
Décès documentés par la famille	0	0	0	0	
Total	16	12,4	2	1,4	<b>&lt;0,01</b>
TOTAL	32	24,8	5	2,8	<b>&lt;0,01</b>

La date de décès des mères qui n'ont pas été interviewées et des enfants qui n'ont pas été vus pendant l'enquête n'a pas été documentée. L'estimation de l'âge au décès s'est donc révélée impossible. La cause de décès n'a également pas pu être documentée.

## B. Le profil des répondants

Sur un total de 164 entretiens, 156 (93%) ont été conduits avec la mère initialement ciblée. Les huit autres tuteurs interviewés étaient toutes des femmes : la grand-mère de l'enfant (n=5), la sœur de la mère (n=2) ou un membre de la fratrie (n=1) (Tableau 53).

Tableau 53. Tuteurs des enfants, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH-(n=93)		P
	n	%	n	%	
Mère	66	93,0	90	96,8	0,20
Grand-mère de l'enfant	2	2,8	3	3,2	
Tante/sœur de la mère	2	2,8	0	0	
Soeur/frère de l'enfant	1	1,4	0	0	
Ami(e) de la mère	0	0	0	0	

Les raisons spécifiques expliquant que les enfants aient été sous la responsabilité de ces tutrices n'a pas été documenté directement. Le décès maternel explique que les enfants exposés au VIH étaient orphelins maternels (n=5).

Le profil sociodémographique des femmes interviewées était très similaire entre les femmes infectées par le VIH et les femmes séronégatives (Tableau 54). La majorité des femmes étaient sans emploi (plus de 87%) et appartenaient à l'Eglise apostolique (plus de 55%). La plupart des femmes étaient âgées entre 25 et 34 ans. Davantage de femmes séronégatives étaient veuves au moment de l'entretien (14,1 vs 3,2%,  $p < 0,01$ ). Plus d'un tiers des femmes étaient primipares.

Tableau 54. Profil sociodémographique des femmes enquêtées, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164*	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Age (années)</b>					
15 – 24	22	31,0	42	45,2	
25 – 34	43	36,5	38	40,9	
Plus de 34	13	18,3	11	11,8	
Données manquantes	3	4,2	2	2,2	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	27,8 [22,0-33,0]		24,5 [21,0-31,0]		0,08
<b>Statut marital</b>					
Mariée	51	71,8	87	93,6	<0,01
Veuve	10	14,1	3	3,2	
Autre	10	14,1	3	3,2	
<b>Parité</b>					
1	20	28,2	38	40,9	
2	9	12,7	14	15,0	
3	13	18,3	7	7,5	
4-5	11	15,5	21	22,6	
Plus de 6	17	23,9	13	14,0	
Données manquantes	1	1,4	0	0	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	3,0 [1,0-5,25]		2,0 [1,0-5,0]		0,10
<b>Education</b>					
Aucune	2	2,8	0	0	0,70
Primaire	21	29,6	30	33,0	
Secondaire	48	67,6	59	64,8	
Supérieure	0	0	2	2,2	
Données manquantes	0	0	2	2,1	
<b>Emploi</b>					
Formel	5	7,1	7	7,5	0,50
Informel	3	4,3	2	2,2	
Sans emploi (femme au foyer)	61	87,1	83	89,3	
Autre	1	1,4	0	0	
Données manquantes	1	1,4	0	0	
<b>Religion</b>					
Apostolique	42	60,0	52	55,9	0,20
Protestante	10	14,3	20	21,5	
Catholique	8	11,4	4	4,3	
Autre	10	14,3	17	18,3	
Données manquantes	1	1,4	0	0	
<b>Nombre de personnes dans le ménage</b>					
1 à 3	22	32,4	18	20,9	
4 à 6	31	45,6	46	53,5	
Plus de 6	15	22,1	22	25,6	
Données manquantes	3	4,2	7	7,5	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	4,0 [3,0-6,0]		5,0 [4,0-7,0]		0,09

\* Dans le cas de cinq enfants exposés à l'infection VIH et trois enfants nés de mère séronégative, ces données concernent les tuteurs dont le statut sérologique est inconnu

L'âge des enfants au moment de l'enquête s'est échelonné entre quatre et 29 mois, avec trois quart des enfants interrogés âgés entre sept et 18 mois. L'âge médian des enfants nés de mère infectée par le VIH était de 13 mois, et de 14 mois parmi les femmes séronégatives (p=0,30) (Tableau 55).

Tableau 55. Age des enfants au moment de l'entretien, district de Buhera, Zimbabwe.  
Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
Moins de 7 mois	7	9,9	9	9,7	
7 mois et plus	64	90,1	84	90,3	
7 à 12	26	36,6	29	31,2	
13 à 18	25	35,2	29	31,2	
18 à 28	12	16,9	17	18,3	
Plus de 24	1	1,4	9	9,7	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	13,0 [9-17]		14,0 [9,5-20]		0,30

Le monitoring incomplet des données de sexe des enfants inclus dans l'échantillon d'étude ne nous permet pas de présenter les résultats d'anthropométrie et de nutrition infantile suivant le sexe des enfants. Le tableau 56 présente les données d'anthropométrie collectées lors des entretiens. Le poids médian des enfants était comparable suivant le statut sérologique de leur mère (8 800 et 9 500g chez les enfants nés de mère infectée par le VIH et séronégative respectivement). Les enfants nés de mère infectée par le VIH étaient de taille significativement plus petite que les enfants nés de mère séronégative (taille médiane 73 vs 75 cm, p=0,02).

Tableau 56. Données anthropométriques infantiles, district de Buhera, Zimbabwe.  
Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Poids (g)</b>					
Moins de 7 000	8	11,6	7	7,8	
7 001-8 500	24	34,8	21	23,3	
8 501-10 000	19	27,5	29	32,2	
10 001-11 500	11	15,9	23	25,6	
Plus de 11 500	7	10,1	10	11,1	
Données manquantes	2	2,8	3	3,2	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	8 800 [7 850-10 150]		9 500 [8 350-10 500]		0,07
<b>Taille (cm)</b>					
Moins de 65	4	5,9	6	6,8	
66-75	45	66,2	39	44,3	
76-85	19	27,9	41	46,6	
Plus de 85	0	0,0	2	2,3	
Données manquantes	3	4,2	5	5,4	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	73 [69-76]		75 [71-80]		0,02

### 3.3.2. Pratiques de nutrition infantile

#### A. Les pratiques d'allaitement maternel

Les pratiques d'allaitement maternel d'enfants nés de mères ayant bénéficié du programme de PTME de MMH et inclus dans notre échantillon d'étude sont présentées dans le tableau 57. Les mères ou tuteurs des enfants ciblés ont été interrogées sur les pratiques d'allaitement maternel passées et actuelles.

Tableau 57. Pratiques d'allaitement maternel, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<i>Allaitement maternel</i>	66	93,0	93	100	<b>0,01</b>
<i>Allaitement maternel actuel</i>	n=66 35	53,0	n=93 70	75,3	<b>&lt;0,01</b>
<i>Age prévu pour cesser l'allaitement maternel (mois)</i>	n=35		n=70		
9-12	8	22,9	0	0,0	<b>&lt;0,01</b>
13-18	20	57,1	17	24,3	
19-24	6	17,1	48	68,6	
Plus de 24	1	2,9	5	7,5	
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>	18 [14-18]		24 [18.75-24]		<b>&lt;0,01</b>

La majorité des enfants inclus dans l'échantillon d'étude ont bénéficié d'un allaitement maternel (n=159, 97%). Les cinq enfants n'ayant jamais été allaités au sein étaient nés de mère infectée par le VIH. Parmi ceux-ci, trois étaient décédés et un était élevé par sa grand-mère (mère déclarée vivante par la famille).

Parmi les femmes pratiquant l'allaitement maternel au moment de l'interview (n=105), toutes les femmes séronégatives ont déclaré vouloir allaiter leur enfant jusqu'à plus de 12 mois et 67,2% d'entre elles entre 19 et 24 mois (vs 17,1% parmi les femmes infectées par le VIH, p<0,01). Les femmes séronégatives ont exprimé leur intention d'allaiter pour une période médiane significativement plus longue que les femmes infectées par le VIH (24 vs 18 mois, p<0,01).

## *Groupes de discussion*

La majorité des groupes de discussion ont déclaré que le premier aliment ingéré par le nouveau-né était le lait maternel, puis des gouttes d'eau tiède (eau sacrée selon les membres de l'église apostolique). Tous les participants ont mentionné les bénéfices du lait maternel. Le groupe de discussion composé de sages-femmes traditionnelles et de chefs traditionnels ont souligné le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention des infections et dans la croissance de l'enfant, et, avec le groupe des jeunes hommes, ont insisté sur l'importance de l'allaitement maternel en tant que moment d'intimité entre la mère et l'enfant. Tous les groupes de discussion ont mentionné les aspects pratiques de l'allaitement, qui ne requiert pas des femmes une préparation alimentaire supplémentaire. Le groupe composé de jeunes hommes a souligné que le statut nutritionnel des mères était un facteur important des bénéfices de l'allaitement maternel.

Tous les groupes de discussion ont déclaré que la durée moyenne de l'allaitement maternel dans le district de Buhera était de 24 mois. L'allaitement maternel jusqu'à deux ans contribuait à l'amélioration de la santé de l'enfant et à la prévention des maladies diarrhéiques (groupes des sages-femmes traditionnelles et des femmes âgées) et permettait d'espacer les naissances (groupe des jeunes hommes). A deux ans, l'enfant était suffisamment âgé pour être nourri d'autres aliments (groupe des chefs traditionnels)

### **B. Les pratiques d'alimentation complémentaire**

La plupart des enfants, quel que soit leur âge, avaient reçu d'autres fluides/aliments que le lait maternel au moment de l'entretien. Plus de la moitié d'entre eux étaient encore allaités (Tableau 58).

L'âge de l'enfant à l'introduction d'autres fluides/aliments que le lait maternel, tel que rapporté par les femmes interrogées, s'est échelonné entre une semaine et 14 mois après la naissance. Les femmes infectées par le VIH ont introduit d'autres fluides/aliments que le lait maternel plus tardivement que les femmes séronégatives (médiane 6 vs 4 mois,  $p < 0,01$ ). Quinze pourcent des femmes ont déclaré n'avoir donné à leur enfant aucun autre fluide/aliment que le lait maternel à l'âge de neuf mois.

