

CHAPITRE 4. DISCUSSION

GENERALE

4.1 INTERET ET LIMITES DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE EN SANTE PUBLIQUE

Le travail de recherche opérationnelle présenté ci-dessus a combiné différentes sources d'information et méthodologies de recherche, et les enjeux de mise en œuvre des programmes de PTME ont été étudiés au niveau du système de santé, des professionnels de santé, des femmes bénéficiaires ainsi que des communautés impliquées. Dans l'ensemble, la construction de ce travail de recherche opérationnelle en santé publique a privilégié certains principes de l'épidémiologie sociale, notamment l'appréciation des contraintes imposées sur les choix personnels et des facteurs sociaux qui encouragent ou limitent l'adoption de pratiques de santé sans risques (Kawachi, 2002).

Ces études ont été, par définition, conçues au sein d'un programme opérationnel déjà en cours. La recherche opérationnelle est intégrée dans la réalité des activités de santé publique de routine, et s'expose à un grand nombre de contraintes liées à ce contexte opérationnel préexistant. Ainsi, chacune des approches de recherche décrites dans les chapitres précédents présente certaines limites méthodologiques qui appellent à la prudence dans notre réflexion et dans la définition de conclusions et de recommandations de santé publique.

L'initiative pilote de PTME à MMH a en effet constitué un contexte de santé publique privilégié et a servi de base à la conduite de l'ensemble des différentes études de recherche opérationnelle présentées dans le chapitre trois. La stratégie de monitoring détaillé, mise en place dès les premiers mois d'activités, a fourni des données de couverture et d'utilisation des services de PTME. L'objectif des analyses quantitatives effectuées au cours du déroulement des interventions pilotes était d'abord « programmatique ». Il s'agissait d'identifier les activités efficaces ou, en cas de difficultés, de suggérer des raisons explicatives et de définir des stratégies d'amélioration. Les données obtenues ont également permis d'identifier des facteurs d'acceptabilité chez les femmes suivies à chaque étape des interventions de PTME, et, en cela, de mieux comprendre l'influence du contexte socioculturel des communautés vivant dans ce district rural sur l'intégration de nouvelles activités de prévention du VIH/SIDA.

Les conditions opérationnelles de mise en œuvre de ce monitoring de routine ont requis la révision des formulaires de suivi à deux reprises, au cours des premiers mois d'activités, ce qui explique que certains questionnaires soient comparativement incomplets. La principale donnée manquante liée à ces révisions de questionnaires a été la date prévue d'accouchement des femmes (et par extension leur âge gestationnel), définie au conseil post-test. De plus, certaines variables n'ont pu être utilisées à l'analyse, en raison de problèmes de définition et de dénominateurs insuffisants. Ainsi le type d'emploi des femmes vues en conseil pré-test a été particulièrement complexe à recueillir, et le risque de biais lié aux imprécisions et aux incohérences des réponses était trop élevé. Aucune analyse détaillée en termes de statut marital des femmes n'a pu être conduite en raison du pourcentage élevé de femmes mariées et, de fait, du nombre insuffisant de données de comparaison. Malgré ces imperfections dans la collecte des données, la qualité des informations recueillies dans le cadre de l'initiative pilote de PTME à MMH, en zone rurale, et aux cours des activités opérationnelles de routine, est élevée, et sans doute meilleure qu'aucun système de routine qui ne pourrait avoir les mêmes exigences quantitatives et qualitatives.

Les deux enquêtes CAP que nous avons conduites dans le district de Buhera ont décrit et quantifié l'évolution, sur 18 mois, du niveau de sensibilisation et de connaissance en matière de PTME dans la communauté. L'enquête CAP, outil de recherche quantitative rapide, permet de saisir une image ponctuelle de la réalité et de présenter une situation dans ses grandes lignes (Scrimshaw and Gleason, 1992). Il est important de souligner que cette méthode de recherche est davantage adaptée à la documentation globale des attitudes et des connaissances sur un sujet donné, qu'à la description exacte et la compréhension des comportements de santé (Bernard, et al., 1984; Scrimshaw, et al., 1991). En effet, l'effet de la « mémoire télescopique », les biais de mémoire plus ou moins conscient (gêne des personnes interrogées) qui conduisent à des imprécisions ou des distorsions dans les réponses (Husband and Foster, 1987), tendent à bonifier les situations décrites et à idéaliser la situation réelle, notamment en termes de comportements et de pratiques de santé (Wilson and Mehryar, 1991). Il est souvent suggéré aussi que la structure des questionnaires CAP, le choix, l'ordre et le ton des questions, tendent à refléter le système de valeurs voire même les préjugés des chercheurs (Scrimshaw and Gleason, 1992). Malgré les limites comportementales et qualitatives des enquêtes CAP, celles-ci sont parfaitement adaptées à des conditions opérationnelles, au diagnostic rapide de la situation, et permettent d'informer les acteurs de santé publique du contexte dans lequel ils travaillent (Okware, et al., 2001). Dans notre cas précis, nous avons

pu présenter une vision d'ensemble du « climat » dans lequel se sont intégrées les activités de PTME conduites à MMH, et une vision encourageante, illustrant les domaines d'efficacité des activités de mobilisation communautaire menées.

Il est important de souligner que cette étude pré/post intervention n'est pas conçue comme un essai randomisé contrôlé. Il nous est donc impossible de définir un impact direct de la campagne de mobilisation communautaire sur la connaissance en matière de PTME. Il n'est pas exagéré de considérer, cependant, que la nette amélioration entre les résultats de 2002 et 2004, avec des différences brutes de niveaux de sensibilisation et de connaissance souvent supérieures à 30%, puisse être le fait de ces activités intenses de sensibilisation et de promotion de la santé.

En outre, ces enquêtes CAP ont été conduites au sein d'un groupe de population particulier, les femmes ayant accès aux services de santé. La couverture en soins prénatals du district de Buhera est trop faible pour préjuger de la représentativité des résultats obtenus. Nous n'essayerons donc pas de généraliser nos résultats à la population générale du district. Cependant, l'amélioration des connaissances et des pratiques de PTME parmi les femmes représente l'objectif ultime des activités de sensibilisation et d'éducation en matière de PTME. C'est pourquoi nous considérerons cette étude parmi les femmes en centres de santé comme un indicateur valide de l'effet de la campagne de mobilisation conduite dans le district.

Les deux études sur les problématiques de nutrition infantile ont été transversales, conduites à un point donné dans le temps. La mise en œuvre de l'enquête MMCHS auprès des femmes et enfants ayant bénéficié de services de PTME à MMH, impliquant un suivi communautaire post-partum, a été complexe, comme l'indique le taux de réponse de 61,7%. En effet, en dépit d'une stratégie de terrain active, comprenant l'invitation des mères à leur clinique locale ou l'entretien à domicile, une importante proportion de l'échantillon d'enquête n'a pas été contactée. De nombreuses femmes n'ont pas été identifiées par les enquêteurs en raison des adresses incohérentes fournies pendant les soins prénatals, mais aussi en raison des mouvements de population au sein du district de Buhera et vers d'autres régions du pays. La mobilité de la population zimbabwéenne a été décrite comme importante en zone rurale au Zimbabwe (Boerma, et al., 2003). De plus, une tradition zimbabwéenne fait qu'une grande partie des femmes enceintes décident d'accoucher dans leur village parental, principalement

les primipares (*kusungira*) ; leur présence à Murambinda ou dans les villages voisins lors de leur grossesse était temporaire. Quelques mois après l'accouchement, ces femmes étaient reparties auprès de leur partenaire et étaient donc injoignables. Le fait que les pratiques de nutrition infantile n'aient pas été documentées parmi près de 40% des femmes ciblées est une des limites de cette étude.

La contrainte principale de l'étude MMCHS tient à son schéma transversal. Il est établi que ce type d'enquête ne permet pas la même précision dans le recueil d'informations que des études longitudinales et les indicateurs estimés doivent donc être considérés avec précaution. Il a été suggéré par certains auteurs que les enquêtes transversales étaient plus à même de documenter des tendances populationnelles que des pratiques individuelles (Bland, et al., 2003). Les estimations des pratiques de nutrition infantile des femmes ayant bénéficié de services de PTME à MMH ont été basées sur des données auto-déclarées, collectées au cours d'un entretien unique. Ceci peut avoir conduit à un biais de mémoire dans la déclaration des âges à l'introduction d'autres aliments que le lait maternel, phénomène souligné dans des études précédentes (Bland, et al., 2003). Nous n'avons donc pas présenté d'estimations construites des taux d'allaitement maternel exclusif ou d'allaitement mixte. Cependant, les informations collectées au cours de cette enquête MMCHS nous ont permis d'avoir une idée du type de pratiques de nutrition infantile que les femmes, informées de leur statut sérologique, et ayant bénéficié d'un minimum d'éducation, de conseil et de soutien en matière de nutrition infantile, ont choisi de déclarer dans un contexte africain et rural, sévèrement touché par l'épidémie du VIH/SIDA et par la dégradation du niveau économique des ménages.

Par ailleurs, les données relatives au sexe des enfants inclus dans l'étude ont été « corrompues » informatiquement, si bien que seules les données de sexe des enfants exposés au VIH étaient disponibles. Bien que des données anthropométriques précises aient été collectées lors de l'entretien, le calcul d'indicateurs du statut nutritionnel des enfants s'est donc révélé impossible. De plus, en raison de trop faible nombre d'enfants hospitalisés, les épisodes de maladies diarrhéiques ou respiratoires n'ont pu être associés aux pratiques d'allaitement maternel documentées. Dans l'ensemble donc, aucun lien entre les pratiques de nutrition infantile et le statut nutritionnel et l'état de santé de l'enfant n'a pu être évalué. Nous avons donc orienté les résultats de cette enquête MMCHS vers la description des motivations à l'adoption des pratiques de nutrition infantile, du contexte familial et communautaire, et donc procédé à une analyse davantage sociologique qu'épidémiologique. Les informations

obtenues au cours des FGDs ont été particulièrement utiles pour compléter notre compréhension des enjeux de nutrition infantile. Bien que les FGDs, comme les enquêtes CAP, appartiennent au groupe des techniques de recherche qualitative rapide, cette approche convient parfaitement à un contexte opérationnel où la compréhension des tendances et des comportements collectifs importe davantage que la mesure de certaines associations.

L'enquête transversale IFES conduite auprès d'informateurs clés afin d'évaluer la disponibilité et l'acceptabilité des services de conseil et de suivi en matière de nutrition infantile a impliqué l'utilisation de questionnaires auto-administrés. Aucun entretien direct entre l'équipe de recherche et les professionnels de santé enquêtés n'a été conduit, les informations recueillies n'ont donc pas été vérifiées et confirmées avant analyse. Néanmoins, la supervision quotidienne de la qualité des questionnaires a permis de limiter la proportion de données manquantes. De plus, cette étude s'adressait à des professionnels de santé éduqués, qualifiés, formés à la PTME et, dans l'ensemble, motivés par l'amélioration des activités de PTME qu'ils mettaient en œuvre eux-mêmes. Il est donc raisonnable de croire en la fiabilité des données collectées.

Il est important de souligner par ailleurs que cette étude a ciblé un groupe de la population particulier, les professionnels de santé. Les agents de santé interrogés, en raison de leur propre contexte social et culturel, sont à même d'avoir partagé une perspective « sanitaire », professionnelle et institutionnelle de la disponibilité, l'acceptabilité et le besoin de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile dans le district de Buhera. De ce fait, notre étude ne constitue pas une description exhaustive et objective de ce type de services. Cependant nous avons fourni ici un point de vue unique de la perception des agents de santé sur leur propre rôle, leur position, et leur capacité à offrir des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile et sur le rôle des familles et communautés en matière de nutrition infantile. Cette étude a représenté un premier pas vers la définition d'améliorations futures qui seraient comprises, acceptées et adoptées par les agents de santé, encore largement responsables de l'offre de soins dans le district de Buhera.

Nos différents travaux de recherche opérationnelle ont confirmé l'intérêt de cette stratégies de recherche en santé publique pour améliorer la connaissance des situations locales, et particulièrement des besoins et des perceptions des acteurs de santé publique, des populations cibles et des bénéficiaires de ces interventions de santé publique. Ainsi,

l'expérience pilote de PTME à MMH a été partagée dès les premiers mois d'activités au niveau national. Les contraintes en matière de ressources humaines et de leur niveau de qualification pour la conduite des activités de conseil et dépistage du VIH, les enjeux de stigmatisation et d'acceptabilité des interventions de PTME postnatale du VIH par les professionnels de santé d'un hôpital de mission catholique et par une communauté éminemment rurale, sont autant de domaines auxquels le MOH/CW a fait référence dans la définition de sa stratégie nationale de PTME. MMH reste aujourd'hui un site pilote pour la mise en œuvre d'approches innovantes dans le domaine de la PTME et du VIH/SIDA.

Par ailleurs, ces activités de recherche opérationnelle sont été conçues de manière à impliquer les agents de santé et les populations concernées par les interventions de santé publique mises en œuvre. Il s'agissait par-là même d'encourager l'appropriation des résultats et l'adoption rapide des résultats de la recherche. Ainsi les enquêtes CAP ont été conduites par des professionnels de santé de MMH qui ont pu, au cours de leurs entretiens avec les femmes ciblées, prendre la mesure des effets positifs des activités de sensibilisation conduites personnellement ou par leurs collègues et de la somme de travail encore nécessaire. La méthodologie et le travail de terrain de l'enquête de nutrition infantile MMCHS ont été organisés conjointement avec le personnel de santé de MMH. Lors de ces discussions, les médecins et les infirmières locales ont pu partager leur perception de l'acceptabilité d'une enquête de recherche opérationnelle dans le domaine du VIH/SIDA chez les femmes, ils ont également pu exprimer leurs recommandations en la matière et prendre conscience des conséquences directes des services offerts quotidiennement à MMH.

Enfin, malgré l'existence de certaines limites en termes de représentativité de nos échantillons d'étude, il est important de souligner que l'objet de la recherche opérationnelle est, comme son nom l'indique, d'être concret et contextuel, et d'améliorer les conditions de mise en œuvre des résultats obtenus. **Nos résultats sont directement applicables aux populations locales, dans notre cas les communautés du district de Buhera. Ils s'intègrent dans le quotidien des individus, dans leur réseau de relations, et en ce sens, permettent un éclairage éminemment social des enjeux de PTME en milieu rural africain.** Nos résultats quantitatifs et qualitatifs ont permis de suggérer des réponses qui seraient adaptables à d'autres contextes devant faire face aux difficultés opérationnelles des stratégies de PTME et des futures pistes de recherche programmatique et de réflexion sociologique.

4.2. LE DIFFICILE PASSAGE DE LA CONNAISSANCE A LA PRATIQUE EN MATIERE DE PTME

4.2.1. Mise en œuvre des interventions de PTME en milieu rural africain

A Les obstacles programmatiques à chaque étape de la PTME

La plupart des publications scientifiques documentant les expériences de PTME dans les pays en développement présentent principalement des données quantitatives sur des indicateurs de processus. Certaines composantes du paquet de services de PTME, telles que le dépistage du VIH ou la modification des pratiques de nutrition infantile, ont fait l'objet d'études ponctuelles de recherche opérationnelle, plus qualitatives, que nous évoquerons ci-après. Mais dans l'ensemble, il est rare que ces articles abordent l'intégralité de l'intervention de PTME, du dépistage prénatal jusqu'aux conditions de suivi deux ans après l'accouchement (date maximale du dépistage de l'infection pédiatrique à VIH par des techniques biologiques classiques). Le travail de recherche que nous avons décrit dans le chapitre trois, abordant les thématiques programmatiques générales et institutionnelles de la PTME, mais aussi les enjeux de la mobilisation communautaire, de même que les questions plus complexes de suivi et de recours aux services de santé post-partum, présente en cela une approche particulièrement complète des enjeux de mise en œuvre, d'acceptabilité et d'utilisation des services de PTME du VIH.

La principale source d'informations relative aux réussites et aux contraintes opérationnelles de l'introduction des services de PTME en routine est la « littérature grise ». Ainsi, à partir du début des années 2000, plusieurs grandes institutions internationales de soutien technique et financier en santé publique, telles que l'UNICEF (Rutenberg, et al., 2003a), l'ONUSIDA – Croix Rouge en Thaïlande (UNAIDS, 2001a; UNAIDS and Thai Red Cross AIDS Research Centre, 2001) ou Population Council (Horizons) en Tanzanie et au Kenya (Horizons, 2002) se sont efforcés de partager les expériences de PTME de leurs pays partenaires, principalement aux ressources limitées. Certains gouvernements ont également entrepris de documenter eux-mêmes la mise en œuvre de leur programme national de PTME comme l'Afrique du Sud. La revue des expériences de 18 sites pilotes sud-africains a souligné la diversité géographique des situations opérationnelles et l'importance d'une expansion

mesurée à l'échelle nationale (Mc Coy, et al., 2002). Ces différents rapports illustrent combien l'application et l'appropriation de recommandations internationales de PTME est complexe et combien l'acceptabilité des services par les populations, l'adaptation du système de santé, et la définition de solutions locales appropriées, requièrent un engagement national à la lutte contre le VIH/SIDA. L'exemple du Zimbabwe que nous avons illustré dans le chapitre trois est donc assez représentatif des défis politiques, financiers et stratégiques de la mise en œuvre d'interventions de prévention du VIH/SIDA.

A.1 L'engagement politique et financier en faveur de la PTME

Le Zimbabwe s'est investi dans une politique nationale de PTME plus de deux ans après la publication des résultats de la recherche épidémiologique en matière de prophylaxie ARV par névirapine monodose. Ce manque relatif de réactivité politique du gouvernement et ministères concernés est une des raisons expliquant la couverture encore largement insuffisante des services de PTME dans le pays. En effet, il est reconnu que les succès en termes de disponibilité de services de PTME en Thaïlande sont largement dus au soutien politique au niveau central et à l'adaptation rapide aux résultats de la recherche des stratégies nationale de lutte contre le VIH/SIDA. La politique nationale thaïlandaise a recommandé l'intégration des services de PTME (régime court de zidovudine) dans tous les centres de santé publics du pays dès la fin des années 1990, c'est-à-dire dans les semaines ou les mois qui ont suivi la mise à disposition des résultats de la recherche. Le suivi informatisé et l'évaluation continue des activités a permis de montrer que, d'octobre 2000 à septembre 2001, plus de 90,3% et 71% des femmes ayant et n'ayant pas bénéficié de soins prénatals ont été testées pour le VIH (Amornwichee, et al., 2002). Parmi les raisons avancées pour expliquer ce succès thaïlandais, les auteurs mentionnent l'importance de mettre en œuvre des initiatives pilotes, gérées localement, avant d'engager une politique nationale à large échelle, ainsi que de se fonder sur la participation et la collaboration entre décideurs politiques locaux, chercheurs, médecins et ONG. Cette communication interne au sein des structures gouvernementales de santé, et entre les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre ou la promotion des activités de PTME, est aussi essentielle que complexe à organiser. Il a été suggéré que la motivation politique et la démarche multisectorielle de lutte contre le VIH/SIDA initiée dès la fin des années 1980 avaient permis de renforcer les capacités nationales d'éducation, de prévention et de soins, et de réduire la prévalence et l'incidence de l'épidémie en Ouganda (Okware, et al., 2001). L'engagement des responsables politiques peut

en effet être considéré comme la première forme de mobilisation sociale. La plupart des pays d'Afrique australe n'ont pas bénéficié de ce leadership et de cette volonté de coordination politique. Le MOH/CW du Zimbabwe a publié en 2000 une brochure présentant la stratégie nationale de communication en matière de PTME et dans laquelle il est explicitement fait appel à tous les membres influents du pays, des parlementaires et autres représentants ministériels aux chefs de villages ruraux⁸². Bien que ce document ait été peu diffusé, et **malgré un réel manque de réactivité du gouvernement face à l'urgence de santé publique de l'épidémie de VIH (pas seulement pédiatrique), le Zimbabwe s'est engagé depuis quelques années dans une importante démarche de coordination des initiatives pilotes et nationales de PTME (voir partie 1.2) qui a permis d'améliorer considérablement, et en un temps court, la couverture des services de PTME.**

Le Zimbabwe est en effet un exemple de pays où le programme national de PTME est largement soutenu par des financements extérieurs. Dès la fin des années 1990, afin d'initier et d'accélérer l'accessibilité des interventions de PTME à l'échelle nationale, le MOH/CW a fait appel aux fonds internationaux et bilatéraux d'aide en santé publique. Il est estimé qu'en 2003 les financements américains d'EGPAF et de USAID ont permis de dispenser 30 à 40% des activités de PTME à échelle nationale⁸³. Par ailleurs, l'intervention ARV de PTME d'une grande majorité de centres de santé au Zimbabwe, y compris MMH, a reposé entre 2000 et 2005 sur les dons consentis par des laboratoires pharmaceutiques ou des programmes bilatéraux ou multilatéraux, et ce dans le cadre d'une urgence de santé publique à court terme. Mais le contexte politique et économique du Zimbabwe que nous avons décrit précédemment, caractérisé par une instabilité grandissante, est peu favorable aux investissements extérieurs. Les stratégies et les perspectives de pérennisation du soutien international au programme national de PTME, mis en œuvre dans un contexte de dégradation du système de santé, sont encore trop aléatoires. Les succès documentés lors de nos études de recherche opérationnelle ne reflètent donc hélas qu'une situation ponctuelle, et les évolutions au long terme des activités de PTME dans le district de Buhera dépendront largement de l'engagement politique national à la lutte contre le VIH/SIDA.

⁸² Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Prevention of Parent-To-Child HIV Transmission. A communication strategy for Zimbabwe 2001-2005. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, UNICEF; 2000.

⁸³ Cathy Wilfert. Communication personnelle Août 2004.

A.2 L'importance de la couverture en services de santé

Les interventions de PTME basées sur la prophylaxie ARV par névirapine monodose ont été déclarées coût-efficaces dès la fin des années 1990 (Marseille, et al., 1999; Newell, et al., 1998). Le coût de la prophylaxie ARV par névirapine monodose est même nul pour les pays tels que le Zimbabwe qui bénéficient de donations de Boehringer Ingelheim. Néanmoins, les coûts additionnels en termes d'aménagement des services prénatals existants, de mise en œuvre de services de conseil et dépistage VIH, de formation du personnel ou de définition de stratégies de suivi, expliquent que ces interventions restent inaccessibles à une large partie de la population dans les pays en développement (Kapiriri, et al., 2003). La prise en compte de l'ensemble de ces variables économiques et sectorielles, et notamment la faible offre et la faible acceptabilité des services de conseil et dépistage du VIH, liées entre autres aux défaillances du système de santé, a conduit à la révision à la hausse du rapport coût-efficacité de l'intervention de névirapine monodose de PTME (Sweat, et al., 2004). La mise en œuvre d'un paquet de services de PTME, qui implique une démarche d'intégration dans les services materno-infantiles existants, s'expose par-là même aux difficultés des systèmes de santé en place et, dans le cas du Zimbabwe, à un contexte de ressources limitées et de forte prévalence de l'infection par le VIH (Baggaley and van Praag, 2000).