Tableau 58. Introduction de fluides/aliments complémentaires, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Reçu d'autres fluides/aliments</b>	70	98,6	91	97,9	0,60
<b>Encore occasionnellement allaité</b>	n=70		n=91		
Oui	31	48,4	63	72,4	<0,01
Données manquantes	6	8,6	4	4,4	
<b>Age à l'introduction d'autres fluides/aliments (mois)</b>	n=70		n=91		
Moins d'1	2	3,0	5	5,5	
1-4	13	19,4	39	42,9	
5-6	38	56,7	31	34,1	
7 et plus	14	20,9	16	17,6	
Données manquantes	3	4,2	0	0	
Moyenne [IC 95%]	5,7 [5,2-6,2]		4,9 [4,4-5,5]		0,04
Médiane (Intervalle interquartile)	6,0 [5,0-6,0]		4,0 [4,0-6,0]		<0,05

Le tableau 59 résume l'influence de facteurs sociodémographiques maternels sur l'âge à l'introduction de liquides/solides autres que le lait maternel. En univarié, le célibat (par choix ou par veuvage) est apparu comme facteur favorisant l'introduction plus tardive de fluides/solides autres que le lait maternel (RC=2,9, IC 95% [1,1-7,8]). L'analyse multivariée révèle en réalité que seul le statut sérologique de la mère est indépendamment associé à l'introduction après six mois de fluides/solides autres que le lait maternel (RC=3,1, IC 95% [1,4-6,6]).

Tableau 59. Caractéristiques sociodémographiques maternelles et âge à l'introduction de liquides/solides autres que le lait maternel, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	Introduction à 6 mois minimum	Univarié		Multivarié	
		RC (IC 95%)*	p	RC (IC 95%)*	p
<b>Statut VIH</b> (VIH-positif)	74,6	<b>4,5 [2,2-9,0]</b>	<b>&lt;0,01</b>	<b>3,1 [1,4-6,6]</b>	<b>&lt;0,04</b>
<b>Age</b> (Plus de 30 ans)	59,0	1,4 [0,7-2,8]	0,30	1,0 [0,4-2,5]	0,90
<b>Statut marital</b> (non-mariée)	75,0	<b>2,9 [1,1-7,8]</b>	<b>0,04</b>	2,2 [0,7-7,2]	0,20
<b>Parité</b> (multipare)	59,0	1,6 [0,8-3,2]	0,13	1,6 [0,7-3,9]	0,30
<b>Education</b> (Secondaire minimum)	61,2	1,9 [1,0-3,7]	0,09	2,1 [0,9-4,7]	0,06
<b>Emploi</b> (Autre)	57,9	0,8 [0,3-2,2]	0,80	1,0 [0,3-3,7]	0,90
<b>Religion</b> (Apostolique)	55,6	1,1 [0,6-2,2]	0,70	1,1 [0,5-2,3]	0,80

RC = Rapport de Cote, IC = Intervalle de Confiance,  
\* ajusté sur l'ensemble des variables sociodémographiques.



Parmi les enfants ayant été allaités et ayant reçu d'autres aliments que le lait maternel (n=102), la quasi-totalité avaient reçu de l'eau dans les sept jours précédent l'entretien. Parmi les principaux liquides complémentaires donnés aux enfants, quelque soit leur âge, étaient le jus de fruits, le thé au lait et le lait frais de vache. Six enfants exposés au VIH ont reçu du lait artificiel (9,2%). La *sadza* (91%), le porridge sans lait (70-80%) et les légumes en purée (65-75%) étaient parmi les principaux solides complémentaires donnés aux enfants (Tableau 60).

Tableau 60. Type de liquides/solides autres que le lait maternel donnés aux enfants lors des sept jours précédant l'entretien, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<i>Type de fluides/aliments au cours des sept derniers jours*</i>	<i>n=70</i>		<i>n=91</i>		
Eau	65	98,5	88	96,7	0,50
Soda	16	23,9	21	24,1	0,90
Jus de fruits	39	57,4	27	31,0	<0,01
Purée de fruits	28	42,4	25	29,4	0,10
Huile	16	23,9	27	30,7	0,40
Huile dans la cuisson	63	91,3	75	82,4	0,20
Thé au lait	38	57,6	59	67,1	0,20
Thé sans lait	21	31,8	24	27,9	0,70
Porridge au lait	18	27,7	18	21,4	0,40
Porridge sans lait	54	79,4	62	68,9	0,20
Lait artificiel	6	9,2	2	2,4	0,08
Lait en poudre	3	4,7	3	3,7	0,80
Lait pasteurisé	5	7,6	7	8,5	0,70
Lait de vache	33	47,1	40	44,0	0,70
Céréales	14	21,2	21	24,4	0,60
Crème anglaise	0	0	1	1,2	-
Viande cuite/hachée	31	45,6	36	42,9	0,70
Légumes cuits/en purée	45	67,2	65	73,0	0,40
<i>Sadza</i>	62	91,2	82	91,1	0,90
Sels de Réhydratation Orale	10	15,9	10	11,8	0,70
Médicaments	27	46,6	4	5,3	<0,01
Vitamines	4	7,1	2	2,7	0,20
Autre	6	20,7	3	8,3	0,20

\* % parmi les réponses disponibles

L'ustensile utilisé pour nourrir l'enfant ayant reçu d'autres aliments que le lait maternel était principalement la cuillère (plus de 75% de réponses), sans différence statistiquement significative selon le statut sérologique des femmes enquêtées (Tableau 61).

Tableau 61. Ustensile d'alimentation du nourrisson, district de Buhera, Zimbabwe.  
Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		P
	n	%	n	%	
<i>Ustensile</i>	n=70		n=93		
Bouteille	1	1,4	0	0	0,40
Cuillère	53	75,7	71	78,0	0,60
Tasse ordinaire	20	28,6	17	18,7	0,09
Tasse de bébé	29	41,4	46	50,5	0,20
Main	29	41,4	47	51,6	0,10
Données manquantes	2	2,9	0	0	

\* % parmi les réponses disponibles

### Groupes de discussion

Parmi les principaux aliments complémentaires ou de sevrage listés par les groupes de discussion étaient le porridge accompagné de beurre de cacahuète, le lait de vache ou de chèvre, le *mahewu* (porridge fermenté), la *sadza* légère, le porridge, et les fruits en purée. D'après les chefs traditionnels, des soupes de viande pouvaient également être données aux enfants. Les groupes de discussion ont estimé que ces différents aliments étaient nutritifs et facilement digérés mais que le lait maternel demeurait également très bénéfique à la santé de l'enfant.

Tous les groupes de discussion ont déclaré que le type de fluides/aliments complémentaires donnés aux enfants était lié aux ressources du ménage. Les repas des enfants étaient préparés en même temps que les repas du reste de la famille, particulièrement dans le cas des repas à base de *sadza* ou de porridge (seule la durée de cuisson et donc l'épaisseur du plat diffèrent).

### C. Les pratiques de sevrage

D'avantage de femmes infectées par le VIH que de femmes séronégatives avaient cessé l'allaitement maternel au moment de l'entretien (51,6 vs 27,6%,  $p < 0,01$ ). Une large proportion d'enfants nés de femme infectée par le VIH (56%) mais aucun enfant né de mère séronégative ont été sevrés à six mois. Les enfants nés de mère séronégative ont été sevrés significativement plus tard que les enfants exposés au VIH (médiane 19 vs 6 mois,  $p < 0,01$ ). D'après les femmes interrogées, la plupart des enfants ont été sevrés en un jour. Aucune différence significative dans la durée du sevrage n'est apparue selon le statut sérologique des femmes enquêtées (Tableau 62).

La plupart des femmes ont déclaré ne pas avoir utilisé de technique particulière pour sevrer leur enfant. Les femmes infectées par le VIH ont également évoqué nourrir leur enfant d'un autre fluide/solide que le lait maternel (57%) ou envoyer leur enfant chez un voisin ou parent (41%).

Tableau 62. Processus de sevrage, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		P
	n	%	n	%	
<b>Sevrage au moment de l'entretien</b>	<i>n=66</i>		<i>n=90</i>		
Oui	33	51,6	24	27,6	<0,01
Données manquantes	6	8,6	4	4,4	
<b>Age au sevrage (mois)</b>	<i>n=33</i>		<i>n=24</i>		
6	18	54,5	0	0	
7-12	8	24,2	2	8,7	
13-18	6	18,2	7	30,4	
Plus de 18	1	3,0	14	60,9	
Données manquantes	0	0	1	4,2	
Moyenne [IC 95%]	9,2 (7,6-10,4)		18,6 [17,8-20,4]		<0,01
Médiane (Intervalle interquartile)	6,0 [6-11,25]		19,0 [17-21]		<0,01
<b>Durée du sevrage</b>	<i>n=33</i>		<i>n=24</i>		
Un jour	20	66,7	9	40,9	
2-3 jours	4	13,3	4	18,2	
4-7 jours	5	16,7	7	31,8	
Plus d'1 semaine	1	3,3	2	9,1	
Données manquantes	3	9,1	2	8,3	
Médiane (Intervalle interquartile)	1,0 [1-3]		3,0 [1-4,75]		0,01
<b>Motifs de sevrage*</b>	<i>n=33</i>		<i>n=24</i>		
Maladie de l'enfant	4	14,8	3	18,8	0,50
Lait maternel insuffisant	2	7,4	2	12,5	0,50
Inquiétude liée à l'infection par le VIH	24	75,0	0	0	<0,01
Conseil du professionnel de santé	17	56,7	0	0	<0,01
Nouvelle grossesse	2	7,4	3	18,8	0,30
Age suffisant de l'enfant	3	10,7	10	52,6	<0,01
Données manquantes	0	0	1	4,2	
<b>Moyens de sevrage*</b>	<i>n=33</i>		<i>n=24</i>		
Mettre un textile/produit sur le sein	5	21,7	9	50,0	0,06
Donner un autre lait/aliment	12	57,1	5	35,7	0,20
Déposer l'enfant chez un voisin/famille	10	41,7	4	25,0	0,20
Rien de particulier	14	53,9	11	64,7	0,30
Autre	5	15,6	0	0	0,06
Données manquantes	2	6,1	1	4,2	

\*% parmi les réponses disponibles

Les enfants nés de mère infectée par le VIH ont été sevrés en réponse à leur inquiétude liée à la transmission du VIH (72,7%) ou aux conseils des agents de santé (51,5%). Aucune de ces deux raisons n'ont été mentionnées par les femmes séronégatives. Les enfants nés de mère séronégative étaient plus à même que les enfants exposés au VIH d'être sevrés en raison de leur âge suffisant (52,6 vs 10,7%) ( $p<0,01$ ) (Tableau 62).

La plupart des femmes n'ont pas rencontré de problèmes au moment du sevrage (54,4%). Les difficultés rencontrées à l'arrêt de l'allaitement ou à l'introduction d'autres liquides ou solides que le lait maternel étaient liées aux cris de l'enfant ou à sa maladie (Tableau 63).

Tableau 63. Difficultés de sevrage, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Difficultés à la cessation de l'allaitement maternel</b>	n=33		n=24		
Oui	12	38,7	11	47,8	0,60
Données manquantes	2	6,1	1	4,2	
<b>Type de difficultés rencontrées*</b>	n=12		n=11		
Pleurs de l'enfant	7	63,6	2	18,2	0,10
Douleur mammaire	4	36,4	1	9,1	0,30
Engorgement des seins	4	36,4	3	27,3	0,40
Maladie de l'enfant	5	45,5	6	54,5	0,60
Désaccord de la famille/voisins	0	0	0	0	--
Manque de nourriture	2	18,2	0	0	0,30
Données manquantes	1	8,3	0	0	
<b>Difficultés à l'introduction d'autres fluides/aliments</b>	n=70		n=91		
Oui	13	19,4	25	27,8	0,20
Données manquantes	3	4,3	1	1,1	
<b>Type de difficultés rencontrées*</b>	n=13		n=25		
Pleurs de l'enfant	5	50,0	2	10,0	<b>0,02</b>
Manque d'appétit de l'enfant	4	36,4	5	23,8	0,40
Maladie de l'enfant	6	60,0	16	72,7	0,40
Enfant réclamant le sein	3	30,0	1	5,0	0,09
Données manquantes	0	0	1	3,8	

\*% parmi les réponses disponibles

### Groupes de discussion

D'après les groupes de discussion, les modifications dans la santé de l'enfant expliquaient l'initiation du sevrage, telles que la fréquence des diarrhées et la pousse des dents. L'inadéquation du lait maternel, le désir d'enfant ou une nouvelle grossesse ont également été mentionnés.

### 3.3.3. Acteurs de nutrition infantile

#### A. Les décideurs des pratiques de nutrition infantile

Plus de 90% des mères ont déclaré qu'allaiter leur enfant était une décision personnelle et un tiers ont mentionné également avoir suivi les conseils d'un professionnel de santé (réponses multiples possibles). La pratique de l'allaitement maternel était

principalement motivée par l'importance du lait pour la santé de l'enfant, quel que soit le statut VIH des femmes enquêtées (plus de 95% des réponses). La plupart des mères (57-61%) ont fait part de l'attente culturelle liée à l'allaitement maternel. Les femmes interviewées ont déclaré qu'allaiter était aussi le résultat d'une contrainte financière (59,6%) (Tableau 64).

Tableau 64. Décideurs en santé infantile, district de Buhera, Zimbabwe.  
Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Après l'accouchement</b>					
<i>Décision en matière d'allaitement maternel*</i>					
	n=66		n=93		
Décision personnelle	61	95,3	85	95,5	0,60
Décision du partenaire	10	20,0	14	18,7	0,50
Conseil du professionnel de santé	23	40,4	26	33,3	0,30
Conseil de la famille/amis	3	6,1	3	4,2	0,50
<i>Raisons pour pratiquer l'allaitement maternel*</i>					
	n=66		n=93		
Meilleur pour la santé de l'enfant	62	95,4	87	96,7	0,50
Partenaire insiste	4	8,3	5	6,9	0,80
Famille insiste	3	6,4	3	4,3	0,60
Peur de la stigmatisation	2	4,3	0	0	--
Contrainte financière	28	59,6	11	15,5	<0,01
Attente culturelle	32	57,1	51	61,5	0,40
<b>Plus tard</b>					
<i>Décision en matière d'introduction d'aliments complémentaires**</i>					
	n=70		n=93		
Décision personnelle	52	83,9	58	76,3	0,20
Décision du partenaire	7	15,9	17	25,0	0,20
Décision d'un autre membre de la famille	18	36,7	25	34,3	0,50
Données manquantes	5	7,1	4	4,4	
<b>Présent</b>					
<i>Décideur des pratiques de nutrition infantile courantes**</i>					
	n=71		n=93		
Mère/tuteur	68	95,8	85	96,6	0,50
Grand-mère	20	34,5	28	35,0	0,50
Père	6	11,5	25	33,8	0,03
Données manquantes	0	0	1	1,1	

\* % parmi les femmes ayant allaité et parmi les réponses disponibles

\*\* % parmi les femmes ayant introduit une alimentation complémentaire et parmi les réponses disponibles

La plupart des mères/tuteurs ont décidé de l'introduction d'aliments complémentaires au lait maternel. Le partenaire n'a pas souvent été cité comme décideur (moins de 25% des réponses). Plus d'un tiers des femmes enquêtées ont souligné le rôle joué par les autres membres de la famille sur les décisions liées à l'alimentation complémentaire (Tableau 64).

Les femmes étaient les décideurs actuels en matière de nutrition infantile (plus de 95%). Les pères étaient plus à même de décider des pratiques de nutrition infantile des enfants nés de mère séronégative que ceux nés de mère infectée par le VIH (33,8 vs 11,5%, p=0,02) (Tableau 64).

## *Groupes de discussion*

D'après les groupes de discussion, l'absence d'allaitement maternel pouvait s'expliquer par des raisons à la fois médicales et culturelles. La raison principale était souvent liée à la santé mammaire des mères ou au refus de l'enfant. Parmi les raisons culturelles mentionnées étaient la présence de mauvais esprits dans la famille de la mère qui l'empêchaient d'allaiter et rendaient l'enfant malade.

Tous les groupes ont souligné le cas particulier des femmes infectées par le VIH ayant connaissance de leur statut sérologique et qui souhaitaient prévenir la TME du VIH. Tous ont déclaré que les enfants nés de mère infectée par le VIH ne devraient pas être allaités, et ont recommandé comme mode d'allaitement de substitution l'utilisation de lait de vache ou de chèvre. Tous les groupes ont souligné que cette pratique de substitution était adoptée par toutes les femmes qui n'avaient pas assez de lait maternel ou dans le cas du décès maternel.

Les groupes de discussion ont déclaré que le principal décideur du premier aliment ingéré par le nouveau-né était, suivant les traditions familiales, soit la grand-mère paternelle soit la sage-femme traditionnelle qui toutes deux avaient une connaissance approfondie des croyances locales. Après ces premiers jours post-partum, les mères étaient responsables de toutes les décisions de nutrition infantile.

### **B. La participation de la famille aux pratiques de nutrition infantile**

Interrogées sur la participation des autres personnes de la famille aux pratiques de nutrition infantile, davantage de femmes séronégatives qu'infectées par le VIH ont souligné le rôle important joué par la grand-mère dans la préparation des repas des enfants (45,5% vs 31,2%  $p=0,06$ ). Un tiers des enfants inclus dans notre échantillon d'étude étaient parfois nourris par leur grand-mère (pas de différence significative selon le statut sérologique des femmes identifiées) (Tableau 65).

Tableau 65. Participation de la famille aux pratiques de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Autre personne préparant les repas*</b>	n=70		n=93		
Grand-mère	19	31,2	40	45,5	0,06
Tante	8	13,1	10	12,8	0,60
Soeur/frère	10	17,2	5	6,6	<b>0,05</b>
Ami(e)	0	0	0	0	
Données manquantes	8	11,4	2	2,2	
<b>Autre personne nourrissant l'enfant*</b>	n=70		n=93		
Grand-mère	23	37,1	38	43,2	0,30
Tante	8	13,6	10	12,8	0,50
Soeur/frère	8	13,3	11	14,3	0,50
Ami(e)	0	0	0	0	
Données manquantes	8	11,4	1	1,1	

\*% parmi les réponses disponibles

### 3.3.4. Appréciation par les femmes de leurs pratiques de nutrition infantile

La majorité des femmes enquêtées étaient satisfaites de leur pratique actuelle de nutrition infantile. Davantage de femmes infectées par le VIH que de femmes séronégatives ont exprimé le besoin de bénéficier de conseil et de soutien renforcés (9,9 vs 1,1%,  $p < 0,01$ ) (Tableau 66).

Tableau 66. Appréciation des pratiques de nutrition infantile actuelles, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
Satisfaction	15	21,1	32	34,4	<b>&lt;0,01</b>
Insatisfaction	7	9,9	15	16,1	
Contraintes financières au changement de pratiques	15	21,1	15	16,1	
Indisponibilité alimentaire	5	7,0	1	1,1	
Besoin de conseil/soutien	7	9,9	1	1,1	
Autre	7	9,9	1	1,1	
Pas de commentaires	16	22,5	27	29,0	
Données manquantes	3	4,1	2	2,1	

La plupart des femmes ayant cité un argument économique pour expliquer leur insatisfaction de nutrition infantile ont déclaré qu'elles aimeraient bénéficier de donations et d'aide alimentaire au bénéfice de leur enfant pour pouvoir les nourrir selon les recommandations des agents de santé : « le gouvernement devrait intervenir en matière d'alimentation complémentaire car souvent les enfants ne sont pas suffisamment nourris en raison des difficultés financières et des sécheresses ». Les femmes infectées par le VIH étaient particulièrement concernées par l'initiation d'un sevrage précoce sans risques pour l'état

nutritionnel de leur enfant. Certaines femmes ont également déclaré que le soutien dont elles avaient besoin pouvait prendre la forme d'initiatives génératrices de revenus, comme des jardins ou des petits étals de légumes, qui leur permettraient d'assumer elles-mêmes les dépenses alimentaires pour leur enfant.