La plupart des difficultés et des contraintes dans l'accessibilité et l'utilisation des services de PTME au Zimbabwe sont systémiques et dépendent largement de l'état du système de santé, par opposition au fonctionnement des interventions de PTME en elles-mêmes. Lors de l'expérience pilote de MMH, nous avons pu vérifier à quel point certaines conditions minimales de qualité générale des services de santé sont nécessaires pour l'intégration des interventions de PTME : l'accès et le recours au soins pendant la grossesse, l'accouchement et après la naissance ; l'offre de soins par des professionnels de santé suffisamment formés ; la disponibilité de services de laboratoire minimum ; l'existence de services d'obstétrique pouvant mettre en œuvre les mesures universelles de précaution, entre autres (World Health Organisation, 1998a). Les considérations programmatiques de mise en œuvre opérationnelle d'outils médicaux, les rouages pratiques et logistiques des interventions de PTME en centre de santé, au sein de la pyramide sanitaire, ont fait l'objet d'un certain nombre de discussions et de débats théoriques au cours d'ateliers et de conférences internationales mais les études documentant les contraintes institutionnelles de l'offre intégrée de services de PTME sont rarement publiées (Painter, et al., 2004). Si les questions relatives

aux modes de gestion logistique au sein des centres de santé, au circuit médical des femmes enceintes, aux stratégies de monitoring, sont éminemment contextuelles comme nous l'avons montré au chapitre trois, la diffusion et la valorisation accrues des expériences locales (Rutenberg, et al., 2003b) permettrait de faciliter, pour un grand nombre de pays, le passage critique de la recherche et des recommandations théoriques à la pratique de santé publique.

En Thaïlande, un des facteurs de succès principaux du programme national de PTME a été la large couverture en infrastructures sanitaires du pays. L'accessibilité aux soins prénatals dans d'autres pays en développement reste bien plus faible (Amornwichet, et al., 2002). Ainsi la couverture des services de PTME dans le district de Buhera est aujourd'hui encore confrontée à la couverture sanitaire insuffisante, avec plus de 20% des femmes enceintes n'ayant pas accès aux services de santé prénatale et surtout près de 50% des femmes n'accouchant pas dans un centre de santé. Au moment de l'introduction du programme pilote de PTME à MMH en 2001, la couverture maximale en PTME dans le district était de 25%, c'est-à-dire la couverture en services de santé prénatale du centre de référence. Dans ce district rural du Zimbabwe, la qualité et l'efficacité des services de PTME reflètent le fonctionnement du système de santé dans son ensemble. Comme dans le cas d'un grand nombre d'interventions pour la survie de l'enfant, **la prévention de l'attrition de la cascade de services de PTME dépend, en grande partie, des investissements au long terme pour l'amélioration du système de santé.** L'exemple de l'hôpital de district de MMH montre néanmoins que, dans un contexte de ressources humaines et financières limitées, la mobilisation et la motivation importantes du personnel local peuvent, malgré tout, rendre possible l'offre d'interventions de prévention du VIH/SIDA chez les femmes enceintes.

A.3 L'intégration des services de PTME au sein des autres services de santé

Afin de faciliter l'intégration des nouvelles activités de santé, et notamment les interventions de PTME, à tous les niveaux (logistiques, humains, stratégiques), l'OMS a fait la promotion de stratégies « horizontales » d'amélioration générale du système de santé, sous forme de *sector wide approach programmes*, SWAPs (World Health Organisation, 2000d). Cette approche stratégique vise à améliorer la circulation financière (par la centralisation des fonds de l'aide internationale au sein des gouvernements locaux), à réduire la complexité de monitoring et d'évaluation des activités (par l'organisation régulière de réunions de coordination des bailleurs) et à renforcer la capacité et l'appropriation des gouvernements

(leadership du ministère de la santé) (Chen, et al., 2004b). Le principe de base de l'approche SWAPs est que les décisions prises localement seront plus efficaces pour la réduction de la morbi-mortalité infantile (Tomkins, 2003). L'impact de ces nouvelles approches reste à évaluer (Hutton and Tanner, 2004). Pendant de nombreuses années, en l'absence de plan stratégique national de lutte contre le VIH/SIDA, l'intégration des activités du MOH/CW et des autres ministères concernés est restée faible. Il semblerait approprié, au long terme, d'encourager de tels principes politiques d'intégration dans le cadre de la prévention du VIH/SIDA au Zimbabwe, tant au niveau national qu'au niveau du district du Buhera.

Au niveau local, notre expérience d'introduction des services de PTME au VIH à MMH en 2001 ne s'est pas effectuée dans un contexte d'intégration horizontale des activités mais selon les principes d'une initiative pilote. Des financements internationaux, une expertise technique extérieure et le recrutement de personnels additionnels ont participé à la mise en œuvre accélérée, dans un contexte rural, des interventions de PTME. Il ne fait aucun doute que, néanmoins, l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME a été favorisée, voire conditionnée, par l'utilisation des espaces disponibles et des ressources humaines en place, par la formation de l'ensemble du personnel, par le respect des systèmes et des fonctionnements déjà établis, et par la volonté de partager les ressources techniques et matérielles en commun, entre autres. L'insertion des activités de PTME au sein des services de routine de MMH a participé d'une véritable démarche d'intégration opérationnelle des services de santé.

L'intégration des services de santé s'exprime par la participation à un objectif commun d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant, et à fortiori de la famille. Ainsi, il s'agit pour le personnel de santé impliqué dans l'offre de services de PTME de maximiser chaque contact de santé (conseil pré/post-test, conseil en nutrition infantile, visites de suivi) avec les femmes (quel que soit leur statut sérologique) pour leur faire bénéficier de l'ensemble des services dont elles pourraient avoir besoin, que ce soit en termes de prévention, de soins ou de soutien. En effet, les initiatives de PTME ne visent pas uniquement la prévention de l'infection pédiatrique par le VIH. Elles participent non seulement d'une démarche globale de prévention de la morbi-mortalité infantile, notamment dans le cadre de l'initiative PCIME, mais aussi représentent une stratégie essentielle de prévention des grossesses non-désirées et de prévention primaire du VIH (World Health Organisation, 2003f). Cette facette de l'intégration des services de PTME et des autres interventions de santé de santé sexuelle et

reproductive et de prévention de VIH/SIDA a été particulièrement complexe à définir et à mesurer dans le contexte de l'hôpital rural de référence de MMH (*voir point A.6*). Si la PTME est une intervention ciblée dans le temps, offerte pendant les quelques semaines entourant la grossesse, les autres services de conseil en planning familial ou en prévention du VIH ne bénéficient pas d'un calendrier aussi précis. En outre, l'utilisation de services de planning familial est largement dépendante des conditions de suivi après l'accouchement, particulièrement complexes dans le district de Buhera. Les évaluations de recherche opérationnelle permettant de définir les stratégies appropriées d'intégration des services de PTME, de prévention des IST et des services de conseil et planning familial, basées sur l'évidence, sont rares (Askew and Baker Maggwa, 2002) ; aucune étude expérimentale d'intégration en la matière n'a pu être identifiée.

L'élément fondamental d'intégration des services de PTME réside dans la pratique quotidienne du personnel de santé. Au Kenya et en Zambie, le personnel de santé ne dispensait pas l'ensemble des messages de prévention du VIH ou de planning familial lors de leurs contacts avec les femmes enceintes ou après l'accouchement, créant un grand nombre d'opportunités manquées de prévention (Rutenberg and Baek, 2004). Dans de nombreux pays en développement, aux ressources financières limitées et gravement affectés par l'épidémie de VIH/SIDA, les ressources humaines sont peu motivées, insuffisamment formées, et rarement supervisées et soutenues dans leurs activités de routine. La capacité de ce personnel de santé à intégrer de nouveaux services de santé est rarement remise en cause. Pourtant, il a été souligné récemment que les bailleurs et agences de développement internationales, moteurs des interventions de PTME dans les pays en développement, manquaient de stratégies d'investissement cohérentes et intégrées permettant de renforcer le contingent en ressources humaines. Leur intervention en matière de PTME se limite souvent à des ateliers et des formations complémentaires dont l'efficacité a été peu évaluée jusqu'à présent (Narasimhan, et al., 2004). **Il est évident que la « rentabilité » des interventions de PTME, la pérennisation et l'intégration des activités de PTME seraient favorisées par l'inclusion des thématiques de PTME dans la formation initiale du personnel médical et infirmier.**

Par ailleurs, dans la cadre de stratégies d'adaptation aux pénuries de professionnels de santé qualifiés, et dans un contexte où les taux de renouvellement du personnel sont élevés, l'intégration des services de PTME au sein des maternités et du système de santé local se heurte fréquemment à la multiplication et à la collaboration de personnels aux profils de poste

différents. Ainsi, progressivement, les services de PTME mis en œuvre dans des pays aux ressources limitées impliquent entre autres des agents de santé professionnels, volontaires, traditionnels, modernes, formés ou accrédités (Narasimhan, et al., 2004). Lors de notre période d'étude à MMH, entre 2001 et 2003, les services de PTME étaient sous la responsabilité des conseillers et du personnel infirmier. Bien que nous ne l'ayons pas formellement documenté, l'implication de personnels extérieurs à MMH est susceptible d'avoir ralenti le processus d'intégration des pratiques de PTME et maintenu trop longtemps la perception d'activités de PTME différentes d'une pratique de routine de maternité. Un des principes de notre initiative pilote était de maintenir les salaires des conseillers au même niveau (voire légèrement inférieurs) que ceux du personnel infirmier local, afin de limiter les tensions et jalousies au sein de MMH. En outre, nous avons observé un renouvellement de personnel important qui soulève de nombreuses questions en termes d'investissements financiers dans la formation du personnel et d'implication individuelle d'un personnel qui est en transition perpétuelle. La compréhension de ces enjeux de ressources humaines, de leurs migrations, et de l'impact sur la qualité des services de santé, est encore faible mais nécessaire. Le besoin d'investissements financiers, d'initiatives de développement et de soutien du personnel de santé des pays aux ressources limitées est une priorité que les agences internationales pourraient infléchir et stimuler (Narasimhan, et al., 2004).

Le degré d'intégration des activités de PTME au sein des services de maternité et des activités de prévention du VIH/SIDA a été influencé par les attitudes et les discours du personnel de santé de MMH. Les services de PTME de MMH ont eu tendance à se focaliser sur le cas des femmes infectées par le VIH et de la prévention des infections pédiatriques. L'expérience de MMH, et les déclarations du personnel local ont confirmé que peu de messages de prévention du VIH et de nutrition infantile étaient diffusés auprès des femmes séronégatives ou de statut sérologique inconnu. En particulier, les femmes informées de leur statut sérologique négatif bénéficiaient de peu ou pas de services de conseil sur les pratiques sexuelles sans risques, sur le risque de séroconversion pendant l'allaitement, ou sur l'importance du suivi médical après l'accouchement. L'intérêt quasi-exclusif porté aux femmes infectées par le VIH a été source de nombreuses opportunités manquées d'éducation de santé publique et de prévention primaire du VIH parmi les femmes séronégatives (représentant plus de 75% des femmes testées). Pourtant, le potentiel du conseil et dépistage prénatal du VIH comme stratégie de changement de comportements à risques et de prévention primaire du VIH a été montré à plusieurs reprises (Korenromp, et al., 2005; Peck, et al., 2003;

Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, 2000). **Les perspectives de prévention du VIH/SIDA associées aux services de PTME sont moins spontanément promues que les bénéfices directs de ces interventions sur la santé de l'enfant.**

A.4 Les ressources humaines en conseil et dépistage du VIH

Au-delà de l'intégration des activités de santé, les difficultés de la mobilisation pratique et idéologique des ressources humaines nécessaires ont fait partie des contraintes programmatiques les plus importantes de l'offre de services de PTME à MMH. La politique nationale en matière de personnel de santé dédié au conseil et dépistage du VIH a représenté une contrainte opérationnelle importante à MMH. Le MOH/CW a en effet longtemps refusé l'adaptation des profils de poste de santé publique qui auraient pu faciliter la mise en œuvre des services de PTME : les infirmières n'étaient pas autorisées à pratiquer le dépistage du VIH et le conseil pré/post-test ne pouvait être dispensé par des agents volontaires. La mise en œuvre des interventions pilotes de PTME à MMH aurait été quasi-impossible sans le recrutement de trois conseillers spécialisés (dont une infirmière) et d'un coordinateur à temps plein.

Cet apport en ressources humaines, financée par EGPAF, le bailleur extérieur, a été relativement bien accepté par le personnel local, bien que l'intégration des conseillers spécialisés parmi le personnel local ait été un enjeu quotidien pendant les 23 mois d'activités pilotes. Il a été montré, dans d'autres contextes, que l'implication d'ONG extérieures et autres institutions privées pouvait générer certains déséquilibres en termes de salaire, de formation, de supervision qui ne favorisent pas l'intégration et l'acceptabilité des services de conseil et dépistage du VIH (Mc Coy, et al., 2002). A MMH, des réunions mensuelles organisées afin de discuter des statistiques d'activités, des contraintes logistiques et des attitudes du personnel de santé et des femmes, entre autres, ont permis de progressivement responsabiliser le personnel local. C'est ainsi que les infirmières de MMH se sont lentement appropriées les objectifs de PTME et ont spontanément décidé, à la fin de l'expérience pilote, de reprendre les activités de conseil du VIH à tour de rôle, sur leur temps de récupération. En Zambie, l'utilisation du personnel de santé au repos a permis de contourner les difficultés liées aux pénuries de personnel, de garantir la qualité des services offerts, et de favoriser le développement des compétences locales (Sinkala, et al., 2004). La qualité du conseil dispensé par les conseillers spécialisés et les infirmières de MMH n'a pas été documentée, ni donc

comparée. Néanmoins, nous n'avons observé aucune conséquence, en termes d'acceptabilité des services de PTME, des mouvements de ressources humaines pour le conseil du VIH dispensé à MMH. Par ailleurs, au-delà de la motivation et de l'implication du personnel local, MMH a pu bénéficier de l'apport des conseillers du New Start Centre, le centre de conseil et dépistage du VIH pour la population générale. Cette multiplication des acteurs potentiels d'offre de services de conseil du VIH a été critique dans la pérennisation des activités de PTME à MMH.

Si cette expérience pilote s'avère positive au long terme, la sensibilisation et la mobilisation du personnel local aux impératifs de PTME n'ont pas été aisées. Bien que le district de Buhera bénéficie depuis 1994 d'une large couverture de projets communautaires en matière de VIH/SIDA, tels que des initiatives de soins à domicile pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA ou des projets de soutien aux orphelins, en 2000, aucune initiative de diagnostic ou de soin du VIH/SIDA n'était disponible à MMH. Dans cet hôpital éminemment missionnaire, les infirmières étaient tout d'abord réticentes à la mise en œuvre des interventions de PTME, argumentant que jamais la communauté, et moins encore les femmes, ne seraient favorable à la conduite d'activités de conseil et dépistage du VIH en routine. Ces réactions peuvent se comprendre comme l'expression, par le personnel de santé, de peurs individuelles liées à la découverte de leur propre statut sérologique. Ainsi, une enquête conduite auprès de 182 professionnels de santé dans la province du Mashonaland East a montré que 87,4% d'entre eux n'avaient pas bénéficié du dépistage du VIH. La plupart (77%) ne souhaitaient pas être testés par peur de ne pas pouvoir gérer les résultats (84,1%), par manque de courage (78%) et par refus devant l'absence de traitement disponibles (60%) (Tarwireyi and Majoko, 2003). Il semble bien complexe pour des agents de santé peu convaincus de l'utilité du dépistage du VIH d'encourager, par ailleurs, le dépistage des femmes enceintes. La mobilisation des communautés et des femmes ciblées par les interventions de PTME ne doit pas faire oublier l'importance des attitudes et des perceptions du personnel de santé.

Il est important de souligner en effet que **si la démarche d'intégration des interventions de PTME au sein des services de maternité de routine n'implique pas de geste médical spécifique et délicat, elle requiert de dispenser de nouvelles activités et d'adopter des attitudes nouvelles et une approche proactive face au VIH/SIDA.** Les agents de santé impliqués dans l'offre des services de PTME conseillent activement et

« volontairement » les femmes sur l'intérêt du dépistage, à la différence des centres de conseil et dépistage volontaires du VIH où ce sont les patients qui font eux-mêmes la démarche. A MMH, au moment de l'expérience pilote de PTME, les infirmières n'étaient pas impliquées directement dans l'offre de services de conseil et dépistage du VIH. Néanmoins, elles étaient confrontées quotidiennement à cette nouvelle intervention de PTME et à la remise en questions de leurs croyances. Il était donc important de progressivement encourager la participation des professionnels de santé en place, de modifier leurs attitudes, par la démonstration de la faisabilité et de « l'impact » de ces interventions. Bien que n'occupant pas une position centrale dans l'offre des services de PTME, les médecins ont joué un rôle essentiel dans le maintien de services de maternité de qualité, dans la motivation du personnel, l'initiative à l'innovation et le soutien au programme. Aujourd'hui, les réserves du personnel de santé local ont été peu à peu dissipées, mais il est probable qu'une approche participative, de mobilisation sociale des acteurs de santé en place, aurait facilité davantage la compréhension et l'implication des infirmières dans cette démarche individuelle, familiale et communautaire de prévention du VIH/SIDA.

A.5 La couverture de la prophylaxie ARV

L'introduction de nouvelles activités de PTME au sein des services de santé maternelle et infantile – que ce soit l'éducation à la PTME, la proposition du conseil du VIH, la gestion du circuit des patientes, la supervision de l'intervention ARV, le suivi post-partum – a engendré du travail et des responsabilités supplémentaires pour le personnel de santé de MMH, et ce, dans des conditions où les effectifs étaient déjà restreints. Aucune compensation financière ou en nature n'a été mise en place, ce qui peut expliquer, en partie, la motivation limitée des infirmières de MMH dans les premiers mois de l'initiative pilote de PTME.

Malgré ces réticences du personnel local, l'acceptabilité de l'intervention ARV parmi les femmes infectées par le VIH s'est révélée être plus importante à MMH que dans un grand nombre de sites des pays en développement. Comme nous l'avons présenté précédemment (*voir point 3.1*), il est possible que ces différences s'expliquent par le calcul des indicateurs, l'acceptabilité pouvant refléter à la fois la prescription, la prise déclarée ou la prise observée de la prophylaxie ARV. Dans l'ensemble néanmoins, un tiers des femmes infectées par le VIH, ayant reçu une prescription de névirapine monodose, ne sont pas parvenues à compléter l'intervention médicalisée.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette couverture insuffisante en prophylaxie ARV. Tout d'abord, sur un plan institutionnel, une proportion importante de femmes n'accouchent pas à MMH ou dans un centre de santé local. Le manque de soutien des mères à domicile ne permet pas de les encourager dans la démarche de prophylaxie ARV et de superviser sa prise. Néanmoins, une étude récente dans le district de Rakai en Ouganda a montré que la prise de la névirapine maternelle et infantile pouvait être améliorée par un suivi des femmes dans la communauté, au cours de visites à domicile conduites par les professionnels de santé, lors de la première semaine post-partum (Kagaayi, et al., 2005). Il est évident que les contraintes systémiques de ressources humaines limitées et des difficultés de transport que connaît le Zimbabwe ne permettent pas, actuellement, une telle démarche. Nous verrons plus tard que le soutien communautaire des femmes enceintes, pré- et post-partum, pourrait encourager non seulement l'adhérence à la prophylaxie ARV, mais aussi la diffusion d'autres messages de santé publique importants.

De plus, la politique nationale de PTME au Zimbabwe spécifie que les femmes infectées par le VIH ne peuvent recevoir une prescription de névirapine monodose qu'à partir de la 28^{ème} semaine de grossesse. Près de 40% des femmes vues à MMH lors de la période d'étude, ayant bénéficié du conseil et dépistage du VIH avant leur 28^{ème} semaine de grossesse, ont dû se présenter à l'hôpital une deuxième fois pour leur prescription. Les coûts financiers, la demande de temps, la contrainte familiale de ces déplacements répétés sont autant de facteurs limitant l'accès à la prophylaxie ARV. Le MOH/CW pourrait suivre l'exemple du Kenya qui a révisé sa politique nationale permettant aujourd'hui la prescription de prophylaxie ARV pour la PTME pendant le conseil post-test, quel que soit l'âge gestationnel de la mère (Temmerman, et al., 2003). La flexibilité des politiques et des systèmes de santé est nécessaire pour réduire la complexité, déjà inhérente à toute intervention médicalisée de santé publique, des services de PTME. Enfin, les conditions plus générales d'acceptabilité personnelle des résultats du test sérologique chez les femmes infectées par le VIH, influencées par la qualité du conseil VIH, le type de soutien familial et communautaire ou la peur de la stigmatisation et la discrimination, peuvent réduire la possibilité de partager les résultats du dépistage et expliquer en partie l'acceptabilité sub-optimale de l'intervention ARV de PTME (Kiarie, et al., 2003).

Peu d'études ont mesuré la prise réelle de la névirapine maternelle dispensée, au-delà du simple questionnement de la mère. En effet, les femmes enceintes se présentent souvent à MMH en cours de travail avancé, et la prise médicamenteuse est donc rarement observée. Il est très probable que la proportion de femmes ayant réellement ingéré la prophylaxie ARV soit inférieure aux déclarations recueillies par le personnel de santé. A MMH, l'absence déclarée de prise de la névirapine maternelle, que ce soit en raison de la non reconnaissance des signes de travail, de l'accouchement à domicile ou d'un oubli, explique que la proportion de nouveau-nés ingérant la névirapine ait souvent été supérieure à celle des mères, et que près de 48% des nouveaux-nés aient reçu une double dose. L'efficacité opérationnelle et l'impact en population générale de cette intervention ARV de PTME sont fragiles. Au Kenya, l'efficacité de la névirapine monodose dans un contexte de prise de l'ARV déclarée à 80% était faible voire nulle (Quaghebeur, et al., 2004). A MMH, la prise déclarée de la prophylaxie ARV était de 60%. De telles statistiques constituent des arguments solides à la promotion de l'introduction de combinaisons ARV afin de maximiser le potentiel de prévention de la PTME intra-partum au sein de cette trop faible proportion de femmes ayant pris leur prophylaxie. De nouveaux régimes ARV de PTME devraient être introduits au Zimbabwe avant la fin de l'année 2005 (communication personnelle, Dr Engelsmann, coordinatrice médicale ISPED – Zimbabwe). Ce type d'exemple souligne à quel point la documentation de l'expérience et des circonstances concrètes d'utilisation des résultats de la recherche est nécessaire à l'amélioration continue des services offerts. **Il sera intéressant de comparer, dans des circonstances opérationnelles, l'impact du changement de régime ARV sur l'acceptabilité et l'impact des interventions péri-partum de PTME, mais aussi sur l'utilisation des services de suivi après l'accouchement.**

A.6 Le suivi après l'accouchement

Le contexte d'introduction des interventions de PTME à MMH a été largement influencé par le fait que l'hôpital soit le centre de référence des 26 centres de santé du district. En effet, si la population vivant en zone rurale a parfois tendance à s'adresser aux niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire pour les services de maternité (Sanders, et al., 1998), la demande de soins de santé de base prodigués post-partum s'exprime de préférence au niveau local. Ainsi, à MMH, le suivi des femmes et des enfants après l'accouchement apparaît avoir été l'un des points les plus faibles du paquet de services de PTME. Plusieurs types de facteurs expliquent cette faible couverture.

Tout d'abord, **les stratégies de suivi post-partum sont peu précises dans les différents textes de recommandations internationales de PTME de l'ONUSIDA ou de l'OMS.** Lors de la mise en œuvre des activités pilotes de PTME à MMH, le personnel de santé en place a certainement manqué d'expertise et de suggestions innovantes apportées de l'extérieur pour renforcer le système de suivi existant. En effet, dans le district de Buhera, la faible couverture en soins post-natals, le manque de personnel en poste et formé à la PTME, ainsi que le manque de moyens de transport (pour que les agents de santé se déplacent lors de visites domiciliaires ou pour que les femmes et leur famille parviennent au centre de santé pour les visites de suivi prévues) ont constitué des freins importants aux activités de suivi dans la communauté.