Plus de trois-quarts des femmes ont déclaré vouloir améliorer le régime alimentaire de leur enfant car il leur semblait inadéquat. Les principales raisons pour lesquelles ce régime ne pouvait être changé étaient principalement d'ordre financier (Tableau 67).

Tableau 67. Désir de changer de pratique de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Volonté de nourrir son enfant différemment</b>	52	74,3	71	77,2	0,80
Données manquantes	1	1,4	0	0	
<b>Raisons expliquant cette volonté de changement*</b>	<i>n=52</i>		<i>n=71</i>		
Pratique actuelle trop onéreuse	1	2,4	1	1,8	0,70
Pratique actuelle perçue comme inadéquate	45	95,7	63	95,5	0,70
Conseil du professionnel de santé	2	4,7	1	1,8	0,40
Conseil de la famille/amis	1	2,3	1	1,8	0,70
Données manquantes	4	7,8	4	5,7	
<b>Raisons expliquant l'incapacité à nourrir différemment l'enfant*</b>	<i>n=52</i>		<i>n=71</i>		
Moyens financiers insuffisants	45	95,7	59	90,8	0,30
Aliments non disponibles	7	15,9	14	23,7	0,20
Données manquantes	5	9,6	6	8,5	

\* % parmi les réponses disponibles

### 3.3.5. Soutien en matière de nutrition infantile

#### A. L'aide alimentaire

La plupart des femmes interrogées ont bénéficié d'une aide alimentaire (plus de 60%), quel que soit leur statut sérologique. L'hôpital de Murambinda, UNICEF, Catholic Relief Services et Christian Care ont été les organisations donatrices les plus souvent mentionnées. Les aliments distribués étaient principalement le porridge et les haricots (Tableau 68).



Tableau 68. Aide alimentaire, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		P
	n	%	n	%	
<b>Bénéficiaire d'aide alimentaire</b>	52	74,3	56	60,9	0,10
Données manquantes	0	0	1	1,1	
<b>Organisme d'aide alimentaire*</b>	<i>n=52</i>		<i>n=56</i>		
MMH	27	69,2	4	9,5	<0,01
UNICEF	31	72,1	31	58,5	0,10
Catholic Relief Services	29	72,5	8	18,2	<0,01
Christian Care	24	92,3	37	88,1	0,40
Programme Alimentaire Mondial	24	85,7	23	51,1	<0,01
District AIDS Action Committee	3	10,0	0	0	0,07
Données manquantes	9	17,3	3	5,4	
<b>Type d'aide*</b>	<i>n=52</i>		<i>n=56</i>		
Lait artificiel	4	13,3	1	2,4	0,09
Porridge	46	93,9	45	90,0	0,40
Farine de maïs	23	62,2	30	62,5	0,60
Huile de cuisson	26	68,4	33	67,4	0,50
Haricots	37	84,1	33	67,4	0,05
Riz	18	78,3	6	24,0	<0,01
Données manquantes	3	5,8	6	10,7	

\* % parmi les réponses disponibles

Les produits alimentaires listés disponibles dans les foyers au moment de l'entretien étaient principalement la farine de maïs, le sel et les légumes. Moins de la moitié des femmes ont déclaré disposer d'huile de cuisson, de sucre, de pain ou de lait. Le coût de ces produits était la principale raison de leur non disponibilité dans les foyers (Tableau 69).

Tableau 69. Disponibilité alimentaire dans les foyers le jour de l'entretien, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Produits alimentaires disponibles*</b>					
Farine de maïs	65	91,6	84	90,3	0,50
Légumes	50	70,4	68	73,1	0,50
Huile de cuisson	25	35,2	32	34,4	0,40
Sel	60	84,5	86	92,5	0,10
Sucre	22	31,0	34	36,6	0,40
Pain	4	5,6	11	11,8	0,30
Lait	25	35,2	46	49,5	0,08
Données manquantes	0	0	0	0	
<b>Raison principale de non disponibilité*</b>					
Non disponible dans les magasins	9	18,8	13	22,8	0,40
Manque de ressources financières	69	98,6	79	92,9	0,09
Données manquantes	1	1,4	7	7,5	

\* % parmi les réponses disponibles

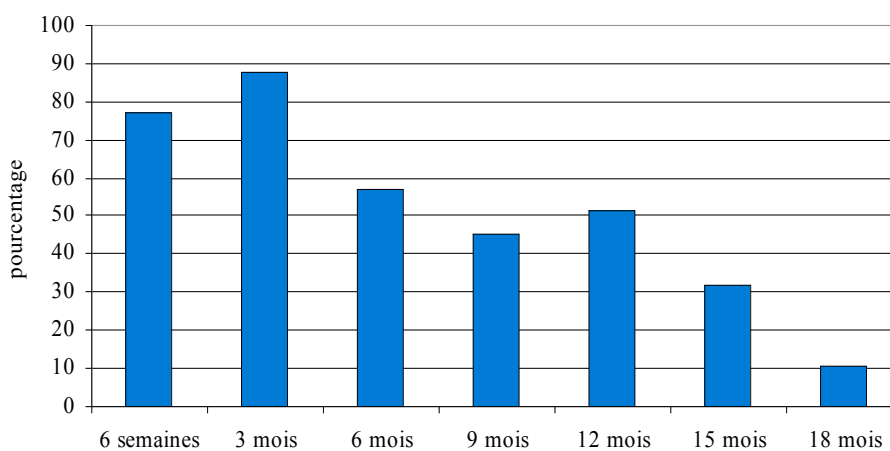
## Groupes de discussion

D'après les groupes de discussion, l'approvisionnement alimentaire était souvent problématique pour les mères, surtout en période d'insécurité alimentaire causée par la sécheresse. Tous les groupes ont admis que les enfants pouvaient être nourris de façon inadéquate ou inappropriée en raison de ces contraintes économiques. L'aide alimentaire des autorités du district et le soutien de la famille et du voisinage pouvaient contribuer à améliorer la santé de l'enfant. Tous les groupes ont recommandé que l'aide alimentaire soit adressée en priorité aux femmes infectées par le VIH. Le pré-requis au soutien de la communauté était la nécessité que les mères et familles infectées/affectées par le VIH révèlent leur statut sérologique.

### B. Les visites de suivi de PTME

Lors de l'entretien de l'enquête MMCHS de nutrition infantile, les femmes infectées par le VIH ont également été interrogées sur leur fréquentation des consultations de suivi à MMH, prévues afin de leur offrir un suivi médical et de services de conseil en nutrition infantile, entre autres. Le graphique 11 présente l'utilisation des visites de suivi de PTME prévues, montrant que neuf mois après l'accouchement, moins de 50% des femmes infectées par le VIH étaient suivies dans le cadre de l'initiative pilote de PTME.

Graphique 11. Couverture de visites de suivi de PTME après l'accouchement parmi les femmes infectées par le VIH, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.



Comme indiqué dans le tableau 70, le manque d'information sur le besoin de revenir à MMH et le manque de moyens financiers pour le transport jusqu'à MMH étaient les raisons

principales du non-suivi de PTME après l'accouchement. L'éloignement de MMH était plus fréquemment cité à mesure que les visites de suivi étaient tardives après l'accouchement.

*Tableau 70. Raisons expliquant l'absence de suivi de PTME après l'accouchement parmi les femmes infectées par le VIH, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.*

	6 semaines (n=22)		3 mois (n=17)		6 mois (n=16)		9 mois (n=14)		12 mois (n=11)		15 mois (n=5)		18 mois (n=3)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pas de ressources financières pour le transport	10	45,5	2	11,8	4	25,0	2	14,3	2	18,2	1	20,0	0	0
Pas connaissance du besoin de suivi	7	31,8	6	35,3	4	25,0	4	28,6	4	36,4	2	40,0	1	33,3
Oubli	1	4,5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autre	2	9,1	2	11,8	5	31,3	3	21,4	1	9,1	0	0	2	66,7
Loin de MMH	2	9,1	6	35,3	3	18,8	5	35,7	4	36,4	2	40,0	0	0
Perdu carte	0	0	1	5,9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Parmi les autres options proposées dans le questionnaire étaient le manque de temps, le manque de moyen de transport, l'absence d'adulte pour accompagner l'enfant, la peur de la stigmatisation, le fait que la femme n'ait informé personne de son statut sérologique. Aucune de ces options n'a été mentionnée par les femmes infectées par le VIH interrogées.

### C. La santé maternelle

Un cinquième des femmes interrogées ont déclaré avoir souffert de problèmes mammaires au cours des sept jours précédant l'entretien, principalement liés à l'inflammation des seins et aux douleurs pendant l'allaitement (Tableau 71).

Peu de femmes ont mentionné avoir été traitées pour ces douleurs mammaires (moins de 25%). Toutes les femmes traitées ont été soignées par une infirmière et ont reçu des médicaments anti-analgiques. Aucune différence statistiquement significative n'est apparue selon le statut sérologique des femmes enquêtées (Tableau 71).

Tableau 71. Santé mammaire, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Problèmes mammaires au cours des sept derniers jours</b>	17	23,9	16	17,2	0,20
Données manquantes	4	5,6	2	2,2	
<b>Type de problèmes*</b>	<i>n=17</i>		<i>n=16</i>		
Douleur pendant l'allaitement	2	11,8	9	56,3	0,08
Gonflement des seins	2	11,8	3	18,8	0,30
Rougeur des seins	3	17,7	2	12,5	0,40
Tétons douloureux	2	11,8	1	6,3	0,60
Tétons craquelés	0	0	1	6,3	0,60
Fièvre	12	70,6	7	43,8	<b>0,04</b>
Autre	7	87,5	4	50,0	0,10
Données manquantes	0	0	0	0	
<b>Traitement des problèmes mammaires</b>	<i>n=17</i>		<i>n=16</i>		
Oui	1	8,3	5	25,0	0,20
Données manquantes	5	7,0	2	2,2	

\*% parmi les réponses disponibles

L'utilisation d'un contraceptif au moment de l'entretien parmi les femmes interviewées était inférieure à 80% et significativement plus élevée parmi les femmes séronégatives que parmi les femmes infectées par le VIH (80,7 vs 60,9%,  $p<0,01$ ). La pilule et le préservatif étaient les contraceptifs les plus fréquemment mentionnés. Les femmes infectées par le VIH étaient plus à même d'utiliser les préservatifs (31,0 vs 4,1%) et moins à même d'utiliser la pilule (54,8 vs 83,8%) que les femmes séronégatives ( $p<0,01$ ) (Tableau 72).

Tableau 72. Pratiques contraceptives, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		P
	n	%	n	%	
<b>Utilisation actuelle d'un contraceptif</b>	42	60,9	75	80,7	<b>&lt;0,01</b>
Données manquantes	1	1,4	0	0	
<b>Type de contraceptif</b>	<i>n=42</i>		<i>n=75</i>		
Pilule	23	54,8	62	83,8	<b>&lt;0,01</b>
Préservatifs	13	31,0	3	4,1	
Injection	3	7,1	5	6,8	
Autre	3	7,1	7	9,3	
Données manquantes	0	0	1	1,3	
<b>Raisons pour l'absence de contraception</b>	<i>n=28</i>		<i>n=18</i>		
Pas de partenaire sexuel	11	39,3	2	11,8	<b>0,03</b>
N'aime pas utiliser de contraceptif	6	25,0	3	17,7	
Désir d'une autre grossesse	0	0	2	11,8	
Pas de raison spécifique	1	4,2	3	17,7	
Autre	6	25,0	7	41,2	
Données manquantes	4	14,3	1	5,6	

La raison principale de non utilisation d'un contraceptif était l'absence de partenaire sexuel, et en proportion plus significative parmi les femmes infectées par le VIH que parmi les femmes séronégatives (39,3 vs 11,8%,  $p=0,03$ ).

## D. L'éducation, le conseil et le soutien en matière de nutrition infantile

La plupart des femmes interviewées ont mentionné avoir eu des discussions en matière de nutrition infantile, que ce soit avec le personnel de santé ou leur famille (Tableau 73). Les discussions avec l'équipe de PTME ont été plus souvent mentionnées par les femmes infectées par le VIH que les femmes séronégatives (76,0 vs 53,7%,  $p=0,02$ ). Davantage de femmes séronégatives qu'infectées par le VIH ont mentionné avoir discuté avec d'autres agents de santé (93,2 vs 71,2%,  $p<0,01$ ). La majorité des femmes (plus de 98%) ont déclaré que ces discussions leur fournissaient des informations utiles et leur permettaient de faire des choix appropriés en matière de nutrition infantile. Peu de femmes ont déclaré avoir bénéficié de visites à domicile (moins de 18%).

Tableau 73. Education, conseil et soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.

N=164	VIH+ (n=71)		VIH- (n=93)		p
	n	%	n	%	
<b>Discussions en matière de nutrition infantile</b>	55	78,6	62	66,7	0,10
Données manquantes	1	1,4	0	0	
<b>Discussions avec*</b>	<i>n=55</i>		<i>n=62</i>		
Equipe PTME	38	76,0	29	53,7	<b>0,02</b>
Autres professionnels de santé	37	71,2	55	93,2	<b>&lt;0,01</b>
Amis	7	18,0	4	8,0	0,20
Données manquantes	3	5,5	1	1,6	
<b>Appréciation discussions</b>	<i>n=55</i>		<i>n=62</i>		
Utile	54	98,2	60	100	0,50
Inutile	1	1,8	0	0	
Données manquantes	0	0	2	3,2	
<b>Type d'utilité</b>	<i>n=54</i>		<i>n=60</i>		
Fournit des informations nouvelles	50	89,3	56	94,9	0,60
Aide à la décision	44	78,8	40	67,8	0,20
Données manquantes	0	0	1	1,7	
<b>Reçu éducation en matière de...*</b>	<i>n=33</i>		<i>n=36</i>		
Expression lait maternel	21	65,6	15	41,7	<b>0,02</b>
Chauffage lait maternel	18	56,3	7	19,4	<b>&lt;0,01</b>
Préparation lait artificiel	12	36,4	11	30,6	0,20
Préparation lait modifié à domicile	20	62,5	29	80,6	0,40
Données manquantes	6	18,2	6	16,7	
<b>Reçu visites à domicile</b>	8	11,4	16	17,2	0,40
Données manquantes	1	1,4	0	0	
<b>Agent de visite à domicile*</b>	<i>N=8</i>		<i>N=16</i>		
Agent de santé communautaire	6	75,0	12	85,7	0,60
Infirmière	0	0	3	37,5	0,20
Conseiller	2	33,3	0	0	0,20
Autre	5	71,4	5	45,5	0,40
Données manquantes	0	0	2	12,5	

\* % parmi les réponses disponibles

Il est apparu des différences importantes en matière d'éducation sur les alternatives à l'allaitement maternel. Davantage de femmes infectées par le VIH que les femmes séronégatives ont rapporté avoir appris à exprimer (65,6 vs 41,7%,  $p=0,02$ ) et pasteuriser le lait maternel (56,3 vs 19,4%,  $p<0,01$ ). Curieusement, les femmes infectées par le VIH étaient moins à même que les femmes séronégatives à déclarer avoir été éduquées sur la préparation du lait artificiel modifié à la maison mais cette différence n'était pas statistiquement significative (80,6 vs 62,5% ( $p=0,40$ )) (Tableau 73).

### *Groupes de discussion*

Tous les groupes de discussion ont approuvé l'importance du soutien familial dans l'adoption de pratiques de nutrition infantile appropriées. Les groupes des sages-femmes traditionnelles et des femmes âgées ont souligné que leur aide n'était pas souvent demandée par les femmes venant d'accoucher. Bien qu'elles se sentent en mesure d'apporter un soutien et des conseils en matière de nutrition infantile aux jeunes mères, elles ne souhaitaient pas intervenir.

L'éducation et l'information données par les professionnels de santé étaient jugées insuffisantes car accessibles uniquement dans les centres de santé, et les activités d'éducation mises en œuvre par les agents de santé communautaires jugées peu crédibles. Les groupes de discussion ont suggéré que les professionnels de santé eux-mêmes conduisent des activités communautaires d'éducation sur la nutrition infantile.

*Les pratiques de nutrition infantile documentées au cours de cette enquête communautaire ont illustré une influence des messages diffusés au cours de la période péri-partum et du conseil offert dans le contexte des services de PTME. Les différences observées entre les femmes infectées par le VIH et les femmes séro-négatives ont illustré une lente mais réelle tendance vers l'adoption de certaines pratiques de nutrition infantile recommandées par le système de santé. Bien qu'aucune femme n'ait pratiqué un allaitement artificiel, et que les pratiques d'allaitement maternel exclusif n'aient pu être estimées, les femmes infectées par le VIH ont eu tendance à introduire une alimentation complémentaire après six mois et donc à limiter la pratique de l'allaitement mixte démontrée comme aggravant le risque de TME du VIH. Le contexte économique est apparu comme un facteur important de décision en matière de nutrition infantile. Le rôle des membres de la famille et des traditions*

*socioculturelles a été mentionné, mais dans une moindre mesure. Le suivi post-partum des femmes ayant accouché à MMH a révélé les faiblesses de l'utilisation des services de soutien en matière de nutrition infantile, que ce soit en termes de suivi médical ou de soutien psychologique pour le maintien de pratiques de nutrition infantile à moindres risques. La disponibilité et l'adaptabilité des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile ont été étudiées au cours d'une enquête qualitative, conduite avec des professionnels de santé du district de Buhera, et dont les résultats sont présentés ci-dessous.*

### 3.4 PERCEPTIONS DES SERVICES D'ÉDUCATION ET DE SOUTIEN EN MATIÈRE DE NUTRITION INFANTILE

L'enquête IFES (*Infant Feeding Education and Support*) a été conduite en août 2004 auprès de professionnels de santé du district de Buhera. Il s'agissait d'évaluer leur connaissance et leur appréciation des services d'éducation et de soutien de matière de nutrition infantile disponibles dans le district ; de recueillir leurs perceptions sur l'offre de services de d'éducation, de conseil et de soutien en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH ; et de documenter leurs suggestions pour améliorer la couverture de ces services.

Un total de 26 informateurs-clés ont été interrogés en entretiens approfondis : quatre représentants des autorités de santé du district, 11 infirmières en chef de MMH et 11 infirmières du district de Buhera (Tableau 74).

Tableau 74. Caractéristiques sociodémographiques des informateurs-clés interrogés, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

N=26	n	%
<b>Type d'informateur</b>		
Autorité de santé	4	15,4
Infirmière en chef	11	42,3
Infirmière	11	42,3
<b>Sexe</b>		
Femme	17	65,4
Homme	9	34,6
<b>Age (années)</b>		
Moins de 35	58	16,0
35-45	172	49,6
46-55	97	27,6
Plus de 55	24	6,7
<i>Médiane (Intervalle interquartile)</i>		40,0 (36-56)
<b>Statut marital</b>		
Marié(e)	18	69,2
Célibataire	3	11,5
Veuf	5	19,2
<b>Éducation</b>		
Secondaire	13	52,0
Supérieure	12	48,0
Données manquantes	1	3,8

L'âge médian des enquêtés était de 40 ans. La plupart étaient mariés (69.2%) et près de la moitié avaient atteint un niveau d'éducation supérieure (Tableau 74).



### 3.4.1 Description des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile existants dans le district de Buhera

#### A. Les objectifs et l'offre des services

Les informateurs-clés ont été interrogés sur leur compréhension du concept de « services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile », devant sélectionner et classer par ordre d'importance un certain nombre de réponses prédéfinies. L'éducation de groupe, l'éducation des communautés et le conseil ont été les type de services les plus souvent mentionnés, tandis que les visites à domicile ont été peu citées (Tableau 75).