En outre, dans un contexte rural, où la mobilité géographique des populations implique des conditions complexes de suivi post-partum des mères et des enfants, l'intégration logistique et de monitoring de l'ensemble des interventions de PTME au sein des services de santé materno-infantiles est nécessaire. Nous avons déjà évoqué combien la définition de modules de formations intégrés en matière de santé reproductive, de PCIME, de nutrition et de PTME, entre autres, faciliterait une démarche holistique du personnel de santé, qui pourrait saisir chaque opportunité de contact avec la mère et l'enfant pour leur dispenser les services de santé appropriés. Cette démarche nécessite par ailleurs un système de communication et de suivi de l'information au niveau individuel. Trois ans après l'introduction des services de PTME dans le district de Buhera, aucun système de suivi standardisé couvrant les interventions de PTME après l'accouchement n'avait été mis en place à MMH, ou plus précisément entre MMH et les cliniques rurales, que ce soit un suivi médical ou un suivi en relation avec des associations locales. L'intervention pilote de PTME à MMH s'est davantage focalisée sur les services de prévention peri-partum du VIH que sur les activités de prévention et de soutien post-partum. Dans ces circonstances, où les femmes et les enfants n'ont pu bénéficier du soutien actif du système de santé, institutionnel et/ou communautaire, il est particulièrement compréhensible qu'ils n'aient pu ou voulu recourir aux soins et services de santé et aient été « perdus de vue » après l'accouchement.

De plus, la fragilité des systèmes de communication et de collaboration entre les centres de santé et les organisations communautaires (de soins et de soutien à domicile par exemple) et l'inexistence d'outils d'identification des femmes ayant bénéficié de services de PTME à

MMH a largement limité l'offre de services de soutien psychosocial et de nutrition infantile après l'accouchement. La centralisation de l'offre de services de suivi à MMH, que ce soit les réunions des groupes de soutien ou la disponibilité des conseillers en nutrition infantile, n'a pas permis le recours des femmes à des services et des structures appropriées qu'elles auraient voulu de proximité.

A la fin de l'année 2004, un système de fiches de suivi médical, individuelles, détenues par les femmes ayant bénéficié de services de PTME, ainsi que par l'ensemble des femmes ayant accouché, a été introduit dans le district. L'objectif de ces fiches est de permettre l'identification des femmes, le transfert d'informations médicales et donc un suivi adéquat et continu. L'efficacité de ce système de monitoring sur l'accès aux services de santé reste à démontrer. Il s'agira également de documenter les conséquences de ce suivi individuel en matière de confidentialité et de prévention de la stigmatisation liée au statut sérologique séropositif. En effet, l'existence de « carnets de santé » personnels peuvent à la fois responsabiliser les mères, les rassurer sur l'existence d'un intérêt et d'un soutien du personnel de santé pour leur condition, et les encourager dans leurs démarches de santé ; mais ces outils pourraient aussi agir comme un frein psychologique ou sociologique par lequel les femmes seraient trop facilement identifiées, se sentant contraintes dans leur utilisation des services de santé et adoption de pratiques recommandées. Le MOH/CW a prévu une évaluation de ces nouveaux outils au cours de l'année 2005 (communication personnelle, Dr Engelsmann, ISPED Zimbabwe).

L'expérience de MMH a montré que si une phase d'activités pilotes est critique pour la compréhension, à petite échelle, des rouages et des difficultés d'une nouvelle intervention de santé publique, le développement d'une approche de district doit être rapide. La disponibilité des services de suivi de PTME dans les centres de santé de base, notamment en termes de prophylaxie par cotrimoxazole, de planning familial, et de conseil en matière de nutrition infantile, permet une prise en charge simplifiée des femmes devant bénéficier de l'ensemble du paquet de services de PTME. La recherche de la simplicité des démarches de santé est moins un défi programmatique qu'une nécessité sociale, afin de permettre aux femmes de disposer des services de suivi et de soutien adéquats, nécessaires à la mise en œuvre des comportements qu'elles sont encouragées à adopter.

Afin de favoriser la proximité et la couverture des services de PTME, est-il faisable, acceptable et/ou nécessaire de modérer l'approche institutionnelle des activités de PTME ? Une démarche communautaire, non plus seulement liée à la gestion des enjeux et des conséquences de l'infection par le VIH, mais aussi permettant de faciliter l'offre et le suivi de services de PTME, est-elle souhaitable ?

B La PTME dans les pays en développement : interventions médicales et/ou communautaires?

Le secteur de la santé au Zimbabwe, comme de nombreux autres pays en développement, fait actuellement face à d'importantes pénuries en ressources humaines suffisamment qualifiées et motivées (Chen, et al., 2004a). Les dysfonctionnements du système de santé, l'incapacité de fournir au personnel de santé un cadre de travail et une motivation adéquats sont une des raisons majeures de la couverture insuffisante des interventions de santé publique, et ce dans le monde entier (Habte, et al., 2004). Comment pallier les difficultés rencontrées au sein du système de santé pour permettre l'accès des populations à ces services de base dans le contexte d'une épidémie généralisée de VIH/SIDA comme au Zimbabwe ?

Actuellement, **la tendance internationale des chercheurs, décideurs et bailleurs de santé publique semble encourager toutes les initiatives en faveur de la « communautarisation » des activités opérationnelles.** Dans le cadre de l'initiative PCIME, il est fait promotion du rôle des familles et communautés qui, avec une formation adéquate, peuvent prévenir et identifier de nombreuses causes de morbi-mortalité de l'enfant. Par ailleurs, les programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA de plusieurs pays aux ressources limitées, ont défini des domaines de la santé publique appropriés pour l'intervention des agents de santé traditionnels tels que les soins de santé communautaires ou le conseil. Au Zimbabwe, le besoin de soutien et de suivi des patients malades du SIDA a fait des programmes de soins à domicile une panacée. Pourtant la nécessité de former les familles, d'assurer un suivi continu par les agents de santé communautaire, et le besoin accru de soins au fur et à mesure que la maladie progresse, limitent la praticabilité de cette stratégie au long terme (Jackson and Kerkhoven, 1995). De plus, une étude conduite en 1998 a montré que le coût d'une visite à domicile dans le cadre d'un programme rural de soins du VIH/SIDA à domicile était équivalent à 2,7 jours de soins hospitaliers (dans un hôpital de district). Le coût

important des soins à domicile réduisait par-là même le nombre de visites possibles et imposait une charge de soins encore plus importante à la famille des malades (Hansen, et al., 2000).

Le contexte de mise en œuvre des interventions de PTME au Zimbabwe semble à priori particulièrement différent de toute approche communautaire ou domiciliaire. **Le soutien financier et technique international à l'introduction des interventions pilotes de PTME au Zimbabwe a encouragé l'institutionnalisation de ces services. Les bailleurs de santé publique ont encouragé le développement de « sites » de PTME, le point focal de ces interventions étant le centre de santé. Cette approche a favorisé la « médicalisation » des services de PTME au Zimbabwe.**

Pourtant, de nombreuses composantes du paquet de services de PTME ne sont pas naturelles au secteur médical, telles que la mobilisation communautaire ou le conseil (que ce soit le conseil pré/post-test du VIH, le conseil en nutrition infantile ou le conseil de suivi psychosocial). Au lendemain de la phase pilote à MMH, les infirmières ont été chargées des activités de conseil. En effet, à MMH comme dans l'ensemble du pays, les piliers des activités de PTME sont les agents de santé. Mais les professionnels de santé sont-ils les plus à même de dispenser ces services « paramédicaux », en particulier dans un contexte de pénuries en ressources humaines ? L'utilisation d'un personnel déjà débordé par ailleurs, la responsabilisation de ce personnel dans la conduite d'activités consommatrices de temps et d'énergie est-elle une stratégie adéquate d'offre de services de conseil et dépistage du VIH aux femmes enceintes ? Quels sont les enjeux, pour les femmes et le personnel de santé lui-même, de confier la responsabilité de la gestion d'une intervention de prévention du VIH/SIDA à des professionnels de santé ? Le centre de santé est-il le cadre idéal pour dispenser le conseil en matière de PTME ? Est-il nécessaire, faisable, efficace de « dé-médicaliser » et délocaliser tout ou partie de ces activités de conseil, en confiant la responsabilité de ces interventions de PTME non plus aux professionnels de santé institutionnels mais à des professionnels et des volontaires communautaires et sociaux ?

L'analyse du type de relation pouvant exister entre le professionnel de santé et le/la patient(e) bénéficiant de services de PTME est particulièrement instructive sur les enjeux d'une intervention médicalisée. Au Ghana, une étude évaluant, avant toute intervention opérationnelle, la connaissance et les attitudes des femmes enceintes en matière de TME du

VIH et du dépistage prénatal du VIH a montré que la plupart des femmes accepteraient le dépistage prénatal si les professionnels de santé le leur demandaient (Lee, et al., 2003). Au Zimbabwe, les professionnels de santé sont également très respectés. Dans le district de Buhera, les infirmières des centres de santé de base en zone rurale, exerçant souvent seules, bénéficient de la confiance de la population. Les infirmières « savent ce qui est bon pour leur communauté » et seraient susceptibles de « convaincre » les femmes à adopter certains services ou pratiques de santé. Ainsi en Tanzanie, certains conseillers ont vécu comme un échec le fait de ne pas convaincre les femmes d'accepter le dépistage du VIH (de Paoli, et al., 2002). En matière de nutrition infantile, aucun des répondants de notre enquête IFES n'a déclaré que l'éducation et le soutien qu'ils offraient aux mères pouvait être assimilé à une « leçon » ou à la décision des options et pratiques de nutrition infantile adoptées par les mères. Ils ont reconnu cependant que le conseil et les conseils émanant des professionnels de santé sont souvent perçus comme les « derniers mots » et donc mis en application, comme il l'a été montré en Tanzanie et en Afrique du sud (de Paoli, et al., 2002; Seidel, et al., 2000). La frontière entre choix et contrainte de santé peut donc être perméable pour de nombreux professionnels de santé (Williams, et al., 2002).

De tels exemples soulignent la position critique des agents de santé en charge du conseil qui pourraient avoir tendance à abuser, non volontairement mais par souci d'efficacité, de leur pouvoir et se détourner des objectifs de décision éclairée liée au conseil du VIH. L'influence des professionnels de santé peut également jouer en sens inverse et freiner l'utilisation des services de PTME. Ainsi, en Côte d'Ivoire, le fait que les femmes infectées le VIH aient vécu ou aient peur de vivre une expérience négative lors du contact avec les professionnels de santé responsables de la PTME était une raison de non-acceptabilité de la prophylaxie ARV (Painter, et al., 2004). La position des professionnels de santé en zone rurale, qui vivent près de leurs patientes et peut être les connaissent, est parfois délicate. Les femmes, qui craignent le manque de confidentialité, préfèrent refuser le dépistage du VIH (Mathole, et al., 2004).

Au Zimbabwe, une étude qualitative évaluant les rapports et les modes de communication entre infirmières en maternité et les femmes enceintes a souligné l'existence d'une relation d'autorité importante, et d'une attitude parfois soumise des femmes (Murira, et al., 2003). L'expérience des interventions de PTME mises en œuvre à MMH a révélé l'existence de pressions socioculturelles au sein même du système de santé. Ces contraintes se sont

exprimées notamment dans les discours des professionnels de santé (souvent des femmes elles-mêmes). Ainsi par exemple, lors des séances d'éducation pour la santé dispensées chaque matin à MMH, incluant les messages de PTME, il était fréquent d'entendre les infirmières suggérer aux femmes, non seulement de discuter de la PTME avec leur partenaire, mais surtout de leur demander l'autorisation de bénéficier de services de conseil et de dépistage du VIH. Le manque d'autonomie des femmes et leur faible pouvoir de décision, seraient confortés par les professionnels de santé eux-mêmes, qui leur imposent leur propres tabous, transfèrent leurs propres inquiétudes sur leurs patientes, et par-là même contribuent à freiner l'acceptabilité des services de PTME.

Il est donc possible que le professionnel de santé, responsable des statistiques sanitaires d'efficacité, débordé par une multitude de fonctions cliniques et administratives, détenteur d'un pouvoir social particulier dans ces communautés rurales, ne représente pas forcément le meilleur interlocuteur en matière de conseil du VIH. Pour pallier ces contraintes, la faisabilité et la qualité de l'utilisation de personnels non-professionnels ont été étudiées. Les arguments en faveur de la participation de conseillers volontaires sont principalement logistiques, leur intervention permettant d'alléger la charge de travail d'un personnel infirmier déjà débordé par ailleurs. Le fait que ces agents volontaires soient souvent recrutés parmi des groupes de soutien et soient eux-mêmes parfois infectés par le VIH, permet une éducation et un dialogue par les pairs qui est reconnu comme une stratégie de prévention du VIH/SIDA particulièrement efficace (*voir partie 4.2.3*). Ces volontaires disposeraient de davantage de temps et de compétences interpersonnelles, seraient davantage sensibilisés aux enjeux sociaux de la connaissance d'un statut séropositif, et permettraient d'améliorer l'acceptabilité des services de PTME parmi les femmes plus socialement exposées au risque du VIH.

Au Zimbabwe, cette stratégie communautaire, longtemps refusée par le MOH/CW et le corps professionnel des infirmières, semble être de plus en plus encouragée dans le contexte de l'offre de services de PTME. En 2004, le MOH/CW a créé un nouveau poste de santé publique, le *Primary Care Counsellor* (PCC), dont les responsabilités principales sont le conseil du VIH, le conseil en matière de nutrition infantile, ainsi que le conseil auprès des patients tuberculeux. De la même façon, les CDC américains, en collaboration avec ZACH (*Zimbabwe Association of Church Related Hospitals*), soutiennent depuis 2003 l'offre de services de conseil du VIH par des volontaires au sein de certains hôpitaux de mission du pays. La multiplication des acteurs et des bailleurs de santé publique impliqués dans la PTME

permet une grande flexibilité stratégique et programmatique qui favorise les approches innovantes en termes de ressources humaines. Cet état de fait du programme national de PTME profite au MOH/CW qui espère ainsi sans cesse améliorer la couverture, la qualité et l'acceptabilité des services de PTME.

Pour le moment au Zimbabwe, l'implication de volontaires dans l'offre de certaines composantes du paquet de services de PTME ne concerne pas l'intervention ARV. En Tanzanie, l'implication de sages-femmes traditionnelles dans l'observation de la prise de la névirapine monodose dans la communauté a été suggérée comme « stratégie intermédiaire » pour améliorer l'acceptabilité de la prophylaxie ARV (Bulterys, et al., 2002). Ces agents de santé connaissent les traditions locales, bénéficient de la confiance de la population, sont susceptibles de mobiliser la communauté pour encourager l'acceptabilité de nouvelles interventions de santé publique et pourraient constituer un appui à une approche décentralisée de l'offre de services de PTME. Au Zimbabwe, une part importante de la population rurale n'a pas accès à des services de maternité institutionnalisés et l'intervention de ces sages-femmes, en collaboration avec les centres de santé, pourrait être envisagée comme un « filet de sécurité ». Malgré tout, le niveau d'éducation et de formation des sages-femmes traditionnelles peut être parfois insuffisant (Walraven, 2002). Il a été montré également que les peurs des femmes, révélant leur statut sérologique à un membre de la communauté, et craignant par-là même de s'exposer à un risque de stigmatisation, pouvaient devenir, au contraire, des facteurs de non-compliance accrue à la prophylaxie ARV (Songok, et al., 2003). La perte de confidentialité en matière de santé individuelle, et pas seulement de l'infection par la VIH, est une des limites des approches de santé communautaire.

Ces différents exemples montrent que si la participation des membres de la communauté doit être encouragée, celle-ci doit s'effectuer conjointement aux activités des professionnels de santé et non en remplacement. **Il semble dans tous les cas pertinent de se focaliser avant tout sur le renforcement des services offerts en centres de santé, notamment en constituant un contingent de professionnels de santé formés pouvant répondre à leur responsabilité d'offrir des services de PTME de qualité** (Berer, 2003). Dans des contextes de crise socio-économique tels que celui vécu au Zimbabwe depuis près d'une décennie, l'utilisation des volontés et des disponibilités des ressources humaines non-professionnelles ne devrait en aucun cas favoriser un transfert de responsabilités du système de santé vers la communauté. La responsabilité du gouvernement, et en particulier du

MOH/CW, est de renforcer sa capacité en ressources humaines, et, pour ce faire, d'adopter une démarche au long terme de développement du secteur de la santé.

Ainsi, avec des ressources humaines de santé publique suffisantes, la « communautarisation » des services de PTME peut également être considérée en termes d'espace géographique. Les professionnels de santé sont en effet susceptibles de se déplacer dans la communauté et de rapprocher l'offre de services de PTME des femmes les plus vulnérables. Afin d'augmenter la proportion de personnes testées qui sont informées de leur statut sérologique, une étude en Ouganda a montré l'acceptabilité et l'efficacité d'une stratégie de conseil post-test à domicile (Were, et al., 2003). Cette stratégie « avancée » dans la communauté pourrait être mise en œuvre dans le contexte des services de PTME à MMH où l'utilisation de tests rapides réduit déjà grandement le nombre de femmes devant revenir chercher leurs résultats. Ce type d'approche dite « *outreach* » en anglais serait une interface entre santé institutionnelle par des professionnels de santé et santé communautaire par des volontaires. Qu'importe les statuts sérologiques des femmes et des patients, le conseil du VIH, intervention de prévention au niveau individuel, pourrait être couplé à une intervention familiale et communautaire. Ces visites à domicile, et par extension dans les villages, pourraient permettre des séances d'éducation en groupe, favorisant la réduction des risques de stigmatisation et procurant de nouvelles opportunités de discussion et d'échange avec les populations.

En effet, les enjeux de la médicalisation ou de la communautarisation des services de PTME se mesurent également à la lumière des efforts et les investissements en matière de sensibilisation et de mobilisation communautaire, essentiels pour accompagner les femmes et leur famille dans leur démarche de PTME. Quel cadre de santé est le plus approprié pour diffuser des messages de PTME ? Quel type de stratégie de communication adopter ? Quelles populations sont les plus réceptives ? C'est l'objet de notre partie suivante.

4.2.2 Niveau de sensibilisation et utilisation par les femmes des services de PTME

A Le contexte global d'acceptabilité des services de PTME

La connaissance du VIH/SIDA, de ses modes de transmission et de ses facteurs de risque, sont autant de facteurs favorisant l'appréhension et l'application de stratégies d'évitement et de prévention du VIH. La sensibilisation et l'éducation des responsables politiques, des professionnels de santé, d'une communauté, de la « population générale » sont essentielles pour favoriser l'acceptation de services de santé par une certaine catégorie d'individus, en l'occurrence ici les femmes enceintes. En effet, le manque de connaissance, et la peur de l'inconnu et de ses conséquences, sont des freins importants à l'acceptabilité de nouveaux services de santé. Les activités de sensibilisation et d'éducation en matière de PTME de la communauté du district de Buhera, conduites à partir de 2001, ont eu pour objectifs 1) des changements au niveau individuel, avec une meilleure compréhension, pour soi, des questions relatives au risque de TME du VIH et des stratégies de prévention, mais aussi 2) des changements au niveau collectif, avec une meilleure acceptabilité sociale et un encouragement global des femmes et des familles s'engageant dans une démarche de PTME. Le postulat sous-tendant ce type d'approche était que l'amélioration des connaissances était une première étape vers le changement de comportement.

Dans ce contexte de programmes de mobilisation communautaire ponctuels, évalués sur des périodes courtes, et seulement quelques années après leur mise en place (dans notre cas, deux ans), les changements et évolutions observées doivent être considérés davantage comme des indications de tendance que comme le constat d'une situation nouvelle et définitive. Les éventuelles améliorations des connaissances et des pratiques en matière de VIH/SIDA, plus ou moins liés aux interventions de sensibilisation et de mobilisation, ne sont en aucun cas une garantie de changement de perceptions et de comportements, et encore moins de normes sociales dont les évolutions s'observent sur plusieurs générations.

Néanmoins, la conduite de deux enquêtes CAP à 18 mois d'intervalle nous a permis d'apprécier l'amélioration globale, au cours du temps, de la connaissance en matière de TME et PTME au sein de notre communauté d'étude. Notre objectif n'était pas de mesurer l'impact exact de chaque message de sensibilisation ou d'éducation sur les différents taux d'acceptabilité des interventions de PTME à MMH. Il s'agissait, dans un contexte

opérationnel, d'apprécier le degré et la rapidité de réponse de la communauté, exprimés par l'amélioration de ses connaissances et de ses attitudes, et d'apprécier ainsi l'existence d'un contexte plus ou moins favorable à l'utilisation des services de PTME.

Au-delà de l'impact des activités de sensibilisation et d'éducation, les progrès observés dans les niveaux de connaissance en matière de PTME dans la population de femmes interrogées ont pu être favorisés par l'expansion des services de PTME dans plusieurs sites du district de Buhera. Il est probable que l'existence de ces interventions et l'observation des conséquences visibles de ces services de lutte contre le VIH/SIDA ont permis de fixer les connaissances des populations locales interrogées. Le lien entre la proximité des populations avec le VIH/SIDA (connaissance de malades, de parents ou d'amis décédés) et l'appropriation individuelle des messages de prévention modèlent les comportements, bien que de façon non systématique (Vidal, 2004). Le principe de l'apprentissage par l'expérience peut également expliquer pourquoi, en 2002, les femmes enquêtées étaient déjà sensibilisées au risque de TME du VIH et à l'existence d'interventions de PTME, même avant l'introduction formelle de services de PTME dans la région. En effet, le district de Buhera a une longue histoire d'éducation et de sensibilisation communautaire en matière de VIH/SIDA, avec la mise en œuvre de plusieurs programmes de soins à domicile. Les éducateurs et les volontaires travaillant dans la communauté sont susceptibles d'avoir diffusé informellement des messages de PTME aux familles et à leur entourage, favorisant ainsi le niveau de sensibilisation de la communauté.

Bien que relativement bien sensibilisées, les femmes interrogées avaient une connaissance inégale et peu structurée des modes de TME du VIH et de ses différents facteurs de risque. Le concept du « risque » de TME, par lequel seulement une proportion d'enfants nés de mères infectée par le VIH seront infectés par le VIH, n'était pas toujours compris par la population locale, comme il l'a été montré ailleurs (Hyodo, et al., 2000). De plus, de nombreux illogismes et contradictions sont apparus dans les résultats de l'enquête concernant les facteurs augmentant ou réduisant le risque de TME du VIH. En Afrique du sud, l'utilisation en alternance de questions fermées de sensibilisation et de questions ouvertes de connaissance (comme dans notre enquête, voir annexe 2) a révélé les lacunes dans les réponses des populations interrogées en matière d'IST (Blecher, et al., 1995). Il est fréquent en effet que les études CAP en matière de VIH/SIDA mettent à jour des différences entre un niveau de sensibilisation générale et une connaissance spécifique.

Afin de mieux comprendre les facteurs qui auraient pu influencer une meilleure compréhension des questions de PTME, nous avons étudié le profil sociodémographique et la provenance géographique des femmes interrogées au cours des deux enquêtes CAP. Notre analyse multivariée a montré que, dans l'ensemble, l'influence des variables sociodémographiques sur les niveaux de sensibilisation et de connaissance en matière de TME et PTME des femmes interrogées était limitée. Seul le fait d'avoir bénéficié d'une éducation formelle semble avoir influencé les résultats d'enquête. L'étude des conséquences du programme de mobilisation communautaire mis en œuvre dans le district de Buhera a suggéré que le développement de messages ciblés suivant l'âge ou l'occupation des femmes n'était pas forcément pertinent dans notre contexte d'étude.