Tableau 75. Composantes des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

<b>N=52</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Deux premières composantes listées</i>		
Education de groupe	12	23,1
Education des communautés	12	23,1
Conseil	11	21,1
Formation	8	15,4
Consultation médicale	3	5,8
Soutien psychologique	3	5,8
Visites à domicile	2	3,8
Aide alimentaire	1	1,9
Orientation vers des groupes de soutien communautaires	0	0

D'après les informateurs-clés enquêtés, les objectifs principaux de ces différents services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile étaient de fournir de nouvelles informations aux femmes, de leur permettre de prendre leurs propres décisions en matière de nutrition infantile, et d'améliorer les pratiques de nutrition infantile au sein des communautés locales (Tableau 76).

Tableau 76. Objectifs des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

N=52	n	%
<i>Deux premiers objectifs mentionnés</i>		
Permettre aux mères de prendre leurs propres décisions	18	34,6
Fournir de nouvelles informations aux mères	13	25,0
Améliorer les pratiques de nutrition au sein des communautés	11	21,2
Garantir une approche culturelle aux questions de nutrition infantile	3	5,8
Renforcer les compétences des mères	2	3,8
Fournir du matériel d'IEC	2	3,8
Fournir de nouvelles informations aux familles	1	1,9
Renforcer le soutien communautaire	1	1,9
Fournir une aide alimentaire	1	1,9

L'allaitement maternel exclusif a été la thématique d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile citée en priorité. Les informateurs-clés ont également mentionné la position d'allaitement et les pratiques d'allaitement à moindres risques. La santé mammaire ou la santé buccale de l'enfant ont été très rarement listés parmi les premières thématiques d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile (Tableau 77).

Tableau 77. Thématiques d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

N=52	n	%
<i>Deux premières thématiques mentionnées</i>		
Allaitement maternel exclusif	19	37,3
Position d'allaitement	11	21,6
Pratiques d'allaitement à moindres risques	11	21,6
Durée d'allaitement	4	7,8
Inquiétudes de la mère	3	5,9
Allaitement mixte	1	2,0
Alimentation de sevrage	1	2,0
Santé mammaire	1	2,0
Santé buccale de l'enfant	0	0
Environnement familial favorable	0	0
Cessation de l'allaitement maternel	0	0
Données manquantes	1	1,9

## B. La disponibilité et l'utilisation des services

Les informateurs clés ont été interrogés sur la disponibilité et l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile au sein du district de Buhera.

Tous les informateurs-clés ont déclaré que les infirmières étaient les principales dispensatrices des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Les agents de santé villageois, les nutritionnistes, les conseillers et les agents de santé communautaires ont

également été cités. Les agents non formés (volontaires, membres des ONG) ont été peu mentionnés (Tableau 78)

*Tableau 78. Types de personnels dispensant des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.*

<b>N=26</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Infirmière	24	96,0
Agent de santé villageois	20	76,9
Nutritionniste	18	72,0
Conseiller	17	68,0
Agent de santé communautaire	15	62,5
Groupe de soutien	14	58,3
Sage-femme traditionnelle	13	52,0
Agent de soins à domicile	10	40,0
Famille/amis	9	36,0
Pairs	8	32,0
Médecin	8	32,0
Autre conseiller	7	31,8
Membre d'ONG	5	20,8
Volontaire	4	17,4
Psychologue	2	8,7

\* Plusieurs réponses possibles

D'après les informateurs-clés, les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile sont adressés principalement aux femmes et dispensés pendant la grossesse. Le suivi post-partum au long terme (plus de 12 mois après la naissance) a été peu mentionné (Tableau 79).

*Tableau 79. Période privilégiée de l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.*

<b>N=26</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Pendant la grossesse	26	100
Après l'accouchement	23	92,0
Pendant les six premiers mois post-partum	20	80,0
Pendant la première année de vie de l'enfant	14	58,3
Après la première année de vie de l'enfant	7	29,2
Dès que la mère le demande au centre de santé	24	96,0

\* Plusieurs réponses possibles

La régularité de l'offre des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile n'a pas été définie précisément par les informateurs-clés. D'après eux, ces services étaient dispensés dès que les femmes se rendaient à la clinique (n=19) et offerts dans la salle de conseil ou en consultation externe pédiatrique. Seulement 12 répondants ont répondu que ces services étaient offerts à domicile (Tableau 80). Les autres localisations citées étaient les réunions communautaires, les églises et les écoles.

Tableau 80. Localisation de l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

<b>N=26</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Dans la salle de conseil (clinique) (n=26)	25	96,2
Consultation externe pédiatrique (clinique) (n=26)	23	88,5
Au centre de conseil et dépistage de VIH (n=24)	18	75,0
Dans un centre communautaire (n=24)	13	54,2
A domicile (n=25)	12	48,0
Auprès d'une ONG (n=23)	5	21,7

\* Parmi les réponses disponibles, plusieurs réponses possibles

D'après les informateurs-clés, les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile étaient offerts en centre de santé pour être accessibles aux femmes. La clinique dispose des ressources humaines adéquates et permet d'offrir un endroit neutre où rencontrer la mère seule. Le tableau 81 présente les principaux éléments d'accessibilité mentionnés par les personnes enquêtées : la gratuité, l'offre intégrée (offerts dans les mêmes structures que d'autres services de santé), la proximité et la promotion adéquate.

Tableau 81. Eléments d'accessibilité des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

<b>N=20</b>	<b>n*</b>	<b>%</b>
Gratuité (n=20)	19	95,0
Intégration (offerts dans la même structure que d'autres services de santé) (n=20)	19	95,0
Promotion adéquate (n=19)	15	75,0
Proximité	15	79,5
Nombreuses structures (n=19)	9	47,4
Importantes ressources humaines formées (n=19)	6	31,5
Importantes ressources humaines (n=18)	4	22,2

\* Parmi les réponses disponibles, plusieurs réponses possibles

Deux-tiers des informateurs-clés (n=16) ont donc déclaré que les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile n'étaient pas accessibles à toutes les femmes, notamment à celles qui vivaient trop loin des centres de santé (n=4), celles qui n'avaient pas accès aux services prénatals et de PTME et celle qui étaient pauvres (manque de ressources pour le transport jusqu'à la clinique).

### C. La participation du partenaire et de la famille aux services

D'après la moitié des informateurs-clés (n=13), si les femmes étaient les cibles principales des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, leurs partenaires étaient également impliqués en ayant des discussions avec les mères en leur offrant leur soutien financier. Seuls cinq informateurs-clés ont déclaré que les partenaires décidaient des pratiques de nutrition infantile. La participation des autres membres de la famille consistait essentiellement en un soutien psychologique aux mères (Tableau 82).

Tableau 82. Participation des partenaires et autres membres de la famille aux services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

	Partenaire (n=13)		Autres membres de la famille (n=14)	
	n	%	n	%
<b>Type de participation</b>				
<i>Deux premières réponses mentionnées</i>	<i>n=26</i>		<i>n=28</i>	
Soutien psychologique de la mère	4	15,4	11	39,3
Discussions autour des pratiques de nutrition infantile	9	34,6	9	32,1
Soutien financier	8	30,8	5	17,9
Décision des pratiques de nutrition infantile	5	19,2	3	10,7
<b>Raisons du manque de participation</b>				
<i>Deux premières réponses mentionnées</i>	<i>n=26</i>		<i>n=28</i>	
Partenaire pas sollicité	5	27,8	9	37,5
Mère refuse	5	27,8	8	33,3
Pression des autres membres de la famille	2	11,1	4	16,7
Pression des amis	2	11,1	2	8,3
Attitudes des agents de santé	2	11,1	0	0
Attitudes des agents de santé communautaires	2	11,1	0	0
Données manquantes	8	30,8	5	17,8
<b>Besoin de participation</b>				
<i>Deux premières réponses mentionnées</i>	<i>n=26</i>		<i>n=28</i>	
Parent ayant besoin d'être informé	22	42,3	17	34,0
Influence sur les pratiques de nutrition infantile	10	19,2	16	32,0
Ressources financières	6	11,5	10	20,0
Soutien à la mère	14	26,9	6	12,0
Norme socioculturelle	0	0	1	2,0

Les principales raisons expliquant l'absence d'implication des partenaires et autres membres de la famille dans les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile étaient qu'ils n'étaient pas sollicités et que les mères refusaient leur participation (Tableau 82). D'après les informateurs-clés, les mères se rendaient souvent seules au centre de santé et ne considéraient pas que la participation de leur partenaire soit importante (manque d'information). Ils ont également mentionné que fait que les femmes infectées par le VIH, refusaient de partager leur résultat sérologique avec leur partenaire.

Tous les informateurs-clés ont recommandé la participation des partenaires aux services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Les questions de nutrition infantile concernent la famille entière, et le partenaire dispose des ressources financières et d'une autorité susceptibles d'influencer les pratiques de nutrition infantile.

### **3.4.2 Evaluation des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile**

---

#### **A. Quelle acceptabilité des services par les familles et communautés ?**

Les informateurs-clés ont été interrogés sur l'acceptabilité, par les familles et les communautés, des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Les réponses étaient principalement liées à l'acceptabilité des recommandations de nutrition infantile dans le contexte du VIH.

La majorité des informateurs-clés (n=18) ont déclaré que les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile étaient socialement et culturellement acceptables. Les familles et communautés étaient conscientes des conséquences dévastatrices de l'épidémie du VIH. Les interventions et démarches des mères ayant pour objectif la réduction des conséquences du VIH/SIDA étaient acceptables : *« ces services sont maintenant acceptés car certaines mères adoptent différentes pratiques de nutrition infantile sans peur »*.

D'après les personnes interrogées, les mères étaient encouragées par leurs familles et leurs amis à bénéficier de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Tous désiraient ce qu'il y a de mieux pour la survie de l'enfant et pouvaient observer les conséquences visibles des services d'éducation et de soutien (soutien psychologique, soutien financier). Certaines familles exprimaient leur soutien aux mères en les accompagnant aux centres de santé ou en prenant soin d'elles eux-mêmes. Enfin, les familles savaient que l'aide alimentaire apportée parfois aux mères était souvent partagée avec les familles.

La majorité des informateurs-clés (n=21) ont affirmé que certains personnels dispensant les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile étaient davantage acceptés dans la communauté que d'autres. Les infirmières étaient privilégiés

(n=20). Les conseillers VIH, les médecins et les agents de santé villageois, soit des professionnels de santé, ont également été mentionnés.

## **B. Quelle influence des services sur les pratiques de nutrition infantile ?**

La plupart des informateurs-clés (n=19) ont déclaré que les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile aidaient les femmes à adopter et à préserver leurs choix en matière de nutrition infantile. La réponse la plus fréquente était le fait que l'éducation permettait aux mères de comprendre pleinement les enjeux des pratiques de nutrition infantile sur la santé de leur enfant et de faire des « *choix éclairés* ». Les informateurs-clés ont souligné que la capacité des femmes à préserver leurs choix de nutrition infantile dépendait largement de la disponibilité de services de soutien continus : « *si l'éducation en matière de nutrition infantile est claire et si les mères bénéficient d'un soutien continu alors elles pourront adopter et maintenir les pratiques qu'elles auront choisies* ».

Les informateurs-clés ont été interrogés sur les facteurs d'influence des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile sur les pratiques de nutrition infantile.

Parmi les facteurs positifs, la qualité de l'éducation offerte est apparue comme un facteur d'influence essentiel. Les compétences de l'éducateur, une « *personne instruite* » et diffusant des messages exacts, ont été soulignées (n=4). Le type de langage et l'attitude des professionnels de santé ont également été cités comme des facteurs augmentant l'impact de l'éducation en matière de nutrition infantile. Le deuxième facteur d'influence listé par les informateurs-clés était le caractère pratique des informations fournies aux mères. « *Des objectifs rationnels* », tels l'éducation en matière d'allaitement maternel exclusif, « *pratique facile et peu coûteuse à adopter* », sont à même d'avoir un impact sur les choix des mères en matière de nutrition infantile. Enfin, le niveau d'éducation des mères a été souligné comme favorisant la compréhension et l'influence des messages éducatifs en matière de nutrition infantile.

Les facteurs limitants mentionnés par les informateurs-clés concernaient principalement les femmes infectées par le VIH. L'existence d'un soutien financier permettait aux mères d'opter plus facilement pour un allaitement de substitution, notamment le lait artificiel, alors que les

femmes ayant des ressources financières limitées pouvaient être contraintes à adopter des pratiques de nutrition infantile qu'elles n'avaient pas choisies. L'influence du soutien offert aux femmes pouvait être limitée par l'attitude de la famille et des communautés : « *si une mère choisit de pratiquer l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois mais n'a pas informé la famille et la communauté de son statut sérologique, le soutien qu'elles reçoivent [manque de soutien] rend plus difficile la pratique de l'allaitement maternel exclusif* ».

### **C. Quelle perception de l'adéquation des services aux besoins de la communauté ?**

La plupart des informateurs-clés (n=19) ont déclaré que le suivi offert aux femmes dans le cadre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile était inadéquat. Une large proportion de la population du district de Buhera ne connaissait toujours pas l'existence de ces services et de nombreux mythes et malentendus en matière de nutrition infantile persistaient.

La principale inadéquation était le manque de ressources humaines, en particulier le manque de personnel formé susceptible d'assurer le suivi et la supervision des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile dans la communauté : « *il y a peu de personnel formé dans les cliniques et la surcharge de travail limite la capacité à offrir des services de soutien* ». Les femmes les plus vulnérables n'avaient pas accès aux centres de santé pour bénéficier des services d'éducation et de soutien. Trop peu d'agents de santé communautaire étaient disponibles et formés à dispenser les services dans la communauté ou à domicile.

Tous les informateurs-clés (n=26) ont déclaré que davantage de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile étaient donc nécessaires dans le district de Buhera. Il s'agissait d'améliorer la disponibilité des services d'éducation en groupe, d'éducation communautaire, de formation et de conseil, afin de discuter des questions d'allaitement maternel exclusif, de la position adéquate d'allaitement maternel et des modalités d'allaitement maternel à moindres risques. Ces services devaient être dispensés dans les centres de santé (75%), et être offerts par des infirmières, des conseillers, des nutritionnistes ou des sages-femmes traditionnelles. Toutes les femmes, quel que soit leur statut sérologique, devaient pouvoir bénéficier de ces services, et ce de façon régulière, en



réponse à la progression des connaissances en matière d'allaitement et VIH, et des recommandations révisées à promouvoir régulièrement.

### **3.4.3 Perception des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH/SIDA**

---

Les personnes interrogées ont partagé des avis divergents sur l'acceptabilité, dans la communauté, de **pratiques de nutrition infantile différentes suivant le statut sérologique** des femmes.

La majorité des informateurs-clés (n=16) ont déclaré que la communauté du district de Buhera acceptait que les pratiques de nutrition infantile puissent être différentes entre les femmes infectées par le VIH et les femmes séronégatives. La communauté avait conscience de la forte prévalence de l'infection par le VIH dans le pays et du risque de TME du VIH par l'allaitement maternel. La mobilisation communautaire avait contribué à diffuser des messages éducatifs et encouragé l'acceptabilité des services de PTME : *« ils acceptent ces services car ils les connaissent »*. Les communautés pouvaient observer la bonne santé d'enfants nés de mères ayant participé au programme de PTME, en particulier des mères ayant adopté les pratiques de nutrition infantile recommandées. *« La communauté accepte toute option de nutrition infantile recommandée par un professionnel de santé »*.

La plupart des arguments invoqués par les dix informateurs-clés moins convaincus de l'acceptabilité de pratiques de nutrition infantile différentes suivant le statut sérologique des mères avaient trait au manque de connaissance de la population locale. D'après les répondants, le niveau d'information de la communauté en matière de VIH et de TME du VIH était insuffisant. Certains ont déclaré par exemple que la communauté ne comprenait pas que la santé maternelle pouvait influencer les pratiques de nutrition infantile. La croyance était que tous les enfants devaient être allaités, et ceci avait été promu dans la communauté bien avant l'ère du VIH. Le concept d'alternatives à l'allaitement maternel était donc peu compris. L'adoption de pratiques de nutrition infantile non *« standard »* (autres que l'allaitement maternel) pouvait être interprétée comme un ensorcellement de la mère, et non comme une pratique de prévention.

La plupart des personnes interrogées ont reconnu que l'appréciation et l'acceptabilité de la communauté en matière de nutrition infantile n'étaient pas forcément uniformes et dépendaient largement du niveau de revenu, des normes socioculturelles et de la religion des membres de la communauté. Ceci peut expliquer en partie que les réponses des informateurs-clés soient partagées.

Les informateurs clés ont ensuite été interrogés sur le **type de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile requis par les femmes en fonction de leur statut sérologique.**

La plupart des informateurs-clés ont déclaré que la première forme d'éducation et de soutien nécessaire aux femmes séronégatives était l'information sur le VIH/SIDA, l'éducation sur des mesures de prévention et de préservation de leur statut séronégatif. Deux informateurs-clés ont même déclaré que : « *les femmes doivent être encouragées à réaliser un test de dépistage du VIH tous les trois mois* ». Les informateurs-clés ont recommandé en particulier que les mères aient accès à des services de planning familial, au conseil continu pour encourager l'utilisation de préservatifs et l'adoption de pratiques sexuelles sans risques.

La quasi-totalité des informateurs-clés (n=24) pensaient que les femmes infectées par le VIH avaient davantage besoin de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile que les femmes séronégatives. Les femmes infectées par le VIH étaient exposées au risque de transmission du VIH par le lait maternel et par conséquent devaient bénéficier d'une éducation plus approfondie et d'un soutien continu : « *elles ont besoin de davantage de soutien car elles sont à risque* », « *les femmes infectées par le VIH ont besoin de davantage d'éducation si elles adoptent l'allaitement artificiel* ». Les informateurs-clés ont souligné l'importance de l'éducation sur les différentes options de nutrition infantile offertes aux femmes infectées par le VIH : la préparation d'alternatives à l'allaitement maternel telles que l'expression et la pasteurisation du lait maternel ; les pratiques d'allaitement maternel à moindres risques et l'introduction adéquate d'aliments complémentaires. Les informateurs-clés ont mis en valeur l'importance, pour les femmes infectées par le VIH, d'accéder aux centres de santé pour les visites de suivi médical, afin de bénéficier notamment de conseils nutritionnels et de prophylaxie des maladies opportunistes. Dans le cas de complications médicales ou de doutes quant à leur pratique de nutrition infantile, elles devaient pouvoir rapidement avoir accès à un avis médical, particulièrement en termes de santé mammaire et de

santé buccale de l'enfant. Le suivi a été souligné comme facteur fondamental de prévention du VIH, les femmes infectées par le VIH, mais aussi séronégatives, ayant besoin de conseil continu, d'éducation en matière de pratiques sexuelles sans risques notamment sur l'utilisation de préservatifs et de protection double (préservatifs et méthode contraceptive). Le soutien continu pour une approche positive de la vie a été mentionné, que ce soit en termes de soutien psychologique ou de soutien matériel (éducation nutritionnelle, aide alimentaire).

Deux informateurs-clés ont pensé que les femmes infectées par le VIH et les femmes séronégatives avaient besoin du même niveau d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Toute femme devrait bénéficier de messages éducationnels et de soutien pour adopter des pratiques de nutrition infantile adéquates. De plus, les femmes séronégatives pouvaient être dans la fenêtre de séroconversion et donc avoir également besoin d'un suivi particulier. L'importance de prévenir toute forme de stigmatisation a également été mentionnée.

La plupart des informateurs-clés (n=19) ont déclaré qu'il existait des contraintes à l'utilisation de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile par les femmes infectées par le VIH. Outre les barrières géographiques et financières qui concernent l'ensemble des femmes, l'absence de partage du statut sérologique de la mère infectée par le VIH pouvait contribuer au manque d'acceptabilité et de soutien des familles et par conséquent à la difficulté, pour les mères, d'adopter de nouvelles pratiques de nutrition infantile.

#### **3.4.4 Description des services de conseil en matière de nutrition infantile**

---

Les informateurs-clés ont été interrogés sur une forme particulière d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, le conseil en nutrition infantile. Ils ont défini ce conseil comme un moyen de partager l'information, de discuter et d'assister les femmes dans leurs choix de nutrition infantile (Tableau 83).