Au contraire, l'influence du type de centre de santé et de la provenance géographique des femmes interrogées, était fréquente. Pour certains indicateurs, le niveau de sensibilisation et de connaissance en matière de TME du VIH était largement plus élevé parmi les femmes interrogées à MMH que dans les autres centres de santé visités en 2002 et 2004. Cette différence peut s'expliquer par le fait que MMH avait introduit des services de PTME dès 2001 et que les femmes vivant dans la zone de couverture de l'hôpital avaient logiquement été davantage exposées, et plus longtemps, aux messages de PTME. Par conséquent, elles déclaraient un niveau de connaissance en matière de TME plus élevé. La comparaison des données de 2002 et 2004 selon l'origine géographique des femmes interrogées a montré **l'importance de l'assimilation et l'appropriation progressive des messages d'éducation et de prévention**. Ces résultats encourageants suggèrent que l'amélioration des niveaux de sensibilisation et des connaissances des populations, et, par-là même, la construction d'une certaine forme de soutien communautaire, sont réalisables grâce à des campagnes de mobilisation, qui doivent quand même être d'assez grande ampleur.

La pertinence de différents types de campagnes de sensibilisation est souvent discutée. Faut-il cibler les initiatives de sensibilisation et d'éducation pour faciliter l'assimilation des messages de prévention par certains « groupes à risque » ? Faut-il agir à large échelle pour prévenir le risque de stigmatisation et encourager des changements d'attitudes au sein de la population générale ? Notre analyse multivariée des résultats des enquêtes CAP a permis d'estimer l'influence du type de consultation, les différences entre les femmes en consultation prénatale ou en consultation externe, afin de déterminer s'il existait une influence

différentielle des campagnes de mobilisation sur certains groupes de population. Il est apparu que le type de consultation était rarement associé à des variations dans le niveau de sensibilisation et de connaissance en matière de TME et PTME. Ceci peut être expliqué par la « nouveauté », même après trois ans d'activités de PTME, des questions relatives à la TME du VIH, dont la connaissance est encore dispersée dans la population. Ces résultats n'appellent donc pas à la conduite d'activités de sensibilisation ciblées mais plutôt soulignent l'importance de diffuser des messages de PTME qui soient spécifiques. Il s'agit de concilier l'introduction de concepts complexes avec la mise à disposition d'interventions simples de PTME. Les enjeux de réussite sont importants, mais le potentiel d'efficacité l'est davantage.

B Les facteurs d'utilisation du paquet de services de PTME

Les systèmes de santé disposent, à l'échelle mondiale d'un paquet de services de PTME composé, entre autres, de deux interventions essentielles, le conseil et le dépistage du VIH et une prophylaxie ARV. Face à la simplicité logistique (du moins apparente) de ces outils de santé publique, il est d'autant plus difficile de se résoudre à des taux insuffisants d'acceptabilité et d'utilisation de ces services tels que présentés dans le cas de MMH (*voir partie 3.1*). Les différents gouvernements et organismes de soutien technique impliqués dans l'offre de services de PTME se sont efforcés depuis plusieurs années d'identifier l'ensemble des facteurs limitant ou favorisant l'acceptabilité de chaque composante du paquet de services de PTME. Cette réflexion s'est attachée à mieux comprendre les situations de la multitude d'acteurs impliqués dans l'offre, la gestion et l'utilisation de ces services. Des études de recherche opérationnelle, principalement épidémiologique, parfois sociologique et anthropologique, se sont focalisées sur les circonstances des femmes (et par-là même du couple), des professionnels de santé (et par-là même du système de santé) et de la communauté (et par-là même de la société).

Dans les régions développées du monde, la couverture en services de santé est quasi-universelle, et il est possible d'offrir des services de PTME à la majorité des femmes infectées par le VIH. Dans des contextes aux ressources économique limitées, l'accès aux structures de santé – épices de l'offre des interventions de PTME – est limité et le personnel chargé de dispenser ces services souvent insuffisant. Au niveau des systèmes de santé, la mise en œuvre de ces stratégies de prévention simples nécessite la définition de stratégies opérationnelles complexes. Et l'utilisation des services disponibles par les femmes leur demande de faire un

choix et prendre des décisions particulièrement délicates. Comment ces femmes peuvent-elles saisir la chance d'améliorer la survie de leur enfant sans risquer des conséquences sociales négatives pour elles-mêmes ?

Depuis le début des années 2000, un certain nombre d'études se sont attachées à décrire les niveaux de couverture et comprendre les facteurs d'acceptabilité des services de PTME, particulièrement dans les pays en développement. La première approche a souvent été de mieux comprendre qui sont les utilisatrices, et les non-utilisatrices des interventions de PTME et d'observer si un certain type de femmes était plus à même que d'autres d'accepter ces services.

Au cours de la phase pilote des activités de PTME à MMH, les femmes ayant refusé le conseil pré-test n'étaient pas interrogées, et donc aucun facteur sociodémographique d'acceptabilité de cette première étape de la cascade de services n'a pu être identifié. Aujourd'hui, l'amélioration de l'acceptabilité du conseil pré-test ne semble plus être la priorité. En effet, le renforcement des stratégies d'intégration des interventions de PTME dans les services de santé prénatale tend à s'accompagner de l'introduction du dépistage du VIH en routine, et par conséquent de la réduction voire de la suppression des sessions de conseil pré-test. Ainsi, les taux d'acceptabilité du dépistage du VIH au Botswana, comparables à ceux observés à MMH, ont été largement améliorés récemment par l'offre du dépistage du VIH en routine, envisagé comme partie intégrante des services de santé prénatale (Seipone, et al., 2004). Cette approche « *opt-out* » a été officiellement approuvée par le MOH/CW du Zimbabwe en avril 2005 et est désormais encouragée dans le contexte de la politique nationale de PTME (communication personnelle Dr Engelsmann, ISPED Zimbabwe). L'impact de cette stratégie « *opt-out* » sur les taux de fréquentation du conseil post-test, sur l'acceptabilité de l'intervention ARV pour les femmes infectées par le VIH, ainsi que sur les conséquences sociales vécues par les femmes, reste à évaluer et requiert un monitoring approfondi.

D'une part, l'approche « *opt-out* », favorisant le dépistage et l'annonce du résultat du test VIH le jour-même de la consultation prénatale, et par conséquent, ne laissant pas d'opportunités aux femmes d'en discuter avec leur partenaire, pourrait être perçue comme une contradiction aux efforts de promotion de la participation des hommes aux interventions de PTME. D'autre part, l'offre du dépistage prénatal du VIH en routine permet également à la plus grande

proportion possible de femmes de bénéficier des services de conseil et de soutien professionnel dont elles ont besoin pour engager des activités de prévention du VIH avec leur partenaire. En réalité, quelle que soit la stratégie de conseil et dépistage du VIH mise en œuvre, et indépendamment de l'utilisation des services de PTME, la promotion active, dans la communauté, du conseil et dépistage du VIH du partenaire reste une priorité de santé publique (Painter, 2001).

Nous avons souligné précédemment que l'implication des partenaires et une approche de couple au conseil et dépistage du VIH pouvaient améliorer la participation des femmes à chaque étape de la cascade de services de PTME et étaient déterminants en termes de soutien offert aux jeunes mères. Dans le cadre des services de PTME à MMH, et d'une proposition « traditionnelle », « *opt-in* », du conseil et du dépistage du VIH aux femmes en consultation prénatale, les taux observés de dépistage du VIH des partenaire était faible, concernant seulement 4% du nombre total de femmes dépistées. Plusieurs raisons ont été suggérées pour expliquer ce phénomène, telles que la gêne des hommes de se retrouver dans un univers féminin et de patienter avec les autres femmes, ou les attitudes négatives du personnel de santé. Cet indicateur de faible utilisation des services de conseil et dépistage du VIH par les partenaires/pères peut également indiquer un dialogue limité au sein du couple en matière de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'un taux insuffisant de partage des résultats du dépistage maternel. Les hommes n'auraient pas l'opportunité d'accepter le dépistage car ils n'y ont pas été invités (bien que les femmes interrogées au cours de leur séance de conseil post-test à MMH ont affirmé vouloir proposer le dépistage à leur partenaire). Des études de recherche qualitative pourraient contribuer à mieux comprendre le contexte socioculturel spécifique qui limite l'utilisation chez les hommes des services de conseil et dépistage du VIH disponibles.

Peu de stratégies opérationnelles permettant de répondre à la demande de conseil en couple ont été développées jusqu'à présent, et ce malgré des recommandations répétées au sein de la communauté internationale (Farquhar, et al., 2004). Une démarche opérationnelle d'amélioration de la participation des partenaires aux services de conseil et de dépistage du VIH, suggérée dès 2001, a été de valoriser la deuxième visite prénatale comme « visite du couple ». Pendant l'examen physique des femmes, les hommes pouvaient bénéficier d'une visite médicale envisagée comme une opportunité de dépister et traiter les IST et autres maladies infectieuses, de recevoir des préservatifs, de discuter du déroulement de la grossesse

et des interventions de PTME, et d'avoir eux-mêmes accès au dépistage du VIH (Holmes, 2001). Les modalités de cette participation des partenaires restent encore peu claires, s'agit-il de développer un conseil « du couple » ou « en couple » ? L'adoption, voire la négociation au sein du couple, de stratégies sexuelles préventives est largement conditionnée par un dialogue autour du statut sérologique. Cet échange entre partenaires, favorisé par une session de conseil à deux, peut également être motivé par deux démarches individuelles. Chacun des membres du couple doit avoir l'opportunité d'une session de conseil individuel et personnalisé, d'être informé sur les risques importants de sérodiscordance, et d'adopter par la suite une démarche personnelle de prévention du VIH. Certaines femmes désirent en effet conserver la responsabilité des décisions concernant leurs grossesses et leurs enfants, et il est important de respecter leur volonté et de préserver la confidentialité désirée du statut sérologique. **Les liens existants entre le dépistage du VIH intégré au sein des services de santé prénatale à MMH et le dépistage offert à la population générale, également dans l'enceinte de l'hôpital, sont propices à une démarche individuelle, en couple, ou de couple.**

L'acceptabilité du dépistage du VIH parmi les femmes vues en consultation prénatale à MMH a été particulièrement élevée lors de la période pilote, et en proportion similaire selon le statut sérologique des femmes testées. Dans un grand nombre d'études, les femmes ayant refusé le dépistage étaient plus à même d'être infectées par le VIH (Ladner, et al., 1996; Msellati, et al., 2001). Au final, seule la multiparité semble avoir été associée à une plus grande proportion de femmes testées à MMH. Cette association s'explique certainement par une exposition plus fréquente des femmes ayant déjà accouché aux messages d'éducation en matière de PTME (discussions préalables avec les professionnels de santé et avec d'autres mères). **L'absence de facteurs sociodémographiques décisifs dans l'acceptabilité du dépistage du VIH conforte la tendance à généraliser la disponibilité et l'accessibilité de ce service, et notamment par la stratégie « opt-out ».**

L'indicateur de PTME le plus clairement sujet aux influences sociodémographiques a été le statut sérologique des femmes. Les femmes infectées par le VIH à MMH étaient plus à même d'être âgées de plus de 30 ans, non mariées, multipares, sans emploi et ne pas avoir bénéficié d'éducation secondaire que les femmes séronégatives. Certains de ces facteurs ont été plus influents que d'autres. Le rôle de l'absence de mariage a été relativement faible, bien que comparable à d'autres études (Sombié, et al., 2004). Le rôle du facteur « age » peut

s'expliquer par l'infection cumulée sur une longue période comme il l'a été montré en Tanzanie (Changalucha, et al., 2002). L'amélioration du niveau d'instruction des femmes, c'est-à-dire des stratégies au long terme et à grande échelle, a déjà été citée à plusieurs reprises comme une des approches les plus efficaces et pérennes pour renforcer l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME et des stratégies de prévention du VIH dans leur ensemble (Ekouevi, et al., 2004; Gregson, et al., 2001). Cette multitude de facteurs sociodémographiques liés au statut séropositif à des femmes vues à MMH illustre l'hétérogénéité du risque d'infection par le VIH chez les femmes enceintes en situation d'épidémie généralisée (Sombié, et al., 2004). Bien que nécessaire et instructive, la documentation des caractéristiques sociodémographiques associées à l'infection par le VIH ne peut conduire à des interventions de santé publique spécifiques et ciblées. L'épidémie touche la population générale et non plus des populations à risque facilement identifiables, et dans ces circonstances, seule une approche communautaire, impliquant l'ensemble de la population du district de Buhera (et du reste du pays) est susceptible de permettre un fléchissement de la prévalence du VIH dans la population fréquentant les consultations prénatales.

Le profil sociodémographique des femmes suivies à MMH ne semble pas avoir influencé leur acceptabilité du conseil post-test, comme il l'a été observé également en Tanzanie (Kilewo, et al., 2001). Ces résultats diffèrent des observations d'autres initiatives de PTME, conduites en zone urbaine (Ladner, et al., 1996; Msellati, et al., 2001; Ramon, et al., 1998). Les taux d'utilisation du conseil post-test à MMH n'en sont pas moins restés largement insuffisants, avec près de 25% des femmes infectées par le VIH n'ayant pas été informées de leur statut sérologique. Ces opportunités manquées de prescription de la prophylaxie ARV de PTME sont apparues d'autant plus regrettables que l'acceptabilité de la prise de la névirapine monodose était élevée parmi les femmes demeurant dans la cascade de services et non-liée aux caractéristiques sociodémographiques des mères, comme il l'a été montré récemment au Kenya (Kiarie, et al., 2003).

L'analyse de l'influence de variables sociodémographiques sur l'acceptabilité et l'utilisation de certains services de santé est très répandue. Il est vrai, en effet, que le contexte de vie influence, voire conditionne, l'adhésion d'un individu à un principe de santé publique, ou à ce qu'il estime être prioritaire ou pas à un moment donné de sa vie (Bourdier, 2003). Le niveau d'éducation, le type d'emploi, ou l'âge sont autant de facteurs impliquant une exposition différente aux messages de santé publique, une compréhension des principes de

prévention et une motivation à l'application de ces recommandations différentes. Nous avons vu dans la partie 1.1 que les facteurs sociodémographiques étaient parmi les plus importants déterminants de la santé de l'enfant. Le choix du type de variables sociodémographiques étudiées, et surtout des seuils de significativité, est influencé par les expériences précédentes des mêmes problématiques et dépend largement du contexte local. **Nos observations suggèrent que les facteurs d'acceptabilité et d'utilisation des services de PTME à MMH sont moins individuels que contextuels.** Comment décrire et comprendre les facteurs d'acceptabilité des services de PTME et surtout, comment trouver les stratégies adéquates pour que, quel que soit l'environnement socioéconomique des femmes, les services leur soient accessibles et qu'elles puissent les utiliser ? Le renforcement des activités de mobilisation communautaire est recommandé internationalement comme l'une des interventions clé pour l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME (World Health Organisation, 2003f). Une approche ciblée, par la définition de messages éducatifs adressés aux groupes vulnérables à chaque étape de la cascade, n'est peut-être pas suffisante. Nos résultats soulignent à quel point les services de PTME, de même que les autres services de santé reproductive et de lutte contre le VIH/SIDA, requièrent des efforts en faveur de l'émancipation de femmes et l'amélioration de la qualité des services de santé, des investissements au long terme pour la santé de la mère et de l'enfant (Grown, et al., 2005).

C Le contexte de prévention primaire du VIH

Les différentes études conduites à MMH ainsi que dans le district de Buhera ont permis de documenter certaines des attitudes et des pratiques en matière de planning familial, d'utilisation de méthodes contraceptives et de préservatifs, permettant d'apprécier le contexte de santé reproductive et de prévention de la transmission sexuelle du VIH dans cette région. Ces données sont fondamentales pour apprécier les circonstances plus ou moins favorables à l'acceptabilité et l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH et de prévention de la TME postnatale du VIH, entre autres.

Les résultats des enquêtes CAP ont permis de mettre en valeur un décalage entre 1) la valeur donnée à la prévention primaire du VIH pour la PTME et la connaissance des facteurs de risque de la TME, et 2) la faible prévalence des pratiques sexuelles sans risques, notamment l'utilisation de préservatifs. Les estimations de prévalence d'utilisation des préservatifs parmi les femmes interrogées en 2002 et 2004, comparables aux statistiques du dernier ZDHS de

1999 (Central Statistical Office, et al., 1999), ont montré une utilisation insuffisante de cette méthode de prévention du VIH. La disponibilité de préservatifs dans les centres de santé du district, suffisante pour répondre à la demande – du moins pendant la période d'étude exclut une explication logistique à leur faible utilisation. Et en effet, toute une série de facteurs socioculturels nous permettent d'apprécier les contraintes rencontrées lors de l'application des théories et recommandations en matière de prévention de la transmission sexuelle du VIH.

La contradiction exprimée par ces femmes qui recommandent l'adoption de pratiques préventives mais déclarent des rapports sexuels non protégés est riche en enseignements. Cette attitude illustre peut-être une préférence personnelle en matière de sexualité. Ces femmes peuvent également exprimer leur faible perception du risque, pour elles-mêmes, d'infection par le VIH pendant des rapports sexuels non protégés. Ainsi, les résultats de nos enquêtes CAP ont montré que les femmes avaient davantage tendance à focaliser le risque de TME du VIH, et à priori d'infection par le VIH, sur des populations à risque précises, impliquées dans des pratiques de promiscuité, et par-là même déjà stigmatisées. Cette démarche est plus facile que d'appliquer des connaissances plus ou moins abstraites (telles que le risque) à sa propre situation – d'autant plus qu'elles se déclarent toutes mariées (Faxelid, et al., 1994).

Ce décalage entre recommandation et pratique réelle révèle aussi et surtout l'existence de contraintes socioculturelles. Une étude dans le district de Buhera a montré que la communication entre partenaires en matière de relations sexuelles était pauvre (Kesby, 2000). Les normes sociales, les relations de genre et la pauvreté ont été identifiées comme des facteurs limitant davantage l'amélioration de la santé sexuelle des femmes que le degré de connaissances des femmes (Kesby, 2000). Ainsi, au Zimbabwe, comme dans d'autres pays, l'utilisation de préservatifs est principalement extraconjugale (Adetunji and Meekers, 2001). En effet, l'utilisation des préservatifs au sein du mariage est considérée, à la fois par les hommes et les femmes, comme une offense envers l'époux(se) et est susceptible de suggérer une infidélité (Feldman and Maposhere, 2003; Tharawan, et al., 2003). **Bien que de nombreuses femmes savent qu'elles ne sont pas la seule partenaire sexuelle de leur mari/partenaire, leurs options pour se protéger de l'infection par le VIH sont limitées.** La promotion de l'utilisation du préservatif féminin est encouragée depuis la fin des années 1990 au Zimbabwe (1996b) et a fait l'objet d'un large programme de marketing social

organisé par PSI, principalement en zone urbaine⁸⁴. Plusieurs enquêtes ont montré que son utilisation reste faible : le préservatif féminin ne résolvait pas les contraintes liées au besoin des femmes de « demander la permission à leur mari » d'utiliser un préservatif (Francis-Chizororo and Natshalaga, 2003), il n'était utilisé que par certaines populations et notamment les femmes mariées vivant en ville, et il ciblait davantage la prévention des grossesses non-désirées que la prévention primaire du VIH (Meekers and Richter, 2005). La promotion du préservatif (masculin ou féminin) comme méthode contraceptive à part entière pourrait faciliter son acceptabilité au sein du mariage et aurait l'avantage supplémentaire de contribuer à prévenir l'infection par le VIH (Ali, et al., 2004). Les attitudes, les valeurs, les croyances et les normes culturelles, ainsi que l'influence des familles, pairs et des médias jouent considérablement sur la capacité des femmes à adopter des comportements adéquats et expliquent l'existence d'écarts entre connaissances et pratiques en matière de prévention du VIH.

Par ailleurs, une étude conduite en zone rurale zimbabwéenne, afin de mieux comprendre les perceptions des hommes en matière de contraception au sein du mariage, a montré que les hommes percevaient l'avortement comme un signe d'activité sexuelle illicite et la contraception comme une stratégie utilisée par les femmes mariées pour cacher leur activité sexuelle extraconjugale (Chikovore, et al., 2002). Moins de la moitié des femmes interrogées au sein de l'initiative pilote de PTME à MMH, au moment du conseil pré-test, ont déclaré avoir utilisé un contraceptif avant leur grossesse en cours, et parmi elles seulement 2,5% ont mentionné l'utilisation de préservatifs (listé comme contraceptif). Une grande proportion (80%) des femmes ayant accouché et participé à l'enquête de nutrition infantile MMCHS ont déclaré utiliser une méthode contraceptive au moment de l'entretien. Seules 13,7% d'entre elles utilisaient un préservatif comme contraceptif, et aucune ne combinait les deux méthodes préventives. **Les principes de la double protection, comprenant l'utilisation d'une méthode contraceptive pour la prévention des grossesses non-désirées et l'utilisation de préservatifs pour la prévention de l'infection par le VIH, semblent peu acceptables pour le moment au Zimbabwe.** L'étude des données du ZDHS montre que les femmes ont tendance à se protéger davantage contre les grossesses non désirées que contre les IST, y compris le VIH, avec une utilisation de méthodes contraceptives (plus de 50% des femmes mariées) bien plus élevée que celle des préservatifs (moins de 10% d'utilisation lors du dernier rapport sexuel) (Central Statistical Office, et al., 1999). L'adoption de pratiques

⁸⁴ http://www.psi.org/resources/pubs/zimbabwe_care.html [Accessed 24/08/2005]

sexuelles sans risques requiert un fort degré d'émancipation chez les femmes (Bassett and Mhloyi, 1991) qui est loin d'être une réalité dans ces communautés rurales. En outre, l'infection masculine par une IST serait considérée comme un rite de passage, une preuve de l'activité sexuelle et de la virilité (Bassett and Mhloyi, 1991). Cette construction sociale du risque d'infection par le VIH, qui équivaut au déni du risque d'infection, pourrait expliquer en partie les difficultés rencontrées à la promotion de l'utilisation du préservatif au sein des communautés zimbabwéennes.

Les attitudes négatives envers l'utilisation du préservatif que nous avons observées dans nos enquêtes communautaires se cultivent dès l'adolescence, avec un manque d'exposition réelle des jeunes aux messages d'éducation sexuelle (World Health Organisation, 2001f). La législation zimbabwéenne sur l'accessibilité des services de santé aux adolescents est peu claire, et la règle informelle établie dans la majorité des centres de santé est de ne pas prendre en charge les mineurs, sauf les jeunes filles mariées ou ayant déjà eu un enfant⁸⁵. Les agents de santé ont tendance à considérer que l'éducation sexuelle encourage les jeunes à débiter une activité sexuelle (Langhaug, et al., 2002) et par-là même leur limitent l'accès à des services essentiels de planning familial, de prévention des grossesses non-désirées, et de prévention du VIH/SIDA.

Dans l'ensemble donc, les femmes informées de leur statut sérologique dans le cadre des interventions de PTME du VIH, s'efforçant de préserver leur statut séronégatif ou de prévenir la transmission de leur infection à leur partenaire, doivent faire face à de nombreuses contraintes sociales et culturelles. Aucune amélioration notable n'a été observée, entre les enquêtes CAP de 2002 et 2004, en matière de pratiques de prévention primaire du VIH. Ces observations suggèrent que l'adoption d'une approche holistique de PTME, telle que recommandée par l'OMS (World Health Organisation, 2003f), requiert d'investir davantage dans des méthodes innovantes de mobilisation, par le biais de stratégies ciblées de diffusion de messages éducatifs simples et spécifiques. Pour ce faire, un consensus scientifique en termes de recommandations de PTME, en particulier de PTME postnatale, est indispensable. Cependant, l'amélioration générale des perceptions du risque de PTME ou de transmission sexuelle du VIH nécessite également des stratégies renforcées de modification des

⁸⁵ Tsanga N, Nkiwane V, Khan N and Nyanungo K. Children and women's rights in Zimbabwe. Theory and practice. A critical analysis in relation to the women and children's conventions. Harare: UNICEF; 2004.

comportements de santé, par l'évolution des normes sociales et la stimulation d'actions collectives (UNAIDS, 1999a).

Les interventions de PTME ont permis d'introduire pour la première fois les questions de VIH/SIDA au sein des centres de santé, et ont généré des investissements conséquents dans la formation du personnel de santé au conseil du VIH et dans la mise en œuvre de campagnes de sensibilisation et de mobilisation communautaire. **Il serait pertinent de mesurer quelle pourrait être l'utilité et l'impact de ces services de PTME, et en particulier du conseil et du dépistage prénatal du VIH, dans le renforcement des messages de prévention de la transmission sexuelle du VIH. Les services de PTME pourraient ainsi être valorisés et promus comme des interventions clés de la lutte contre le VIH/SIDA chez les adultes.**

4.2.3 Enjeux de la promotion d'un nouveau service de prévention du VIH/SIDA

A Les stratégies de promotion de la PTME

La définition, par de grands organismes internationaux tels l'OMS, l'ONUSIDA ou l'UNICEF, de recommandations et de stratégies en matière de PTME, équivaut, pour de nombreux pays, à la définition des composantes majeures de leur propre politique de PTME. Ceci est particulièrement le cas dans les pays en développement comme le Zimbabwe où le recours à l'expertise extérieure en matière de santé et de développement est important. La promotion, au niveau national, de l'importance de la PTME a initialement pris la forme d'initiatives pilotes de PTME mises en œuvre par l'UNICEF. Il s'agissait de promouvoir l'efficacité et de tester la faisabilité de ces interventions avant d'encourager le MOH/CW dans une politique nationale, à plus grande échelle.

Cependant, la démarche d'intégration de ces principes programmatiques peut parfois être perçue comme l'imposition de normes extérieures. La promotion des nouveaux objectifs de santé, dans notre cas de prévention du VIH/SIDA, et la promotion de nouveaux services et pratiques de PTME, notamment en matière de conseil et dépistage du VIH et de nutrition infantile, requiert la définition de nouveaux messages de santé publique. Les principaux supports de diffusion de ces messages ont été, et sont encore, les manuels de formation de l'OMS/ONUSIDA/UNICEF. Si la mise en forme et la mise en œuvre des différentes activités de PTME varie selon les pays, selon les centres de santé, selon les professionnels de santé,

selon les communautés et enfin selon les femmes, les concepts, les stratégies et les pratiques de promotion de la PTME sont avant tout impulsées par les organisations internationales. Les organisations locales intermédiaires reprennent ensuite ces messages et se les approprient avec plus ou moins de facilité. Laurent Vidal a décrit cette « *acceptation générale d'actions dont les éléments codifiés répondent à des objectifs précis et s'accompagnent de plages de variations, d'invention* » comme des « *rituels* » (Vidal, 2004).

Ainsi, la circulation internationale de ces modèles sanitaires, en termes de représentations et de pratiques de santé publique, tend à constituer un référentiel global (Fassin, 2001a). « *D'abord considéré comme un processus d'évolution, une pédagogie, le développement, et celui de la santé en particulier, se présente désormais comme l'observance de normes de plus en plus homogènes, appliquées par des prescripteurs de plus en plus déterritorialisés* » (B. Hours (Hours, 2001). Isabelle Gobatto souligne que **la diffusion de standards de soins, de prise en charge des maladies ou de gestion des systèmes de santé modélisés par l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale s'apparente à une mondialisation des pratiques et des stratégies de santé publique** (Gobatto, 2003). La démarche d'intégration de ces principes programmatiques est parfois perçue comme l'imposition de normes extérieures. Si l'adoption d'un langage compréhensible entre différents acteurs de la santé est nécessaire, il est facile de tomber dans la superficialité d'un jargon scientifique international. L'utilisation systématique et dé-contextualisée de notions et de formules telles que « communauté », « vulnérabilité », « plaidoyer », « réponses sociales », entre autres, peut également s'apparenter à un rituel, effectué à répétition et sans réflexion sur la signification originelle de ces expressions et de ces concepts (Vidal, 2004).

La difficulté de s'approprier des messages et des recommandations internationales explique peut-être la lenteur et les difficultés de réaction (certains y verront une résistance politique et idéologique) du gouvernement zimbabwéen dans la mise en œuvre de la politique nationale de VIH/SIDA et de la PTME en particulier. La confrontation entre la promotion mondiale d'un paquet de services de PTME standardisé et les dynamiques nationales du système de santé zimbabwéen s'est exprimée notamment en termes de ressources humaines. Le MOH/CW a longtemps refusé d'adapter les recommandations internationales en termes de conseil du VIH – devant être dispensé par un conseiller spécialisé ou une infirmière – au contexte local de pénuries en personnel de santé de base. L'initiative nationale de définition d'un nouveau profil de poste s'est effectuée tardivement.

Ainsi, si la lutte contre le VIH/SIDA et la promotion de la PTME sont une priorité des conférences de santé publique au niveau international, et que l'Afrique se situe souvent au centre de ces discussions, l'épidémie de VIH occupe relativement peu d'espace des débats publics dans ces pays concernés. Comme le souligne Fred Eboko, « *le SIDA ne donne lieu qu'à insuffisamment de mobilisations civiles et politiques sur le continent, au-delà des manifestations régies par la sphère des relations internationales et des formules politiques qui en découlent* » (Eboko, 2003), et ce manque d'innovations locales peut susciter un sentiment de dépossession au sein d'un débat qui se fait sans les personnes intéressées. « *Quelle est la place de l'Etat dans la conduite d'une politique de santé publique conçue de l'« extérieur » ?* » (Cherubini, 2004). Le Zimbabwe s'efforce néanmoins de rester proche des sphères de décision et de définition de recommandations de santé publique internationale. Un des membres du MOH/CW a ainsi par exemple participé récemment à un atelier de l'OMS sur la révision des recommandations en termes de prophylaxie ARV de PTME (World Health Organisation, 2004a). De telles initiatives permettent d'encourager une approche davantage participative à la définition des stratégies de lutte contre le VIH/SIDA. Mais le manque de ressources humaines dans les structures gouvernementales impliquées dans la lutte contre le VIH/SIDA rend particulièrement complexe la gestion combinée des débats internationaux et les urgences nationales de santé publique, prioritaires.

La diffusion des messages éducatifs en santé publique au Zimbabwe, et dans notre cas précis des messages de PTME, s'est opérée principalement au sein du système de santé. Le premier niveau d'intervention a été le développement des connaissances et des compétences des professionnels de santé de santé en interaction directe avec les populations cibles. A MMH, au moment de l'introduction des activités pilotes de PTME en 2001, les professionnels de santé ne prononçaient pas le terme VIH ou SIDA, que ce soit oralement ou dans des communications écrites, entre eux ou avec les patients. Le tabou lié à l'infection par le VIH était très élevé parmi les acteurs clés de la promotion d'initiatives de prévention du VIH. Dans ces circonstances, les besoins d'information, de formation et de supervision du personnel de santé se sont révélés particulièrement importants dans le district de Buhera. En 2001, la formation en matière de PTME était organisée et dispensée par des ONG et d'autres agences de soutien technique et financier. Le MOH/CW s'est efforcé au cours de deux dernières années de développer un programme national de coordination et de supervision de la formation en matière de PTME, notamment par l'identification et la formation de formateurs

locaux dans chaque province du pays et la standardisation des manuels de formation des différents acteurs de santé impliqués dans la PTME (Mugwagwa, et al., 2004). La prochaine étape sera d'intégrer la PTME dans le cursus de formation initiale des professionnels de santé (infirmiers, médecins, agents de santé communautaires). En effet à l'heure actuelle, la rotation importante du personnel de santé contraint à la multiplication des séances de formation, en faveur de coûts financiers importants (assumés par les bailleurs internationaux) et au détriment de la qualité. Dans ce contexte, le besoin de supervision et de courtes formations d'actualisation des connaissances est indispensable. En effet la charge de travail, la baisse de motivation du personnel de santé, et l'attrition naturelle avec le temps des connaissances acquises peut conduire à une faible qualité du conseil comme il l'a été montré récemment en Afrique du sud (Chopra, et al., 2005).

La promotion de la PTME auprès des populations cibles, et tout particulièrement des femmes bénéficiaires, s'est faite tout d'abord au sein des centres de santé. Une des principales formes de promotion de la PTME a été la communication d'informations et la distribution de matériel IEC, ces approches étant reconnues comme facilitant l'amélioration des connaissances dans la communauté, même dans des contextes de niveau d'éducation relativement élevés comme au Zimbabwe (Nyamwaya, 2003). Les messages informatifs et éducatifs de PTME étaient relayés par le personnel de santé, au cours des séances d'éducation en groupe lors des consultations prénatales. La plupart des activités de promotion de la PTME ont donc été initiées par des professionnels, et il est indéniable que cette approche n'a pas favorisé le développement des compétences des populations ni leur implication dans la définition des objectifs de santé du district. L'intérêt d'une approche participative au développement de nouvelles interventions de santé est régulièrement évoqué dans les documents stratégiques et programmatiques de santé (World Health Organisation, 1991). Mais il est vrai que les activités de PTME que nous avons observées et étudiées au Zimbabwe entre 2001 et 2003 répondaient davantage aux principes d'une initiative pilote d'évaluation logistique et systémique des nouvelles interventions qu'à des objectifs de participation communautaire en faveur de l'amélioration des compétences et des capacités des populations à gérer l'épidémie du VIH/SIDA. Le conseil pré/post-test du VIH et le conseil en matière de nutrition infantile se sont davantage rapprochés des principes de la promotion et de l'éducation participative en matière de PTME. Ces sessions de conseil avaient pour objectif de communiquer aux femmes de nouvelles informations mais aussi d'encourager l'adoption de nouveaux comportements et de nouvelles pratiques de santé. Il s'agissait de construire la

motivation et la confiance des femmes, leur permettre de développer l'estime de soi nécessaire pour agir et améliorer leur santé et celle de leur enfant (World Health Organisation, 1998b).

Ainsi, pendant la grossesse et après l'accouchement, la femme, et d'autant plus la femme ayant bénéficié de services de PTME, a du assimiler une quantité considérable d'informations nouvelles afin de prendre des décisions informées pour sa propre santé et celle de son enfant (Desclaux and Raynaut, 1997). Nous n'avons pas étudié, au cours de notre expérience pilote à MMH, la qualité des interventions d'éducation et de conseil, ni le niveau de compréhension de ces messages de PTME par les femmes enceintes. Néanmoins l'enquête CAP de 2002 a indiqué que les femmes interrogées à MMH avaient une connaissance superficielle et parfois confuse des facteurs de risque ou de prévention de la PTME. Il est important de tenir compte du fait que ces messages d'information et de conseil de PTME s'intègrent aux connaissances déjà existantes des femmes plus qu'elles ne « remplissent » leurs esprits par de nouvelles idées. Comme le soulignent Didier Fassin et Jean-Pierre Dozon, la circulation de l'information ne se fait pas sur le mode de l'acquisition mais de l'appropriation et de la réinterprétation (Fassin and Dozon, 2001). Par ailleurs, l'éducation en santé maternelle, la promotion de l'utilisation des services de PTME et surtout l'assimilation de ces messages de santé publique doivent tenir compte de facteurs décisifs qui ne sont pas sous le contrôle direct de la femme. A MMH, la « nécessité » par exemple pour certaines femmes enceintes de consulter leur partenaire avant d'entreprendre toute démarche de santé (*voir partie 3.1*) limite l'acceptabilité des messages et l'utilisation des services de PTME. Au niveau local, **les enjeux de promotion et d'éducation de santé révèlent la nécessité d'offrir aux communautés les moyens nécessaires pour la conduite d'un processus participatif, permettant aux populations de révéler leurs propres connaissances et expériences et de définir de nouveaux objectifs de santé, de nouveaux messages et comportements adéquats.** En matière de PTME, il semble absurde de ne pas systématiquement consulter les femmes, potentiellement enceintes et allaitantes, sur les stratégies appropriées de PTME à mettre en oeuvre.

La promotion des nouvelles interventions de PTME parmi les partenaires est une entreprise longue et complexe mais fondamentale car elle fournit une opportunité nouvelle d'intégrer les hommes dans les soins de santé de la mère et de l'enfant. Le MOH/CW du Zimbabwe a exprimé sa volonté d'encourager la responsabilisation des hommes et leur

participation aux services de PTME dès 2000. Nous avons déjà mentionné que dans son document stratégique de communication en matière de PTME, le MOH/CW soulignait l'importance d'utiliser, dans chaque message de promotion et d'éducation en matière de PTME diffusé lors des campagnes de mobilisation communautaire, une terminologie moins rigoureusement scientifique que la PTME mais davantage symbolique, la PTPE (Prévention de la Transmission Parent-Enfant du VIH) (Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, 2000). Les interventions plus concrètes visant à encourager la participation des hommes aux services de PTME ont été rares, ou tout du moins rarement documentées au niveau national. La combinaison d'actions de promotion de cette participation masculine auprès des hommes eux-mêmes mais aussi auprès des acteurs du système de santé est particulièrement lente à mettre en œuvre. Au niveau du système de santé, la modification des heures de consultation prénatale, la création de posters répondant aux interrogations des hommes, la réorganisation du circuit des femmes enceintes pour permettre aux partenaires de les accompagner, l'offre de traitement et de soins des IST ou la définition de réseaux simplifiés entre les services de conseil et dépistage prénatal et centres de conseil et dépistage du VIH pour la population générale sont autant de stratégies concrètes de promotion d'une approche familiale à la PTME et la prévention du VIH.

La sensibilisation des hommes à l'importance d'accompagner leur femme dans une démarche de PTME est plus complexe. La mobilisation des leaders communautaires et des personnalités publiques importantes, le développement de stratégies de recherche formative permettant aux hommes et aux femmes de développer ensemble des outils d'IEC, sont des techniques simples qui mériteraient d'être encouragées et monitorées au niveau national. Une récente étude conduite au Zimbabwe, dans la province du Manicaland, a rappelé que la promotion des pratiques et des interventions de prévention du VIH/SIDA pouvait être facilement conduite sur les lieux de divertissement des hommes, et dans le cas précis de cette étude, dans les bars (Lewis, et al., 2005). Il est important de reconnaître néanmoins qu'un des facteurs principaux expliquant les contraintes à l'implication des hommes en matière de PTME, et de santé reproductive de manière générale, réside dans l'attente culturelle de certaines attitudes et comportements de masculinité (UNAIDS, 2001b). Les relations de genre, définies et encouragées dans le contexte d'une société patriarcale telle qu'au Zimbabwe, ne favorisent pas la communication au sein du couple. L'étude de la fréquence et de la qualité du dialogue conjugal en matière de PTME, et partant, de sexualité et de reproduction, est une démarche critique vers la promotion des services de PTME auprès des hommes. **Le soutien du**

MOH/CW à l'intervention et l'assistance de spécialistes de la promotion de la santé et de la communication pour les changements de comportement est nécessaire, voire même une urgence de santé publique (Fapohunda and Rutenberg, 1999). Une telle approche pourrait favoriser, à terme, l'évolution des perceptions communautaires et des normes sociales d'acceptabilité des interventions de prévention du VIH.

La sensibilisation et la mobilisation de la population générale restent une priorité à la construction d'un contexte favorisant l'utilisation de nouveaux services de PTME par les femmes enceintes. Dans le district de Buhera, ces initiatives ont été initiées à partir du centre de santé, et conduites principalement par le personnel de santé, détaché dans la communauté. Le relais par certains membres de la communauté a été nécessaire, afin de permettre davantage de dialogue et de partage des messages au sein des villages et des familles. Ainsi, les modes de transmission et de compréhension des messages de prévention mettent en valeur l'importance des variables sociales et culturelles dans la démarche de soins. L'accès à l'information, la capacité de compréhension, d'adoption et d'adaptation des messages de santé publique sont éminemment liés au niveau d'éducation, au niveau socioéconomique ou à l'accès aux transports. La promotion de la PTME uniquement en centre de santé est donc par définition insuffisante. Les initiatives de proximité telles que l'éducation par les pairs, des personnes perçues comme socio-culturellement semblables, ont formé une large partie du programme de mobilisation communautaire à MMH. Le potentiel informatif et éducatif de certains de ces échanges informels, au sein de la communauté et des familles, est sous-évalué. La définition de stratégies de monitoring et d'évaluation de ces activités de sensibilisation permettrait sans aucun doute de guider davantage les interventions de mobilisation communautaire du Zimbabwe, encore trop timides.

B La PTME comme intervention médicale de santé reproductive et/ou comme intervention comportementale de prévention du VIH/SIDA ?

De nombreux facteurs structurels contribuent aux contraintes opérationnelles de l'offre et de l'utilisation de services de PTME de qualité. Les difficultés programmatiques rencontrées à MMH, liées à la qualité des services de santé existants ou à la disponibilité des ressources humaines, ainsi que les contraintes socio-économiques des populations locales, entre autres, influent largement sur la couverture et l'efficacité des services de PTME. Mais la stigmatisation ou la peur de la stigmatisation restent certainement les plus importants

obstacles à l'acceptabilité et à l'utilisation des interventions de PTME, que ce soit l'utilisation des services de conseil et dépistage du VIH, l'adhérence à la prophylaxie ARV ou la modification des pratiques d'allaitement maternel (*voir partie 4.2.1*).

Les activités de PTME sont présentées dans les recommandations internationales et au sein du programme national de PTME du Zimbabwe comme parties intégrantes du paquet de services de maternité. Ces interventions sont introduites au moment des consultations prénatales, et se déclinent au fil de la grossesse et des mois après l'accouchement tels des services de santé reproductive « classiques ». Pourtant, les interventions de PTME participent également, et avant tout, des stratégies de prévention du VIH/SIDA. **Les contraintes et enjeux socioculturels des services de PTME sont largement liés au risque d'annonce du statut sérologique positif de la femme enceinte.** Ainsi, la femme enceinte se présentant en consultation prénatale à MMH est consciente de l'épidémie généralisée de VIH/SIDA du Zimbabwe, elle connaît certaines des conséquences médicales, économiques et sociales de l'infection par le VIH, et a observé ou elle-même peut-être perpétré des attitudes stigmatisantes envers les personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA. C'est pourquoi, comme le souligne Laurent Vidal, il est probablement délicat de fonder une campagne de prévention, en l'occurrence de PTME, autour de la seule nécessité de protéger l'autre, l'enfant. Pour se traduire dans les comportements, un message de prévention doit aussi et avant tout insister sur l'intérêt que représente le geste préventif pour celui qui est censé l'effectuer, c'est-à-dire permettre à la femme de comprendre les bénéfices personnels des services de PTME, et entre autres, des services de conseil et dépistage du VIH (Vidal, 2000). Or adopter un comportement de prévention du VIH pédiatrique équivaut à courir un risque de stigmatisation pour la femme elle-même.

Cette stigmatisation, réelle ou perçue, a été largement décrite dans le contexte des stratégies de prévention primaire du VIH. Ainsi, la stigmatisation est provoquée par différents facteurs liés à la mauvaise compréhension des modes de transmission du VIH, à l'insuffisance des traitements, aux faiblesses des campagnes médiatiques et gouvernementales d'éducation et de prévention, aux craintes sociales concernant la sexualité, ou aux peurs liées à la mort, entre autres (UNAIDS, 2002a). Pour ceux qui sont infectés par le VIH, il en résulte un sentiment de culpabilité et de honte, conduisant à la dépression ou la perte de l'estime de soi. Le rapport sur le développement humain du Zimbabwe de 2003 évoque certains des commentaires et des attitudes stigmatisantes envers les personnes atteintes du SIDA qui sont notamment souvent

appelées « *umuntu ofileyo* » (personne morte) (Poverty Reduction Forum, et al., 2003). Ce risque de stigmatisation sape considérablement les efforts de prévention du VIH/SIDA, que ce soit la prévention primaire du VIH, ou plus récemment la PTME. Au Zimbabwe, l'introduction de services de PTME dans les centres de santé de base s'est en réalité effectuée dans un contexte de faible compréhension et gestion de l'épidémie de VIH/SIDA, que ce soit aux niveaux individuel ou communautaire.

Par ailleurs, la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/SIDA sont largement « sexospécifiques », en ce sens que les relations de pouvoir qui sont à la base des rapports entre sexes ne permettant pas aux femmes de refuser les rapports sexuels non désirés ou non protégés et exposent les femmes au risque d'infection par le VIH. Richard Parker décrit la stigmatisation et la discrimination comme des processus sociaux créés pour maintenir le contrôle social et produire et reproduire des inégalités sociales. Les sociétés créent des « différences » pour préserver un ordre et des hiérarchies sociales (Parker, et al., 2002). Les femmes vulnérables au VIH, en raison de capacités de négociation sexuelle parfois limitées et d'un statut social parfois inférieur aux hommes, courent le risque d'être stigmatisées pour avoir bénéficié de services de PTME. Les femmes sont ainsi poussées à refuser les services de PTME et à ne pas se créer l'opportunité de protéger leurs rapports sexuels. Elles refusent d'adopter toute une série de comportements qui créeront des doutes sur leur statut sérologique. L'objet des campagnes d'information en matière de VIH/SIDA est donc d'aider la population à comprendre l'injustice et le manque de bien-fondé de la stigmatisation et de la discrimination, envers les femmes et l'ensemble des individus infectés ou affectés par le VIH/SIDA. Leur objectif ultime est d'encourager la modification des attitudes des individus et de la société envers le VIH/SIDA, en renforçant les formes de soutien social, en développant des stratégies de soutien par les pairs ou en encourageant la participation des partenaires. Pour ce faire, la principale stratégie de promotion de la PTME du MOH/CW a été, et est toujours, l'amélioration des connaissances de la population en matière de prévention du VIH/SIDA. Or nous avons évoqué précédemment que la connaissance n'était pas le seul facteur déclencheur d'un changement de comportement tel que le recours à des services de prévention du VIH/SIDA et la modification des pratiques d'allaitement maternel en cas d'infection par le VIH. Il apparaît donc indispensable d'identifier et comprendre quels facteurs motivent les changements de comportements de santé en faveur de la prévention de l'infection pédiatrique par le VIH.

Cette approche comportementale reste peu développée au sein des recommandations internationales et des initiatives locales de PTME. Pourtant, l'importance des facteurs comportementaux dans la démarche de PTME ne doit pas être sous-estimée. En effet, chacune des étapes des interventions de PTME a sollicité des femmes enceintes, des professionnels de santé et des communautés, l'adoption d'une attitude et d'un comportement de santé bien spécifique. Les femmes enceintes et les jeunes mères ont été encouragées à *accepter* le conseil et dépistage du VIH, à *adhérer* à la prophylaxie ARV de PTME et à *pratiquer* un allaitement maternel ou de substitution à moindres risques pour l'enfant. L'utilisation de services de PTME à MMH a donc impliqué pour les mères l'adoption de comportements radicalement différents de leurs pratiques de santé habituelles.