Tableau 83. Composantes du conseil en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

N=52	n	%
<i>Deux premières réponses données</i>		
Partage d'information	21	42,0
Aide à la décision	13	26,0
Discussion	8	16,0
Renforcement de la confiance en soi	5	10,0
Soutien continu	2	4,0
Réponse à des questions	1	2,0
Enseignement	0	0
Soutien ponctuel	0	0
Données manquantes	2	3,8

D'après les informateurs-clés enquêtés, les objectifs principaux du conseil en matière de nutrition infantile étaient de donner de nouvelles informations aux femmes et leur permettre de prendre des décisions informées en matière de nutrition infantile. Ces objectifs étaient comparables à ceux de l'ensemble des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile (Tableau 77).

La thématique discutée en priorité lors du conseil en matière de nutrition infantile était, d'après les personnes enquêtées, l'allaitement maternel exclusif. Les pratiques d'allaitement à moindres risques et la position correcte lors de l'allaitement ont également été citées (Tableau 84).

Tableau 84. Thématiques abordées par le conseil en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.

N=52	n	%
<i>Deux premières thématiques mentionnées</i>		
Allaitement maternel exclusif	15	29,4
Pratiques d'allaitement à moindres risques	13	25,5
Position d'allaitement	10	19,6
Inquiétudes de la mère	4	7,8
Durée d'allaitement	2	3,9
Alimentation de sevrage	2	3,9
Santé mammaire	2	3,9
Santé buccale de l'enfant	2	3,9
Environnement familial favorable	1	2,0
Allaitement mixte	0	0
Cessation de l'allaitement maternel	0	0
Données manquantes	1	1,9

Au moment de l'enquête IFES, vingt informateurs-clés avaient été formés au conseil en matière de nutrition infantile et la majorité par le MOH/CW (n=16). La plupart des informateurs-clés avaient été formés plus de six mois avant l'entretien (n=17). Les six

informateurs-clés qui n'avaient pas été formés au conseil en matière de nutrition infantile ont déclaré que c'était en raison du manque d'opportunité.

Parmi les informateurs-clés formés, la plupart (n=18) ont déclaré dispenser des services de conseil en matière de nutrition infantile. L'absence de services de PTME dans leur centre de santé expliquait que l'un des deux informateurs formés ne délivrait pas ce service.

Les 18 informateurs-clés formés au conseil en matière de nutrition infantile ont décrit leur activité comme suit : présentation et discussion autour des différentes options de nutrition infantile, démonstration de pratiques spécifiques, renforcement de la confiance des femmes à choisir une pratique de nutrition infantile adéquate et définition, avec les mères, de solutions pratiques pour améliorer leurs stratégies de nutrition infantile.

La plupart des informateurs-clés (n=15) ont déclaré offrir leurs services de conseil en nutrition infantile dans les centres de santé. Trois informateurs-clés ont également mentionné que le conseil était dispensé à domicile. La plupart des informateurs-clés formés (n=15) ont estimé conseiller cinq femmes par semaine maximum lors de séances de conseil d'une durée moyenne de 30 mn maximum.

### **3.4.5 Recommandations pour les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile**

---

Les informateurs-clés ont été interrogés sur leurs suggestions pour améliorer les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile dispensés dans le district de Buhera. L'amélioration des ressources humaines, l'augmentation de la capacité de formation du personnel de santé (infirmières, sages-femmes traditionnelles), ainsi que des activités d'éducation dans les familles et les communautés ont été les deux principales recommandations listées. L'éducation en matière de nutrition infantile devait être considérée comme une composante essentielle des activités de promotion de la santé de l'enfant : « *la nutrition infantile devrait être discutée lors de chaque séance d'éducation pour la santé, dans tous les centres de santé* ». Les questions de nutrition infantile devaient être intégrées au sein de la formation des infirmières, des médecins, d'autres agents de santé tels les agents de santé villageois ou communautaires, ou les sages-femmes traditionnelles. Les activités d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile conduites dans la communauté devaient

également être renforcées, avec davantage de visites à domicile permettant l'éducation des familles, et le soutien à la création de groupes de soutien.

La plupart des informateurs-clés interrogés pensaient que les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile n'étaient pas suffisamment intégrés dans la communauté. Le niveau de connaissance de la communauté était trop faible et le nombre de personnel formé insuffisant. Les équipes mobiles n'existant pas, trop de membres de la communauté n'avaient pas accès aux services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile.

*Les professionnels de santé interrogés ont fait part d'une vision positive, bien que nuancée, des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile disponibles dans le district de Buhera. Ces services ont pour objectif de soutenir toutes les femmes, quel que soit leur statut sérologique, dans l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques, mais ont également pour mission la sensibilisation des communautés. Le fait que la plupart des services de conseils et de soutien ne soient disponibles qu'en centre de santé et peu détachés dans la communauté explique, entre autres, les difficultés rencontrées par les mères à utiliser ces services ainsi que les attitudes parfois méfiantes des populations locales envers des femmes ayant adopté des pratiques d'allaitement « différentes » des normes sociales. Le système de santé est présenté ici comme un agent essentiel du changement et d'amélioration de la couverture et de qualité des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Nous discuterons plus en détails dans le chapitre quatre de discussion générale des contradictions entre la volonté du MOH/CW et de ses professionnels de santé de conserver la responsabilité des questions relatives aux pratiques de nutrition infantile, et le contexte national de dégradation économique et psychologique du secteur de la santé.*

*Synthèse de l'ensemble des résultats de nos quatre études de recherche opérationnelle.*

L'ensemble des études de recherche opérationnelles que nous avons conduites de juin 2001 à août 2004 dans le district de Buhera nous a permis d'apprécier certaines des contraintes programmatiques et socioculturelles à la mise en œuvre et à l'utilisation des interventions de PTME telles que recommandées par le programme national.

Le monitoring détaillé des activités de PTME proposées à MMH a montré une acceptabilité croissante de ces services, meilleure que celle documentée dans d'autres contextes ruraux à la même période. La couverture en services de conseil et dépistage prénatal du VIH, l'étape la plus délicate sur les plans psychologiques et sociaux, s'est maintenue autour de 75-90% tout au long de la période d'étude. Pourtant, nous verrons dans le chapitre quatre que les conditions socioéconomiques de gestion de l'infection par le VIH au Zimbabwe, surtout parmi les femmes, sont particulièrement complexes. L'intervention médicalisée de PTME, la prise de la prophylaxie ARV, s'est révélée largement insuffisante et difficile à monitorer. Nous verrons que dans un contexte où l'efficacité du régime ARV par névirapine monodose est sub-optimale et où les conséquences virologiques de son administration intrapartum sont inquiétantes, la définition de régimes ARV et de stratégies opérationnelles alternatives de mise en œuvre de ces prophylaxies sont très probablement nécessaires. Le suivi après l'accouchement des femmes infectées par le VIH a été l'étape la plus faible de la cascade de services de PTME, largement en raison des contraintes de monitoring et d'identification des femmes post-partum, mais aussi en raison des difficultés logistiques et sociales d'accès aux services de santé. Cette expérience pilote en zone rurale zimbabwéenne a largement bénéficié à la définition du programme national de PTME.

Nous avons pu documenter l'amélioration considérable des niveaux de sensibilisation et de connaissance en matière de PTME dans le district de Buhera au cours de notre période d'étude. Les indicateurs les plus sensibles aux campagnes de mobilisation communautaire à large échelle semblent avoir été liés aux connaissances générales en matière de PTME. Des lacunes et contradictions sont apparues au contraire dans la connaissance des spécificités techniques de la TME du VIH, notamment en matière de nutrition infantile. En outre, les résultats observés en termes d'attitudes et de pratiques de prévention de la transmission sexuelle du VIH ont mis en lumière les limites de certains types d'activités de sensibilisation et d'éducation communautaire dans la modification des comportements à risque.

L'application des recommandations de santé publique en matière de nutrition infantile et VIH est apparue complexe dans le district de Buhera. L'enquête communautaire de nutrition infantile parmi les femmes ayant bénéficié de services de PTME, et donc de services minimum de conseil en nutrition infantile, a néanmoins montré une tendance encourageante dans la compréhension de l'importance de l'allaitement maternel exclusif et du sevrage précoce pour les femmes infectées par le VIH. D'après les femmes interrogées, la disponibilité alimentaire et les ressources financières ont été les deux principaux facteurs d'influence sur leurs pratiques de nutrition infantile. Les dimensions socioculturelles des pratiques d'allaitement mixte ont été rarement évoquées. L'importance des services d'éducation, de conseil et de suivi en matière de nutrition infantile dans la gestion des difficultés d'allaitement et dans la fourniture d'aide matérielle a été soulignée, mais peu de femmes ont déclaré avoir accédé à ces services. Nous analyserons plus en détails dans le chapitre quatre toute la complexité de la modification des comportements de santé et de nutrition infantile, dans un contexte de lente évolution des normes sociales et de dégradation du contexte économique du pays.

L'importance du système de santé dans l'encouragement et le soutien à l'adoption des recommandations de nutrition infantile à moindres risques, et pas uniquement dans le contexte du VIH, est apparue clairement au cours des entretiens avec les informateurs clés. Les services d'éducation, de conseil et de suivi en matière de nutrition infantile disponibles dans le district de Buhera étaient centrés sur la période de la grossesse et offerts principalement en centres de santé. La mise en œuvre de services de soutien avancés dans la communauté, offerts à toutes les femmes quel que soit leur statut sérologique, semble également indispensable. Les enjeux de la mise en œuvre de stratégies de PTME postnatale, liés aux pratiques de nutrition infantile mais aussi aux pratiques de prévention de la transmission sexuelle du VIH et aux conditions d'accès aux services de santé, sont intimement liées au contexte socioculturel des communautés et à la qualité des services de santé offerts et aux attitudes des agents de santé (professionnels ou non) en contact avec les femmes. Le rôle des conditions politiques et stratégiques de définition des recommandations de santé de publique et d'investissements opérationnels pour la survie de la mère et de l'enfant ne doit pas être sous-estimée.

Nous discuterons de chacun de ces points de réflexion dans le chapitre quatre ci-dessous.