Le personnel de santé impliqué dans l'offre de services de PTME à MMH a également été contraint de changer sa pratique professionnelle et sa relation aux patients et aux femmes enceintes. L'acquisition de compétences techniques lors de formations ciblées ne doit pas faire oublier que la participation et la motivation du personnel sont liées à leur satisfaction et leur motivation au travail. La supervision et le suivi continu de ces professionnels de santé participent grandement de la pérennisation d'attitudes et de comportements favorables à l'offre de services de PTME de qualité.

Toute une série de théories développées par des psychologues permettent de comprendre et d'expliquer l'adoption de certains comportements de santé et pourraient largement bénéficier au MOH/CW dans un processus de renforcement de l'acceptabilité des interventions de PTME. Ainsi, une des approches méthodologiques les plus utilisées en matière de prévention de la santé est le *Health Belief Model*, méthode systématique d'explication et de prédiction des comportements de santé préventifs. D'après ce modèle, l'adoption/la modification d'un comportement de santé est influencée par des perceptions individuelles (le degré d'importance de la santé pour l'individu, la perception de la susceptibilité et de la sévérité de l'exposition au risque de santé), par des facteurs d'adoption/modification (facteurs démographiques, perception du risque) et par la probabilité d'action (probabilité d'adopter le comportement préventif). Dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA, ce modèle est principalement utilisé en matière de prévention primaire de l'infection par le VIH. Dans une étude conduite à la fin des années 1980 au Zimbabwe, des psychologues utilisant le *Health Belief Model* ont montré que les facteurs prédictifs de la réduction des risques sexuels étaient le soutien social au changement de comportement et

l'accès aux services de santé (dont le conseil) (Wilson, et al., 1991). Ils ont recommandé que la campagne nationale de lutte contre le VIH/SIDA encourage la perception de l'existence d'un soutien concerté et normatif en faveur du changement de comportement en matière de VIH/SIDA. Pour ce faire, des stratégies d'éducation communautaire en petits groupes, en entretiens individuels, pourraient avoir davantage d'impact sur la perception du soutien social que des campagnes de mobilisation communautaire médiatiques. Une telle réflexion pourrait parfaitement s'appliquer au contexte de promotion des services de PTME. En effet, la perception des femmes enceintes sur leur exposition passée au VIH et au risque d'exposition future de leur enfant au VIH (susceptibilité), leur perception de l'importance du risque de TME du VIH et de ses conséquences, ainsi que la perception des bénéfices en termes de santé liés à l'adoption du comportement de santé préventif de PTME, sont des éléments fondamentaux du processus de recours aux services de santé et de modification des pratiques d'allaitement maternel.

Ce modèle de promotion de la santé est cependant progressivement remplacé dans la littérature et sur le terrain par le principe de l'éducation par les pairs, qui est aujourd'hui l'une des stratégies de changement de comportements en matière de VIH/SIDA les plus utilisées au monde. Le concept de l'éducation par les pairs s'est largement inspiré de la théorie de l'apprentissage social (*social learning theory*) de Bandura (Bandura, 1971). Selon ce psychologue américain, les individus peuvent adopter des comportements par observation d'autres individus et par imitation de ce qu'ils ont observé. De plus, certaines personnes (*significant others*) seraient à même de susciter des changements de comportements chez d'autres personnes. Bandura évoque un processus d'apprentissage basé sur l'attention (analyse des caractéristiques de l'observant et de l'observé), sur la rétention (la mémoire, la fixation des souvenirs grâce à l'image ou le langage), sur la reproduction (conversion des représentations symboliques en actions appropriées) et sur la motivation (existence de stimuli ou de facteurs encourageants) (Bandura, 1996). Les principes de l'éducation par les pairs sont comparables. Ainsi, des membres d'un groupe donné sont mobilisés pour créer des changements parmi des membres du même groupe. Cette approche est promue comme outil de changement au niveau individuel : changement de connaissances, d'attitudes, de pratiques et de comportements. Son potentiel en termes de changement au niveau du groupe et de la société, en modifiant les normes et stimulant des actions collectives, reste peu valorisé (UNAIDS, 1999a). **Un des exemples de stratégie d'éducation par les pairs utilisée dans le cadre de la promotion de services de PTME est l'initiative « Mothers-to-Mothers-to-Be ».**

Ce programme a pour objectif de faire intervenir des femmes infectées par le VIH (identifiées par les services de PTME en place) pendant les consultations prénatales pour éduquer, conseiller et soutenir les femmes nouvellement informées de leur statut sérologique. Ces femmes mentors partagent leurs expériences permettant aux femmes enceintes de concevoir des stratégies, individuelles, d'adhérence à la prophylaxie ARV, de décision en matière de nutrition infantile ou de recours aux services de soins et soutien. En Afrique du Sud, cette expérience a permis l'amélioration de l'adhérence des femmes aux différentes étapes de PTME (Besser, et al., 2004). Au Zimbabwe, à Chitungwiza, les femmes ayant bénéficié de ce programme et ayant partagé les résultats de leur statut sérologique avec leur partenaire étaient plus à même de se présenter à leur consultation de suivi médical et de soutien psychosocial (Marangwanda, et al., 2004). Ce type de soutien par les pairs permet une aide concrète et individuelle d'enseignement de compétences interrelationnelles qui encouragent le changement de comportement, telles que les compétences en négociation ou l'affirmation de soi. Par ailleurs, des activités de génération de revenus sont encouragées pour aider les femmes à développer des compétences pratiques et pour les encourager à devenir autosuffisantes.

La sélection des pairs, leur nomination par les membres de la communauté n'est pas standardisée. Une réflexion sur le type de formation de ces femmes, et surtout sur le type de collaboration et de relation « de travail » avec les professionnels de santé semble nécessaire. La supervision, le suivi, et le soutien de ces éducateurs-pairs sont également essentiels. En effet, pour une aide efficace, les pairs se doivent d'avoir un minimum de compréhension et de recul sur leur propre situation ; ces paramètres sont complexes à définir, à imposer et à monitorer dans des situations de crises de ressources humaines. Néanmoins, comme nous l'avons mentionné dans le cas des sages-femmes traditionnelles, la participation des éducateurs-pairs à la cascade de services de PTME doit être encouragée comme complémentaire à celle des professionnels de santé et non représenter un transfert de responsabilités, témoignant d'une forme de « désengagement » du système de santé.

L'intégration de ces différentes stratégies de changement de comportements dans la pratique de santé quotidienne apparaît indispensable. Pourtant, hormis quelques expériences ponctuelles et localisées, cette approche comportementale semble relever davantage de la théorie que de la réalité concrète des activités de routine de PTME. **Les résultats des recherches qualitatives sur les déterminants politiques, sociaux, économiques ou**

culturels de l'acquisition des connaissances et de l'application de ces savoirs ne sont pas systématiquement et rapidement utilisés dans la définition de stratégies opérationnelles de changement de comportements, au sein d'une démarche plus large de promotion de la santé. Des recommandations internationales sont émises et diffusées, mais les investissements financiers et humains dans la définition de solutions programmatiques adaptées et socialement acceptées sont incontestablement insuffisants.

L'engagement du MOH/CW à investir dans la définition de méthodologies de qualité en matière de changement de comportements apparaît indispensable pour améliorer, de façon profonde et durable, l'offre, l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME. Le manque de reconnaissance de la nécessité d'impliquer des chercheurs en sciences humaines mais surtout des spécialistes en matière d'éducation et de promotion de la santé, limite la capacité locale à formuler des interventions comportementales efficaces.

Par ailleurs, la promotion adéquate de stratégies de changement de comportement nécessite d'avoir clairement défini les comportements idéaux et les différents niveaux d'intervention pour atteindre les objectifs fixés. Or en matière de PTME, le consensus scientifique est loin d'être atteint. **La recherche épidémiologique a permis de suggérer des pratiques de nutrition infantile réduisant le risque de TME postnatale du VIH, la recherche opérationnelle a permis de définir des stratégies opérationnelles sous la forme de conseil en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH, mais il semble que les messages même de PTME postnatale ne soient pas assez consensuels, acceptables et applicables. Comment espérer diffuser des messages clairs et observer, chez les femmes et au sein des communautés, l'adoption de pratiques de santé à moindres risques, sachant que les scientifiques eux-mêmes peinent à recommander la pratique idéale ?** L'inexistence de cette pratique de PTME parfaite et standardisée à l'échelle mondiale illustre l'impossibilité d'atteindre le risque zéro en matière de santé de l'enfant. En effet, l'accès du Zimbabwe et de l'ensemble des pays aux ressources limitées aux traitements ARV pour les femmes infectées par le VIH pendant la grossesse et l'allaitement, fera disparaître ou presque le risque de TME du VIH, mais il est certain que les pratiques d'allaitement et de nutrition infantile sub-optimales persisteront au sein des communautés aux contraintes économiques importantes et aux traditions socioculturelles affirmées. Ainsi, si le risque épidémiologique est simple à estimer et expliquer, le contexte socioéconomique, culturel et même politique d'expression de ce risque est complexe. En l'absence de recommandations universelles, les

attitudes et les comportements en matière de PTME expriment l'adaptation quotidienne, la négociation perpétuelle du moindre risque. Les comportements de PTME ne sont jamais tranchés et définitifs : la connaissance des modes de transmission du VIH et la stigmatisation coexistent chez les mêmes personnes ; le partage des résultats du dépistage du VIH est encouragé mais reconnu comme difficile et rare ; l'importance des soins et du soutien par la communauté coexiste avec la stigmatisation. Ainsi, au-delà du comportement individuel adéquat, il est indispensable d'encourager le dialogue familial et communautaire et de créer l'environnement nécessaire pour faire perdurer les nouveaux comportements adoptés. Ces objectifs font partie intégrante des principes de la promotion de la santé (Nyamwaya, 1997), qui progressivement n'est plus considérée comme une intervention ciblée dans le temps mais comme un processus impliquant un continuum d'activités de développement social. Le changement social et communautaire, le développement d'interventions environnementales et structurelles (politiques) sont autant d'idéaux de santé publique qui semblent inatteignables, du moins au court terme, mais ne peuvent être contournés (Sweat and Denison, 1995).

La PTME n'a été définie comme une urgence de santé publique que récemment au Zimbabwe et dans de nombreux pays en développement. L'évolution rapide des discours et des recommandations, particulièrement en matière de PTME postnatale, a nécessité une grande capacité de compréhension et d'adaptation, de la part des femmes, des familles, des communautés, et des professionnels de santé responsables de la bonne conduite de ces services. Depuis la fin des années 1990, les recommandations internationales en matière de nutrition infantile et VIH insistent pour que le conseil en nutrition infantile délivré aux femmes soit spécifique au contexte, et mis en œuvre après un diagnostic des conditions locales (hygiène, accès à l'eau propre, coût du lait artificiel, niveau de morbi-mortalité lié aux maladies diarrhéiques et respiratoires). Il s'agissait donc pour le gouvernement et le système de santé zimbabwéen de formuler des recommandations nationales de nutrition infantile dans le contexte d'une épidémie de VIH/SIDA généralisée, et d'encourager les provinces et les districts à adapter ces textes aux situations économiques et sociales de leurs utilisateurs locaux. Le choix informé d'une pratique de nutrition infantile, le droit de chaque femme, devait être encouragé par un conseil personnalisé. Les professionnels de santé ont été encouragés à faire preuve de flexibilité, d'adapter leurs messages aux circonstances individuelles. Dans une démarche de gestion d'un risque de santé publique dans la communauté, dans un contexte de ressources humaines et économiques limitées, la nécessaire démarche individuelle de promotion de l'utilisation adéquate des stratégies de PTME a été forcément complexe. La compréhension de ces messages et l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques par les femmes, quel que soit leur statut sérologique, en a été d'autant plus délicate.

4.3 LA NUTRITION INFANTILE ET LA PTME

4.3.1 Recommandations, connaissances et pratiques de nutrition infantile

Dans le contexte des initiatives de PTME mises en œuvre pour améliorer la survie de l'enfant, il est recommandé à toutes les femmes de pratiquer un allaitement maternel exclusif et, pour les femmes infectées par le VIH qui en ont la possibilité, un allaitement de substitution. Ces pratiques diffèrent, voire s'opposent, aux pratiques de nutrition infantile antérieurement recommandées, qu'elles soient caractérisées de « traditionnelles » ou « socioculturelles », et pratiquées avant l'ère du VIH. L'existence de ces différences soulève des questions importantes quant à la capacité des femmes à comprendre et adapter ces nouveaux messages de santé publique pour préserver ou adopter des pratiques de nutrition infantile à moindres risques.

L'analyse des résultats de l'enquête de nutrition infantile MMCHS, conduite parmi les femmes ayant bénéficié de services de PTME à MMH, a montré que l'allaitement maternel était une pratique universelle au Zimbabwe. La plupart des mères interrogées ont confirmé qu'allaiter était une attente et une norme sociales. La raison principale de la pratique de l'allaitement maternel, quel que soit le statut sérologique des femmes, était l'importance du lait maternel pour la santé de l'enfant. La connaissance des bénéfices de l'allaitement maternel était générale.

La connaissance des autres modes de nutrition infantile, et en particulier de certains de leurs facteurs de risque, est apparue beaucoup plus faible et instable. Ainsi, les résultats des enquêtes CAP ont mis en valeur une méconnaissance des questions complexes relatives aux pratiques de nutrition infantile et du VIH, qu'il s'agisse du concept du risque de TME du VIH ou de l'existence de pratiques d'allaitement à la fois bénéfiques à la santé de l'enfant et vecteur du VIH. **L'évolution rapide, au niveau national, des recommandations de nutrition infantile, s'efforçant d'intégrer les progrès scientifiques au niveau international (Rollins, et al., 2004), peut expliquer la confusion des messages au sein de la population. Les professionnels de santé eux-mêmes sont parfois incertains quant aux messages de prévention qu'ils doivent diffuser (de Paoli, et al., 2002).**

L'objectif de l'enquête MMCHS était de collecter des données relatives aux pratiques et non aux connaissances des femmes en matière de nutrition infantile. Malgré tout, le type de pratiques de nutrition infantile documentées semblent indiquer que les femmes infectées par le VIH et informées de leur statut sérologique, avaient une connaissance des questions relatives à la PTME postnatale plus approfondie que les femmes interrogées au cours des enquêtes CAP, qui ne connaissaient pas à priori leur statut sérologique. Ainsi l'enquête MMCHS a montré que les femmes infectées par le VIH étaient plus à même que les femmes séronégatives de retarder l'introduction d'une alimentation complémentaire et de sevrer plus précocement leur enfant. Des résultats contraires ont été observés en Zambie (Omari, et al., 2003). **Notre étude témoigne d'une tendance réelle, bien qu'encore insuffisante, des femmes à mettre en œuvre les pratiques recommandées dans le contexte du VIH.** Il a été rapporté récemment que les femmes infectées par le VIH, qui ne connaissaient pas leur statut sérologique, étaient plus à même d'adopter des pratiques de nutrition infantile à risque au Zimbabwe, soulignant l'importance de renforcer l'accès au dépistage du VIH et aux conseils appropriés (Gottlieb, et al., 2004).

Malgré la connaissance de leur statut sérologique, les femmes doivent faire face encore à de nombreuses barrières pratiques et culturelles à l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques dans le contexte du VIH. Et nos résultats, confortant les résultats publiés dans d'autres contextes africains, soulignent les difficultés des mères à adopter les pratiques recommandées dans le contexte de la prévention de la TME du VIH (Rutenberg, et al., 2004).

L'adoption d'alternatives à l'allaitement maternel a été rare dans notre échantillon d'étude MMCHS. Seule une faible proportion de femmes ont déclaré avoir donné du lait artificiel à leur enfant, et aucune de façon exclusive. Le contexte de promotion de l'allaitement maternel à MMH, hôpital certifié de l'IHAB, a certainement contribué à ce choix massif pour l'allaitement au sein. De plus, un diagnostic sur la nutrition et la pauvreté conduit dans le district de Buhera en 2002⁸⁶ a montré que la pratique de l'allaitement artificiel était rare. Une large proportion de femmes infectées par le VIH ont déclaré choisir d'allaiter en réponse à des contraintes financières. Des résultats similaires ont été présentés dans une étude au Kenya (Kiarie, et al., 2004). Ainsi en Afrique du sud, le coût du lait artificiel commercial pour six mois représentait plus de 30% du revenu mensuel, et les modes d'allaitement de

⁸⁶ Mutowo L, Vinga A, Ruzario S, Madziyanike B. Rapid assessment on food security and nutrition - a study conducted in Buhera, Mutare and Nyanga districts of Manicaland; 2002.

substitution préparés à domicile, certes plus chers que la pratiques de l'allaitement maternel, coûtaient 35-45% moins cher que lait commercial (Papathakis and Rollins, 2004). Notre enquête n'a pas documenté précisément l'existence des conditions de préparation sans risques du lait artificiel. Essentiellement rural, et l'un des districts les plus pauvres du pays, la disponibilité d'eau propre, de ressources financières suffisantes et de conditions générales saines pour préparer le lait artificiel est limitée à Buhera. Il a été montré récemment dans une étude conduite en Afrique du Sud que, malgré la connaissance approfondie des mères aux principes de la préparation hygiénique du lait artificiel, et de leurs efforts soutenus pour faire de cette hygiène leur priorité, il était particulièrement difficile pour elles de suivre l'ensemble de ces recommandations de santé publique (Dorosko and Rollins, 2003). Les difficultés d'accès à l'eau potable, au combustible, au savon (pour raisons économiques ou géographiques) peuvent conduire à des pratiques d'hygiène sub-optimales. Ce manque d'adhésion stricte aux recommandations, souvent lié à un statut économique faible, est un facteur de risque pour la santé de l'enfant (Kiarie, et al., 2004).

Malgré l'existence de ces contraintes logistiques et financières, il n'est pas souhaitable d'exclure *a priori* la possibilité pour certaines mères infectées par le VIH de choisir des alternatives à l'allaitement maternel. Ainsi en 2002, une étude qualitative auprès de femmes, partenaires, grand-mères et infirmières a été conduite dans trois régions du Zimbabwe sélectionnées pour leur profil socio-économique. Ces groupes de discussion ont déclaré que l'expression du lait maternel était une pratique non coûteuse et connue dans la communauté, utilisée avec les bébés prématurés ou de petits poids de naissance qui avaient des difficultés de succion. Les coûts de bois de chauffage ou de paraffine nécessaires à la pasteurisation du lait maternel ont été évoqués mais pas cités comme des obstacles majeurs. Les facteurs déterminants de la faisabilité de cette alternative à l'allaitement maternel ont été le soutien du partenaire et de la famille ainsi que l'acceptabilité de la communauté qui aurait été sensibilisée à cette pratique (Israel-Ballard, 2002). Malgré les résultats très encourageants de ce rapport, **le MOH/CW n'a pas encore entrepris d'initiatives concrètes de promotion de l'expression et pasteurisation du lait maternel auprès des femmes infectées par le VIH. La rareté du matériel IEC et l'absence de couverture médiatique en la matière ont certainement contribué au manque de visibilité de cette option de nutrition infantile, peu connue et maîtrisée par les professionnels de santé de MMH eux-mêmes.** Par ailleurs, les questions d'acceptabilité, de faisabilité et de risques liés à l'ensemble des pratiques d'allaitement de substitution n'ont pas encore été évaluées dans le district rural Buhera et il

semble nécessaire de promouvoir des études opérationnelles complémentaires en la matière. **Les connaissances actuelles en termes de nutrition infantile au Zimbabwe, que ce soit parmi les scientifiques, les professionnels de santé ou les mères, sont en faveur de la promotion de l'allaitement maternel exclusif comme stratégie privilégiée de PTME postnatale mais aussi de survie de l'enfant, quel que soit le statut sérologique de la mère.** Les contraintes et enjeux socioculturels de l'adoption de cette pratique pour une durée de six mois restent considérables.

Bien que notre schéma d'étude transversal ne nous ait pas permis de mesurer rétrospectivement la prévalence de l'allaitement maternel exclusif parmi les femmes enquêtées, nous avons pu observer néanmoins qu'aucun des 15 enfants âgés de moins de sept mois le jour de l'entretien n'était allaité exclusivement au sein. En outre, plus de 22% des enfants exposés au VIH et 48% des enfants nés de mères séronégatives avaient été nourris avec d'autres aliments que le lait maternel avant l'âge de cinq mois. Ces résultats semblent indiquer que, malgré un conseil du VIH incluant une éducation approfondie en matière de nutrition infantile, la pratique de l'allaitement maternel exclusif n'aurait pas été davantage adoptée à MMH que parmi les femmes interrogées au cours du ZDHS, soit avant l'ère des services de PTME. Il est tout à fait probable que l'acceptabilité et l'adoption de la pratique de l'allaitement maternel exclusif aient été améliorées par un suivi et un soutien des femmes après l'accouchement plus important et plus fréquent que celui offert lors de l'initiative pilote de PTME à MMH. Dans un rapport récent publié par l'USAID-UNICEF, et compilant les expériences d'expériences opérationnelles de PTME dans les pays en développement, il est apparu clairement que la pratique de l'allaitement maternel exclusif était encore très rarement adoptée par les femmes ayant bénéficié de conseil et dépistage prénatal du VIH (Koniz-Booher, et al., 2004). Il est vrai que l'allaitement maternel exclusif est une intervention de santé publique dont la promotion a été récente. Cette pratique est relativement bien comprise et encouragée au sein du système de santé, mais très insuffisamment acceptée par les communautés. Selon la tradition et le discours transmis entre générations, l'enfant zimbabwéen est nourri de thés, d'infusions, de jus de fruits et de porridge à un âge précoce (Cominsky, et al., 1993). De plus, la perception de l'insuffisance du lait maternel, l'échec de la mise au sein du nouveau-né immédiatement après la naissance, les inquiétudes par rapport à l'insatisfaction des nourrissons sont des facteurs communément cités par les mères expliquant leur pratique de l'allaitement mixte. Un suivi continu après l'accouchement permettrait d'offrir aux mères l'écoute et le soutien d'un conseiller qui pourrait les rassurer

dans leur pratique de nutrition infantile et les encourager à maintenir l'exclusivité de l'allaitement maternel (Davies-Adetugbo, 1997).

La prise en compte des logiques culturelles qui concourent à l'adoption de l'allaitement mixte est nécessaire pour l'élaboration d'une stratégie de promotion de pratiques de nutrition infantile à moindres risques, adaptées au contexte local, et ce de façon durable, au-delà de simples consignes comportementales (Bourdier, 2003). De plus, il a été montré que l'intention d'adopter une pratique de nutrition infantile n'était pas en elle-même déterminante, sans que s'y greffent, au-delà des influence culturelles, des facteurs favorisant tels que le soutien social et les normes subjectives concernant les bénéfices de cette pratique (Göksen, 2002). Selon la théorie de l'action raisonnée (*theory of reasoned action*), le changement de comportements est influencé par la perception individuelle des normes sociales ou par des croyances individuelles sur ce que des personnes influentes pensent et font au regard de ce comportement particulier (Fishbein and Ajzen, 1975). **Dans le cas de comportements complexes tels que l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques, l'intention et les efforts individuels ne sont pas suffisants pour susciter le comportement attendu. Le contexte environnemental, économique et politique est un facteur d'influence déterminant du comportement de santé.**

Par ailleurs, nos résultats ont montré que la cessation précoce de l'allaitement maternel par les femmes infectées par le VIH, également recommandée comme pratique réduisant le risque de TME du VIH, était peu pratiquée. Une étude récente conduite à Abidjan (Côte d'Ivoire) dans le cadre de l'essai ANRS 1201/1202 a montré que la cessation de l'allaitement maternel entre trois et quatre mois était faisable (Becquet, et al., 2004). Les conditions d'acceptabilité et de faisabilité de cette pratique en zone rurale sont très différentes. L'étude MMCHS a été conduite pendant une période de sécheresse et la disponibilité alimentaire dans les ménages et magasins était limitée. Au cours des dernières années, la pluviométrie annuelle dans la région a en effet été incertaine et insuffisante pour répondre aux besoins de production céréalière, et la plupart des villages du district de Buhera ont fait l'expérience d'insécurité alimentaire. En 2002, il a été estimé que 26% des enfants de moins de cinq ans dans le district de Buhera souffraient de malnutrition (périmètre brachial inférieur à 15,3 cm). Respectivement 15 et 40% des enfants de six à 11 mois et de 12 à 23 mois souffraient d'un

retard de croissance⁸⁷. Ces observations suggèrent que **le sevrage précoce à six mois n'est peut-être pas approprié et sans risques dans un tel contexte**. La situation générale de pauvreté dans ce district rural peut également expliquer pourquoi aucun effet « *spill-over* » de la cessation précoce de l'allaitement maternel n'a été documenté dans notre population d'étude : les recommandations émises pendant les soins prénatals adressées aux femmes infectées par le VIH ne semblent pas avoir affecté l'âge au sevrage des femmes séronégatives.

Une des raisons pouvant expliquer également que le sevrage précoce ait été faiblement pratiqué est le fait que l'allaitement maternel jusqu'à 18 mois est la norme sociale au Zimbabwe. Les femmes peuvent craindre une incompréhension socioculturelle de la communauté si elles désirent retirer leur enfant du sein trop tôt. En effet, il peut être difficile d'adapter des pratiques aux nouvelles recommandations qui n'ont pas été encore intégrées dans les systèmes de santé et les communautés et pour lesquelles les femmes n'ont pas de soutien implicite (Göksen, 2002). De plus, le sevrage à 18 mois est l'âge recommandé sur la carte de santé de l'enfant du Zimbabwe. Nous avons évoqué précédemment combien les femmes zimbabwéennes avaient tendance à respecter et adopter les pratiques recommandées formellement par le système de santé (différent du conseil où les femmes sont informées et encouragées à définir leur propre choix), et il est tout à fait probable que les femmes interrogées dans notre enquête se soient efforcées de maintenir l'allaitement maternel le plus longtemps possible tel que recommandé. Cette carte est en cours de révision par le MOH/CW pour intégrer les questions relatives au VIH/SIDA et l'évaluation de l'impact de ces nouvelles recommandations sur les pratiques de nutrition infantile est prévue pour la fin 2005.

Dans notre contexte rural d'étude, plus de trois-quarts des femmes ont déclaré vouloir améliorer le régime alimentaire de leur enfant, mais sans avoir les ressources économiques pour mettre en œuvre ces changements. Dès 2000, une étude conduite en Ouganda, en zone urbaine, a montré que la capacité de femmes infectées par le VIH à mettre en œuvre un sevrage précoce était influencée par la disponibilité d'aliments de substitution, bien plus que par des facteurs sociaux ou par le niveau de sensibilisation de la population (Ndagire, et al., 2000). Les femmes interrogées dans le district de Buhera ne possédaient pas de vaches produisant du lait animal ni de ressources financières suffisantes pour acheter du lait artificiel et n'avaient donc pas d'autre choix que celui de maintenir l'allaitement maternel afin de

⁸⁷ Mutowo L, Vinga A, Ruzario S, Madziyanike B. Rapid assessment on food security and nutrition - a study conducted in Buhera, Mutare and Nyanga districts of Manicaland; 2002.

garantir un apport nutritionnel suffisant à leur enfant. Les enfants ayant participé à l'enquête MMCHS ont souvent reçu, en tant qu'aliments complémentaires, des plats adultes tels la *sadza*. L'éducation et la promotion d'autres types d'aliments de sevrage, tout aussi adéquats et nutritifs pour les enfants et financièrement abordables pour les mères, ont été insuffisantes jusqu'à présent au Zimbabwe, comme dans d'autres pays africains. Le MOH/CW est en phase de standardisation de la commercialisation de nouveaux aliments de sevrage, notamment une nouvelle recette simple et abordable de préparation d'un porridge, différent du *mahewu* (porridge de céréales fermentées non alcoolisé) (Simango, 1997). L'évaluation de ces nouvelles techniques reste problématique, et il serait intéressant de parvenir, peut-être sous forme d'enquête observationnelle, à comparer différentes méthodes de nutrition infantile choisies par les mères, et, par le biais d'études qualitatives, à évaluer les perceptions individuelles et communautaires quant à ces méthodes. **Toute nouvelle recommandation de nutrition infantile, émise dans un contexte où la disponibilité alimentaire et les ressources financières des ménages sont limitées, devra être accompagnée de soutien renforcé aux femmes et familles.**

La plupart des femmes ayant participé à l'enquête MMCHS ont déclaré prendre leurs propres décisions en matière de nutrition infantile. Peu de femmes interrogées ont déclaré que leurs partenaires décidaient de leurs pratiques de nutrition infantile. Il est vrai que les services de santé prénatals du district de Buhera n'accueillent pas les hommes, et dans ce contexte rural africain, la tradition est que les hommes ne s'occupent pas des enfants. Mais comme il l'a été montré en Ouganda, il est probable que les femmes interrogées aient ici exprimé davantage leur responsabilité dans la mise en œuvre des pratiques de nutrition infantile et des soins apportés à l'enfant, que leur prise de décision réelle. Le pouvoir financier des partenaires dans la société zimbabwéenne demeure un facteur d'influence bien réels, comme dans le plus grand nombre des pays d'Afrique (Pool, et al., 2001). Ceci a été rappelé par les informateurs clés de l'enquête IFES. Par ailleurs, plus d'un-tiers de femmes enquêtées ont déclaré que les grand-mères des enfants décidaient des pratiques de nutrition infantile. **Ces aïeules ont à la fois l'autorité d'une femme en matière de nutrition infantile et l'autorité de leur âge, et en ce sens représentent des cibles privilégiées des stratégies et messages d'éducation en matière de nutrition infantile.**

Il est probable que la forte proportion de décision maternelle en termes de nutrition infantile, telle que rapportée par les femmes interrogées, soit liée à l'absence de partage des résultats du

dépistage VIH de la femme au partenaire et à la famille (Medley, et al., 2004), bien que nous n'ayons pas documenté les pratiques de partage des résultats après le dépistage prénatal. La participation et le soutien des membres de la famille sont essentiels pour encourager les femmes infectées par le VIH à adopter des pratiques de nutrition infantile sans risques, pratiques différentes des normes culturelles et des messages de santé publique conventionnels. Une étude en Tanzanie a montré récemment l'importance de la peur des femmes face au risque de rejet social en cas d'adoption d'alternatives à l'allaitement maternel (de Paoli, et al., 2004). Les facteurs psychologiques, tels que la peur de la violence conjugale ou sociale, n'ont pas été directement évalués dans notre enquête MMCHS, seule une question évoquait la peur de la stigmatisation. L'impact direct des contraintes socioculturelles au sein de la communauté, telles que la stigmatisation ou la discrimination, sur les pratiques de nutrition infantile, devrait être davantage documenté. En effet **jusqu'à présent, l'existence de formes de stigmatisation empêchant les femmes d'adopter les pratiques de leur choix n'a pas été démontrée réellement (Koniz-Booher, et al., 2004). Il est difficile de savoir s'il s'agit de vraies menaces de stigmatisation ou tout simplement de la peur des femmes de révéler, par leur pratique de nutrition infantile, leur statut sérologique. Le statut sérologique positif serait stigmatisé et non directement les pratiques de nutrition infantile.**

Dans l'ensemble, les recommandations internationales en matière de nutrition infantile demeurent aujourd'hui peu consensuelles et peu pratiques. Pourtant, les informations recueillies auprès des femmes, lors des différentes enquêtes communautaires, ne suggèrent pas que l'(in)compréhension de messages confus soit leur principale difficulté, mais davantage les contraintes économiques à l'adoption de ces pratiques. Pour ces femmes, leurs options sont bien plus limitées que ce que nous indiquent les succès documentés lors d'enquêtes épidémiologiques. Le PPF, la réunion des partenaires du MOH/CW en matière de PTME, a créé un sous-comité chargé d'étudier les stratégies et les outils d'IEC en matière de nutrition infantile utilisés à l'échelle nationale. Avec le soutien de l'URC/QAP (*University Research Co/Quality Assurance Project*), ce comité s'efforce depuis le début de l'année 2005 de recenser et de réviser les recommandations, les formations, les manuels et les brochures d'information en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH/SIDA. Il s'agit d'encourager ainsi la standardisation des messages diffusés auprès des femmes bénéficiant de services de PTME financés par des bailleurs et des partenaires techniques différents. Ces

nouveaux matériels s'efforceront également d'intégrer des messages de planning familial et de nutrition maternelle⁸⁸.

Dans un effort d'intégration et d'amélioration de l'efficacité des initiatives en faveur des pratiques de nutrition infantile à moindres risques, le MOH/CW a récemment exprimé son intention de relancer une phase de certification IHAB des centres de santé. L'intégration des messages de promotion de nutrition infantile de l'IHAB et des activités de prévention de la PTME postnatale a été reconnue par l'OMS/UNICEF comme une stratégie « prometteuse » (World Health Organisation, et al., 2003c). Il est vrai que la certification IHAB permet de disposer d'une expertise technique et d'un réseau de spécialistes des questions de nutrition infantile capables aussi de gérer la problématique du VIH, offre un potentiel de prescription du lait artificiel, forme et supervise de nombreux conseillers en nutrition infantile et surtout contribue à l'intégration automatique des questions de nutrition infantile et VIH et nutrition du jeune enfant dans son ensemble. **L'IHAB pourrait contribuer à la normalisation de l'allaitement maternel exclusif mais aussi permettrait d'offrir aux femmes l'expertise et le soutien nécessaire à l'adoption d'alternatives à l'allaitement maternel si elles le souhaitent.** Ainsi les initiatives de « soutien social instrumental et informationnel » seraient couplées aux normes sociales qui facilitent ou empêchent l'intention et la pratique de l'allaitement maternel exclusif (Göksen, 2002). Le partage des expériences locales, montrant la faisabilité de pratiquer un allaitement maternel exclusif et surtout les bénéfices de cette pratique en termes de survie de l'enfant, est impératif. Bien que conduite en zone urbaine, l'étude ZVITAMBO représente un exemple concret de situation zimbabwéenne auxquelles les femmes de Buhera pourraient s'identifier (Iloff, et al., 2005; Piwoz, et al., 2005a). Cette étude rejoint en plusieurs points les messages promus par l'IHAB et suggère même des outils opérationnels de mise en œuvre du suivi et du soutien post-partum des femmes allaitantes au sein de la communauté. Cette dernière des 10 étapes de soutien à l'allaitement maternel, qui est aussi une des composantes post-partum de l'initiative de PTME de MMH, est particulièrement complexe à mettre en œuvre, comme nous l'ont montré nos résultats d'enquête.

⁸⁸ Koniz-Booher P, Mulholland K, Nolasco V. Trip Report 13-21/03/ 2005. The Quality Assurance Project (QAP): Zimbabwe. Adaptation of HIV and Infant Feeding Job Aids and Capacity Building to Enhance the Quality of PMTCT and Other IEC Materials in Zimbabwe

4.3.2 Suivi en matière de nutrition infantile : centre de santé et communauté, la nécessaire combinaison

Plusieurs approches stratégiques sont considérées actuellement pour réduire le risque de TME postnatale du VIH : une prophylaxie médicamenteuse dont l'efficacité n'est pas encore démontrée, des interventions socio-comportementales pour favoriser la pratique de l'allaitement maternel exclusif dont l'acceptabilité est encore imparfaite, et l'utilisation de substituts au lait maternel dont l'accessibilité est loin d'être généralisée. Ces deux dernières options, validées internationalement, requièrent la disponibilité de services de conseil et de suivi post-partum des femmes identifiées comme infectées par le VIH. L'enjeu est donc de concevoir et mettre en œuvre des stratégies de conseil, d'éducation et de suivi en matière de nutrition infantile qui soient partie intégrante d'une politique de suivi des mères et enfants. Ce concept s'est avéré particulièrement complexe à appliquer dans le contexte opérationnel des interventions de PTME du district rural de Buhera.

A Stratégies programmatiques au niveau national et local

Au Zimbabwe, les pratiques de nutrition infantile ne constituent pas un indicateur de santé recueilli en routine par les services de santé et ne figurent pas parmi les statistiques nationales d'activités annuelles. Le ZDHS documente périodiquement, par intervalles de quatre voire cinq ans, les modes de nutrition infantile des enfants d'un échantillon de population donné. Mais ces informations sont limitées. Tout d'abord, il s'agit d'une enquête transversale dont la méthodologie peut être contestée. De plus, ces informations indiquent une tendance nationale et provinciale mais ne sont d'aucune utilité au niveau local. En 1999, au moment de l'introduction des interventions de PTME au Zimbabwe, et de la mise en œuvre d'une démarche de PTME postnatale, s'est posé le problème du monitoring des pratiques de nutrition infantile des femmes informées de leur statut sérologique. Comment s'assurer que les femmes infectées par le VIH mais aussi les femmes séronégatives n'adoptent pas de pratiques à risque pour la survie de leur enfant ? La problématique de la mise en place d'un système de suivi en matière de nutrition infantile s'est révélée être aussi complexe que celle du suivi de la mère et de l'enfant en général. Sous l'impulsion des initiatives pilotes de PTME financées par des bailleurs extérieurs, soumises à des contraintes de suivi et d'évaluation des activités très spécifiques, le MOH/CW a été encouragé à adapter ses propres outils de monitoring. Comme nous l'avons mentionné précédemment, depuis 2004, une version révisée

de la carte de santé de l'enfant, intégrant des indicateurs de PTME et de nutrition infantile, est pilotée dans différents sites urbains et ruraux. Cette stratégie de suivi périodique devrait permettre de documenter plus précisément la faisabilité et l'adéquation des pratiques de nutrition infantile recommandées par les services de santé, et, idéalement, encouragées au sein de la communauté. Une telle connaissance des situations locales serait susceptible de motiver et de responsabiliser les professionnels de santé et les mères à promouvoir et adopter des pratiques de nutrition infantile à moindres risques. Cette « médicalisation » de la nutrition infantile, ou plutôt institutionnalisation, par le biais un monitoring précis des pratiques, au même titre que tout autre indicateur de santé ou de soins de la mère et de l'enfant, est indispensable, au minimum au cours des premières phases de ce bouleversement des messages de santé publique. La documentation détaillée de services et de pratiques dont les fragilités ne sont pas encore connues est en effet essentielle.

Ces fiches de suivi devraient être utilisées dans le cadre des services de santé de routine et essentiellement dans le cadre d'un nouveau service de santé, le conseil en matière de nutrition infantile. Le protocole de PTME adopté à MMH impliquait la mise en place d'un système de patientes référées activement par les infirmières, après l'accouchement ou en visites de suivi, pour des sessions de conseil en nutrition infantile. L'absence de fiche de suivi individuel explique en grande partie que l'expérience pilote n'ait pu documenter quantitativement l'utilisation du conseil en matière de nutrition infantile. L'enquête MMCHS nous permet néanmoins de disposer de variables indicatives de la qualité du suivi en matière de nutrition infantile, disponible et utilisée par les femmes ayant bénéficié de services de PTME peripartum : celles liées à la santé mammaire. Peu de femmes interrogées ont déclaré avoir été diagnostiquées et traitées pour l'inflammation des seins. La prévention et le traitement des mastites, épidémiologiquement associées au risque de TME du VIH, (Semba, et al., 1999), devrait pourtant être partie intégrale des initiatives de prévention de la TME post-partum. Le conseil en allaitement permettant d'améliorer la position à l'allaitement maternel, et de réduire les pratiques d'allaitement mixte, est une pratique faisable et abordable identifiée pour la réduction de la mastite clinique ou subclinique (Flores and Filteau, 2002).

La faiblesse du suivi en matière de nutrition infantile est susceptible de refléter également la qualité insuffisante du conseil délivré avant l'accouchement. Peu d'études africaines se sont attachées à évaluer la qualité des services de conseil pré/post-test et du conseil en nutrition infantile, particulièrement en milieu rural (Chopra, et al., 2005). En

Tanzanie, il a été suggéré que, parmi les contraintes des services de conseil en matière de nutrition infantile, les messages de nutrition infantile à discuter au cours des sessions de conseil seraient trop complexes à assimiler pour les conseillers eux-mêmes (de Paoli, et al., 2002). A MMH, des observations non publiées de l'équipe de PTME ont indiqué que les séances de conseil en matière de nutrition infantile étaient souvent plus longues pour les femmes infectées par le VIH. Ceci a été observé en Tanzanie également (de Paoli, et al., 2002). De même, la coordinatrice de PTME de Buhera a reconnu que souvent le conseil était davantage focalisé sur l'allaitement maternel exclusif pour les femmes séropositives que pour les femmes séronégatives. Le renforcement de la supervision et de la formation continue du personnel est nécessaire pour s'assurer que les messages appropriés soient enseignés à toutes les femmes. Les recommandations en matière de nutrition infantile et du VIH publiées récemment par l'OMS soulignent la nécessité de conseiller les femmes séronégatives et non informées de leur statut sérologique (statut inconnu des professionnels de santé) sur l'importance de pratiquer un allaitement maternel exclusif (World Health Organisation, et al., 2003c). Ces recommandations ne sont pas encore intégrées dans la politique nationale de nutrition infantile du Zimbabwe, et sont encore moins appliquées au niveau local. Pourtant, les services de PTME devraient être considérés comme une porte d'entrée à la promotion des messages d'allaitement maternel à moindres risques pour toutes les femmes (Desclaux, 2002; Humphrey and Iliff, 2001).

Les enquêtes conduites auprès des femmes, ainsi que des professionnels de santé, nous ont permis de mieux comprendre les nombreuses contraintes opérationnelles limitant l'offre et l'utilisation de services de conseil en nutrition infantile de manière continue, au moment de l'accouchement mais aussi et surtout pendant la première année de vie du nouveau-né.

B Perceptions des femmes et des professionnels de santé

Lors de l'enquête MMCHS, deux tiers des mères interrogées ont déclaré avoir discuté de pratiques de nutrition infantile avec des professionnels de santé. Elles ont décrit leur appréciation de ces échanges en matière de nutrition infantile, qui leur ont apporté des informations nouvelles et les ont assisté dans leurs choix. Très peu de femmes ont mentionné avoir reçu des visites à domicile, que ce soit pour discuter des pratiques de nutrition infantile ou d'autres questions de santé. Il est donc apparu une disparité entre l'appréciation des services de soutien et de conseil par les mères et leur faible disponibilité et utilisation. Cette

inadéquation représente une réelle opportunité manquée d'éducation et de soutien continu aux femmes pour la survie de l'enfant. En effet, il a été montré que les activités de conseil et de soutien actif dans la communauté étaient susceptibles d'augmenter significativement les pratiques d'allaitement maternel exclusif (Piwoz, et al., 2005a). Quelles sont les dimensions socioculturelles de l'accessibilité et l'acceptabilité de ces services d'éducation et de conseil en nutrition infantile ? Quels sont les facteurs limitant leur disponibilité et/ou utilisation par les femmes dans le district de Buhera ?

L'étude IFES avait pour objectif d'apprécier comment les professionnels de santé comprenaient et définissaient les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. La majeure partie des réponses ont concerné l'aspect « éducation et conseil », c'est-à-dire l'ensemble des activités de sensibilisation et de formation des mères en termes d'allaitement maternel exclusif et de pratiques d'allaitement à moindres risques, visant à une prise de décision informée en termes de nutrition infantile. Le soutien et le suivi communautaires ont été peu mentionnés. **Les recommandations actuelles du Zimbabwe structurent l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, et particulièrement de conseil en nutrition infantile, dans le contexte d'un centre de santé.** Les professionnels de santé interrogés ont expliqué que ces services étaient compris dans le paquet de services de maternité et de PTME disponible dans les centres de santé, offerts principalement pendant la grossesse, et lors des visites des mères à la clinique. Le concept de soutien continu en matière de nutrition infantile, mis en œuvre à plus large échelle sous forme de suivi dans la communauté, était peu compris par les personnes interrogées. D'après les informateurs clés interrogés, l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile au sein des centres de santé se justifiait principalement par le risque limité de stigmatisation, la non présence des familles ou de toute forme de pression sociale qui pourrait empêcher les mères de prendre des décisions personnelles et informées.

De la même manière, les professionnels de santé interrogés ont souligné le rôle critique joué par leur propre profession dans l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. Le type de questions abordées, telles que le concept de risque de santé pour le nouveau-né en fonction de certaines pratiques de nutrition infantile, demandait l'intervention de professionnels de santé. Le suivi post-partum, notamment la surveillance de la santé mammaire et de la santé buccale du nouveau-né, nécessitait également l'implication des professionnels de santé. L'ensemble des réponses s'est donc focalisé sur l'aspect médical

du suivi en nutrition infantile. Le rôle des professionnels de santé dans la provision d'autres services de soutien a été peu mentionné. La littérature et les recommandations ont en effet tendance à attribuer la responsabilité du soutien émotionnel et psychosocial à des non professionnels, même formés, ou à des pairs (World Health Organisation, et al., 2003a).

Comme nous l'avons évoqué précédemment, de nombreuses contraintes sont liées à cette offre « médicalisée » de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile. La plupart des informateurs clés ont déclaré que la disponibilité de ces services dans le district était relative, c'est-à-dire liée à la proximité et l'accessibilité des mères aux centres de santé. En effet, **cette étude a été conduite dans un district rural où les questions de distance, de coûts de transport et de temps sont cruciales et déterminent la demande et l'effort pour accéder aux services de santé.** De plus, dans le contexte actuel d'un système de santé se détériorant, avec des contraintes budgétaires, des ressources humaines insuffisantes, un taux de renouvellement du personnel important, comme c'est le cas dans plusieurs autres pays en développement (Chen, et al., 2004a), mettre l'accent sur une offre de soins strictement institutionnelle n'est pas forcément idéal. Une étude récente en Tanzanie a montré la frustration des agents de santé qui ne pouvaient conduire des visites de suivi à domicile dans la communauté, en raison du manque de moyens de transport, et étaient par conséquent dans l'impossibilité de s'assurer que leurs recommandations étaient adoptées et adaptées aux situations des femmes qu'ils avaient conseillées (de Paoli, et al., 2002). Le MOH/CW est actuellement en train d'évaluer la faisabilité de former de nouvelles catégories de personnel au conseil en nutrition infantile, tels que les agents de santé villageois ou les agents de santé à domicile, afin d'augmenter la capacité communautaire à offrir de tels services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile.

Les professionnels de santé interrogés au cours de l'IFES ont déclaré qu'un grand nombre d'agents de santé étaient réticents à intervenir dans la communauté en matière de nutrition infantile et VIH de peur de renforcer la stigmatisation des femmes infectées par le VIH. Certains pensaient également qu'après une longue période de promotion de l'allaitement maternel, particulièrement dans le contexte de l'IHAB, des pratiques de nutrition infantile différentes seraient difficilement acceptées dans la communauté, de même que tout service de suivi et de soutien en la matière. Les résultats de notre enquête MMCHS, où seuls cinq enfants (dont trois orphelins maternels) ont bénéficié d'alternatives à l'allaitement maternel, ne nous permettent pas de confronter la perception des informateurs clés à la réalité du risque

de stigmatisation dans les communautés. Par ailleurs, les informateurs clés ont déclaré que la participation des partenaires et des autres membres de la famille aux questions de nutrition infantile, par le biais d'un soutien financier et de discussions avec les mères, était fréquente. Pourtant les mères interrogées au cours de l'enquête MMCHS avaient tendance à se définir comme les principales décideuses des pratiques de nutrition infantile. Ces deux exemples appellent à évaluer l'influence des perceptions des agents de santé sur les messages diffusés aux mères. **Les professionnels de santé pourraient contribuer au maintien ou au développement de normes socioculturelles potentiellement contraignantes pour les femmes voulant adopter des pratiques de nutrition infantile à moindres risques.**

Les informateurs-clés ont également souligné que l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques était non seulement sujette au risque de stigmatisation mais aussi à des contraintes financières. Dans le cas des femmes infectées par le VIH, le manque d'adhérence ou leur incapacité à adopter les pratiques recommandées serait souvent lié à un manque de ressources financières et au manque de disponibilité alimentaire – réduisant l'efficacité d'un allaitement maternel exclusif (statut nutritionnel de la mère inadéquat) et limitant la pratique de la cessation précoce de l'allaitement maternel (manque d'aliments de sevrage). Les résultats de l'enquête MMCHS nous permettent de corroborer ces propos, la plupart des mères interrogées ayant déclaré lors de l'entretien que leur pratique de nutrition infantile était largement influencée par leurs contraintes économiques. Tous les informateurs clés ont souligné **le cercle vicieux existant entre la vulnérabilité des femmes et les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile : si les difficultés économiques rencontrées par les mères limitaient considérablement l'impact des services de suivi et des messages diffusés, la prévention et l'allègement de ces contraintes financières étaient à leur tour parties intégrantes de ces services de suivi.**

Une grande proportion de professionnels de santé interrogés ont déclaré que ces services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile au niveau communautaire étaient, dans l'ensemble, acceptés par la communauté. Les informateurs ont souligné que les services de PTME avaient joué un rôle très important dans la mobilisation des communautés à réduire la stigmatisation liée au VIH/SIDA et à améliorer l'acceptabilité des alternatives à l'allaitement maternel. En retour, le renforcement et l'amélioration de la couverture des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, intégrés au sein de la communauté, pourraient également permettre d'améliorer l'acceptabilité des services de

PTME. En effet, une meilleure acceptabilité de pratiques de nutrition infantile à moindres risques, différentes de la norme socioculturelle de l'allaitement mixte, et partant, la possibilité pour les mères d'adopter les pratiques de leur choix, pourrait renforcer l'acceptabilité, pour les autres femmes, d'une intervention personnelle de conseil et dépistage prénatal du VIH avec pour objectif et pour motivation de préserver sa propre santé pour l'avenir de son enfant. La promotion de la santé de la mère et de l'enfant après l'accouchement, ainsi que des interventions de PTME postnatale du VIH, pourrait agir en faveur d'une meilleure utilisation des stratégies de prévention du VIH/SIDA dans leur ensemble.

4.4 SYNTHÈSE : IMPACT SOCIAL ET ENJEUX SOCIAUX DE LA PTME DU VIH AU ZIMBABWE

Les interventions de PTME du VIH ont été définies, évaluées et mises en œuvre principalement à l'initiative de médecins et d'épidémiologistes. Notre recherche a cependant mis en valeur que la PTME n'est pas qu'une intervention médicale, grâce à laquelle les systèmes de santé s'efforcent de prévenir l'infection par le VIH et le décès d'un l'enfant né de mère séropositive. **D'une part la démarche de PTME comprend toute une série d'activités et de comportements dont les dimensions et les implications sociales sont complexes. D'autre part, la PTME représente en elle-même une intervention de santé publique perçue socialement, donc différemment selon les circonstances locales.**

Nos études de recherche opérationnelle ont été conduites parmi les principaux acteurs de la PTME qui sont tout d'abord les femmes et leur unité familiale, mais aussi la communauté, les professionnels de santé, et enfin le système de santé dans son ensemble. Nous avons apprécié combien les perceptions, les représentations et les influences de ces différents groupes sociaux ont un impact important sur l'acceptabilité des services de PTME. Leurs interactions sociales sont en retour elles-mêmes largement modifiées par l'introduction des nouveaux services de PTME. Ainsi, la mise en œuvre d'interventions de prévention du VIH à MMH a impliqué d'importantes remises en question médicales, économiques, sociales et culturelles, que ce soit pour les femmes bénéficiaires, leur entourage ou les professionnels de santé dispensant les services de PTME. Certaines de ces évolutions professionnelles et personnelles ont été rapides, d'autres seront plus longues. De plus, notre travail de recherche opérationnelle au Zimbabwe nous a permis d'observer que des pressions extérieures ou des peurs imposées à tous les niveaux de la cascade de services de PTME pouvaient empêcher la femme de bénéficier des services de prévention du VIH qui sont pourtant proposés dans le meilleur intérêt de l'enfant et de sa propre santé. **La compréhension de ces problématiques socioculturelles constitue un premier pas vers la définition d'un contexte favorisant l'acceptabilité, l'utilisation et l'impact des interventions de PTME.**

Le principal moteur de l'impact social des interventions de PTME, et en particulier de la PTME postnatale, a été l'apparition de nouvelles pratiques de santé, planifiées ou spontanées, ainsi que l'évolution des représentations qui leurs sont associées. L'introduction

des services de PTME à MMH a impliqué le développement ou l'imposition de nouvelles normes, de rapports et de repositionnements sociaux. Les questions relatives à la prévention du VIH ont en effet d'importantes répercussions émotionnelles et sociales, liées en grande partie à la peur de la stigmatisation – réelle ou perçue – des personnes affectées par le VIH/SIDA. Ainsi, **l'offre d'interventions de PTME par les professionnels de santé de MMH, la démarche d'utilisation des activités de PTME par les mères et l'acceptation de ces services et de leurs conséquences par la communauté de Buhera avaient chacune un pré-requis : la reconnaissance de l'existence du risque d'infection par le VIH et de la possibilité de prévenir cette infection par des interventions et des comportements spécifiques.** Dans un contexte zimbabwéen de lente réponse à l'épidémie, une telle démarche active face à l'épidémie a été particulièrement complexe à initier et à pérenniser.

Les femmes enceintes se présentant aux consultations prénatales de MMH, s'exposant aux interventions de PTME, ont dû se positionner face au risque d'infection par le VIH et face à leur entourage. Si l'acceptation du conseil et dépistage du VIH a exprimé leur volonté d'être actrices de la survie de leur enfant et de leur propre santé, il s'agissait également pour elles d'une prise de risque personnelle quant aux conséquences de la découverte de leur statut sérologique. Les femmes infectées par le VIH, en particulier, étaient peu à même de mesurer l'ensemble des enjeux de la PTME par l'allaitement maternel. Grâce à notre monitoring détaillé des activités de PTME à MMH, nous avons observé qu'entre 2001 et 2003 peu de femmes enceintes ont refusé le dépistage du VIH, conduit le jour-même du conseil pré-test. Cependant, la déperdition progressive du nombre de femmes au sein de la cascade de services de PTME a révélé l'importance du temps de réflexion qu'elles s'étaient, à juste titre, accordé. Après diagnostic de leur situation personnelle, les difficultés anticipées de gestion de leur statut sérologique dans leur famille et dans la société ont ainsi conduit un grand nombre de femmes à ne pas utiliser l'ensemble des services de PTME. Les pressions sociales, réelles ou perçues, sont parmi les facteurs de non-acceptabilité des interventions de PTME les plus répandus au monde. **Une approche de conseil et dépistage prénatal focalisé uniquement sur des objectifs de prévention de l'infection pédiatrique est réductrice.** Le conseil post-test du VIH doit offrir un cadre de discussions plus approfondies sur le processus de partage des résultats et sur les moyens de développer le soutien de l'entourage. Les stratégies permettant de rassurer les femmes enceintes et de développer leur confiance et leurs compétences personnelles dans la gestion des conséquences sociales potentiellement associées à leur démarche de PTME sont encore sub-optimales.

L'exposition des familles et des communautés aux interventions de PTME a pu être, de la même manière, source d'incompréhensions, de peurs et de réticences diverses.

L'entourage des femmes s'est retrouvé en présence d'une alternative. Il pouvait adhérer aux évolutions scientifiques et culturelles en matière de prévention du VIH, construire le dialogue avec la mère bénéficiant de services de PTME et lui offrir son soutien émotionnel et économique. Mais il pouvait également provoquer un conflit plus ou moins violent en opposition aux initiatives d'amélioration de la santé de l'enfant prises par la mère. Nous n'avons pas documenté, ni auprès des femmes ni auprès de leur entourage, l'existence de ces conséquences négatives de l'introduction de services de PTME. Nous avons cité néanmoins précédemment l'étude de revue d'Ann Medley qui décrit certaines réactions au dépistage prénatal du VIH. D'après les études recensées, entre 4 et 13% des femmes dépistées dans le cadre des interventions de PTME souffrent de violences de leur conjoint (Medley, et al., 2004). Une meilleure compréhension des raisons motivant la violence et le manque de soutien envers les femmes ayant bénéficié de services de PTME pourrait permettre de mieux cibler les stratégies de sensibilisation et de mobilisation en faveur de la prévention du VIH en général.

Enfin, **les professionnels de santé, parfois catholiques comme à MMH, se sont vus imposer, du jour au lendemain, une offre de services de prévention du VIH. Ces bouleversements les ont naturellement confrontés, dans leur propre pratique de santé, aux peurs liées à l'infection par le VIH.** Encourager les mères à entreprendre une démarche de PTME, avec ou sans l'aval de leur partenaire, a exigé d'eux une prise de position forte face aux normes culturelles d'une société shona traditionnellement patriarcale. De plus, les services de conseil et de soutien après l'accouchement, tels que recommandés dans le contexte des interventions de PTME, ont requis un suivi plus fréquent que celui qu'ils réalisaient jusqu'alors au cours des consultations de suivi pédiatrique (surveillance de la croissance, vaccination). La mobilisation et la motivation sans cesse renouvelées des professionnels de santé se sont avérées nécessaires pour limiter leur frustration face aux faiblesses de certains aspects des interventions de PTME.

Tous les acteurs de santé publique locaux ont donc été sollicités et encouragés à réévaluer leurs positions personnelles et sociales lors de l'introduction des services de PTME dans le district de Buhera. Et pourtant, ces groupes de populations ont été peu

impliqués dans la définition d'interventions de PTME ciblant leurs propres problèmes. L'introduction des services pilotes de PTME à MMH n'a pas été précédée d'une phase préparatoire, permettant aux femmes, en tant qu'actrices principales de ces interventions, de discuter des différents enjeux socioculturels ou économiques de ces services de santé et de proposer des solutions appropriées. Cette absence de préparation psychologique et sociale et d'information préalable a inmanquablement eu des conséquences négatives sur l'utilisation des services de PTME. Ainsi, les femmes enceintes vues à MMH, déjà vulnérables et fragiles émotionnellement en raison de leur grossesse, ont pu être déstabilisées davantage par la mention systématique des questions de VIH/SIDA en consultation prénatale. Elles ont en effet été confrontées au traumatisme personnel de la découverte d'un statut positif, à la culpabilité et l'inquiétude quant aux décisions de santé à prendre pour le futur de leur enfant et aux risques de stigmatisation liés à leur statut VIH et enfin à la complexité des pratiques de nutrition infantile « différentes » (alternatives à l'allaitement maternel) qu'elles pourraient avoir à mettre en oeuvre. Le refus du dépistage ou des autres services de PTME est susceptible d'avoir exprimé la peur des conséquences négatives de ces interventions de prévention du VIH, telles que le rejet ou le blâme par sa famille. Cette peur ou cet obstacle psychologique au dépistage sont souvent largement basés sur le manque de pouvoir économique ou social de la femme, introduisant un aspect sociologique à sa démarche de santé (Vermund and Wilson, 2002).

Notre recherche a clairement montré que la constatation scientifique de l'efficacité des interventions de PTME ne conférait pas le pouvoir de modifier simplement les habitudes et les pratiques des femmes. La rationalisation des comportements de santé envisagée par les services d'éducation et de conseil en matière d'allaitement maternel ne pouvait aboutir sans l'analyse des déterminants sociaux, économiques et psychologiques des différentes pratiques de nutrition infantile (Mendras, 1989). Il a été démontré que toutes les autres formes de nutrition infantile que l'allaitement maternel impliquaient un coût financier et social. Or, dans la plupart des pays d'Afrique, les femmes infectées par le VIH sont susceptibles d'être rejetées ou abandonnées par leur famille et de connaître davantage de problèmes financiers que les hommes (Krabbendam, et al., 1998). Ces circonstances ont donc réduit de fait la faisabilité de certains choix de prévention péri-partum et/ou post-partum du VIH. En Tanzanie par exemple, l'allaitement maternel parmi les femmes infectées par le VIH était motivé par la peur de la stigmatisation et par la pauvreté (manque de ressources pour acheter du lait de vache ou du lait artificiel). Les choix informés en matière de nutrition

infantile ne sont apparus possibles que chez les femmes soutenues par leur famille, confiantes et ouvertes sur leurs pratiques (de Paoli, et al., 2002). Dans notre cas, les pratiques de nutrition infantile observées au cours de l'enquête MMCHS étaient influencées principalement par des contraintes économiques (choix de l'allaitement maternel pour les femmes infectées par le VIH, sevrage tardif pour l'ensemble des femmes) et par l'organisation du système social et culturel (préférences et traditions pour certaines pratiques d'allaitement mixte). Le degré de « choix informé » des mères s'est largement confronté aux déterminants socio-économiques et culturels de la nutrition infantile (Mendras, 1989). Les femmes étaient donc d'autant plus restreintes dans leur pratique de nutrition infantile qu'elles devaient également gérer les dimensions économiques des alternatives à l'allaitement maternel. **Dans le district de Buhera, les jeunes mères infectées par le VIH étaient ainsi exposées à une double forme de stigmatisation : liée à leur statut sérologique mais aussi liée à leurs contraintes budgétaires, ne pouvant ni faire face au coût financier d'alternatives à l'allaitement maternel ni au coût social d'alternatives à l'allaitement mixte.** Ce contexte d'influence des conditions socioéconomiques sur l'acceptabilité des interventions de PTME est commun dans de nombreux pays aux ressources limitées, exprimant en réalité « *la banale universalité des attitudes* » (Fassin, 2001b). Didier Fassin souligne ainsi l'importance de relativiser les résistances culturelles des populations à l'adoption de certaines pratiques de santé et de ne pas systématiquement focaliser les initiatives de promotion de santé publique sur les « facteurs culturels » qui influencent les pratiques sanitaires. **L'identification et l'incrimination à tout prix de facteurs et de déterminants culturels équivaut en effet à blâmer les victimes en occultant les responsabilités de la société et de l'Etat.**

Au sein du système de santé du district de Buhera, **l'introduction de ces activités de prévention du VIH/SIDA a également bouleversé le cadre traditionnel des soins prénatals** ainsi que les décisions professionnelles et les pratiques de santé du personnel de MMH chargé de la gestion des interventions de PTME. Dans de nombreux pays, ces activités ont été mises en œuvre à l'initiative d'organismes de soutien technique et financier extérieurs et non sous l'impulsion directe des ministères de la santé. Dans le district de Buhera, la directrice médicale du district, en collaboration avec la responsable de PTME au MOH/CW, a été l'instigatrice principale de l'initiative pilote de PTME à MMH, et l'ISPED et l'EGPAF ne sont venus qu'accompagner cette démarche. Néanmoins les principes techniques du risque de TME du VIH, les prophylaxies ARV, les modifications de pratiques d'allaitement maternel

suggérées, les contraintes liées au financement des activités ont été autant de bouleversements conceptuels et opérationnels venus de l'extérieur que le personnel de santé de MMH a eu plus ou moins de difficultés à accepter.

Les agents de santé ont ainsi découvert les implications de l'offre de services de PTME, de conseil et dépistage, de soutien, souvent après une formation seulement minimale. Dans le contexte zimbabwéen d'épidémie généralisée du VIH, la gestion d'un grand nombre de femmes infectées par le VIH est susceptible d'avoir eu des conséquences psychologiques importantes qu'il serait important de documenter. En matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH, les professionnels de santé se sont vus attribuer de larges responsabilités d'éducation et de conseil sur les nouvelles pratiques et les mesures préventives. La qualité des messages partagés et de l'écoute instaurée par les agents de santé/conseillers a certainement représenté un facteur d'influence important en termes de compréhension, de recevabilité et d'efficacité de ces services de conseil. Si la formation en nutrition infantile adaptée par le Zimbabwe sur le modèle de l'OMS insiste sur l'aspect pratique des enseignements, en encourageant l'apprentissage par la démonstration (communication personnelle, Mme Madzima, MOH/CW), ce type de formation biomédicale reste néanmoins largement théorique. Ainsi, en Tanzanie, de nombreuses infirmières et conseillères ont eu des difficultés à peser les risques et les bénéfices des pratiques de nutrition infantile et à faire un diagnostic correct des conditions socioéconomiques de préparation de lait artificiel (de Paoli, et al., 2002). En Zambie, la plupart des conseillers dispensant des services de conseil en nutrition infantile ne mentionnaient ni les ressources financières, ni l'accès à l'eau et au chauffage, ni les intentions ou les pratiques de partage des résultats du dépistage des femmes conseillées (Rutenberg, et al., 2003c). La définition de listes de vérification et des guides de décision en matière de nutrition infantile, sur le modèle des algorithmes cliniques existants pour le VIH/SIDA ou d'autres infections, a été suggérée pour faciliter la discussion entre conseillers et femmes (Shankar, et al., 2005). Aucune évaluation n'a été publiée à ce jour encourageant une plus grande utilisation de ce type d'outil.

Face à ces bouleversements des pratiques de santé publique au sein des centres de santé, de nombreuses forces poussent à la « démedicalisation » des interventions de PTME. L'offre de services de conseil par des volontaires, l'auto-administration de la prophylaxie ARV ou le suivi après l'accouchement dans la communauté, sont autant d'initiatives entreprises pour faciliter l'accessibilité des femmes aux interventions de PTME. Lors de notre enquête IFES, il

est apparu que cette tendance à délocaliser les activités de PTME n'était pas de l'initiative des professionnels de santé. Ceux-ci ne recommandaient pas l'intervention d'agents de santé communautaires mais plutôt l'intervention de professionnels de santé que l'on enverrait dans la communauté. La responsable du Département de Nutrition du MOH/CW voudrait d'ailleurs encourager la multiplication des centres de santé certifiés par l'IHAB. De nouveaux investissements dans la formation des infirmières pourraient ainsi contrebalancer la tendance à la communautarisation des activités de PTME postnatale telle que décrite dans la partie 4.2. Une approche institutionnalisée de la promotion de l'allaitement maternel contribuerait aussi à réaffirmer l'autorité des professionnels de santé et leurs prérogatives médicales sur les comportements et les normes sociales en matière de nutrition infantile. **L'offre optimale de services de PTME en zone rurale se situe probablement quelque part entre ces deux extrêmes.**

En outre, l'institutionnalisation des interventions de PTME soulève des enjeux sociaux importants. Le système de soins zimbabwéen fait actuellement peu de place à l'homme, partenaire d'une femme enceinte et futur père. Si dans leur discours officiel, les agents de santé expriment la nécessité de promouvoir la participation des partenaires, au quotidien, ils ne semblent pas toujours vouloir remettre en question leur capacité à accueillir ces hommes. Nous avons même pu observer à MMH une tendance inverse de renforcement des rapports de dépendance existants, par le biais de recommandations faites aux femmes avant d'accepter le conseil et le dépistage du VIH (« *consultez vos maris* »). Les femmes sont ainsi prises dans une double pression sociale, celle des agents de santé et celle de leur partenaire et de leur famille. Dans un tel contexte, le système de soins semble participer à la construction sociale du SIDA.

Le rôle ambigu, peut-être même hypocrite, joué par le système de santé et les institutions internationales a également été beaucoup discuté dans le cas de la notion de « **choix éclairé** » en matière de dépistage du VIH ou de pratiques de nutrition infantile. Le concept de décision informée a été présenté comme « *une approche fondée sur les droits des personnes* » (Desclaux, 2001), prônant la liberté individuelle et affichant l'adaptabilité du système de santé devant une diversité de pratiques et de comportements de santé choisis par les femmes. Mais nos résultats d'enquête et le contexte socioculturel et économique observé dans le district de Buhera, ont été autant d'indications de l'inexistence réelle de cette liberté. La majorité des femmes vues en séance de conseil à MMH connaissaient de multiples

contraintes dans leurs décisions quotidiennes de santé. Les opportunités manquées de PTME documentées à MMH et les observations de pratiques de nutrition infantile dans la communauté ont suggéré que les femmes n'avaient en réalité qu'une faible marge de décision. Dans ce contexte, accorder le « choix » aux mères de leur pratique de nutrition infantile constituait une « *reconnaissance pragmatique de l'incapacité du système de santé à contrôler certains déterminants sociaux de la santé et à assurer une prévention équitable dans un système de santé inéquitable* » (Desclaux, 2001). Le système de santé serait en quelque sorte capable de se déresponsabiliser des conséquences sur la santé de l'enfant des pratiques de nutrition infantile adoptées par les mères. Ce désengagement professionnel et social des agents de santé est probablement involontaire, et certainement au niveau local du district de Buhera. Il n'en est peut-être pas de même sur la scène internationale où les décideurs de santé publique ne parviennent toujours pas à produire des outils concrets d'aide à la décision, que ce soit pour les professionnels de santé par conséquent impuissants, ou pour les mères par conséquent davantage vulnérabilisées. Les femmes sont en effet particulièrement exposées au risque social de stigmatisation et de l'infection par le VIH dans le couple, et la responsabilisation des femmes en matière de nutrition infantile est susceptible de généraliser un discours de culpabilité en cas d'allaitement maternel facteur de risque (Desclaux, 1996).

Le contexte international de désaccords et de tensions dans la définition des recommandations les plus appropriées favorise les dilemmes de santé publique rencontrés par les femmes et professionnels de santé et limite le développement d'un climat communautaire et social favorable à l'acceptabilité des interventions de prévention du VIH/SIDA. Le fait que la plupart des études opérationnelles de PTME aient fait état des contraintes socioculturelles à l'acceptabilité du dépistage, du faible pourcentage de partage des résultats ou des difficultés de mettre en œuvre des stratégies de PTME post-partum, sont autant d'indicateurs indirects des lacunes de ces campagnes de mobilisation et d'éducation communautaire mises en œuvre à ce jour. Nos observations et nos analyses de terrain nous ont rappelé à quel point la mobilisation communautaire était un processus qui se prévoit et s'évalue au long terme. **Les changements de mentalités et de comportements au niveau individuel et sociétal, clés de la réussite des activités de PTME et de prévention du VIH/SIDA au sens large, sont lents. Les activités à base communautaire, parties intégrantes des stratégies de PTME, sont ainsi les activités les plus complexes à organiser et à évaluer. Elles souffrent d'ailleurs d'investissements insuffisants et restent les moins documentées et partagées internationalement.**

Dans le cas précis de la nutrition infantile, les changements de pratiques, souvent amenés par la mère, ont impliqué différents individus et plusieurs niveaux de la société. La mise en œuvre et la pérennisation des choix des mères requièrent en effet des efforts de promotion de la compréhension des enjeux de nutrition infantile au sein de la communauté et parmi les professionnels de santé qui interagissent directement avec les mères. La participation des leaders communautaires, des réseaux de soutien social, du système de santé et des membres de la communauté dans la promotion et le soutien de pratiques de nutrition infantile à moindres risques constitue d'ailleurs en elle-même un mécanisme d'évolution des connaissances, des normes et des attentes socioculturelles des communautés (Wandersman, et al., 1996). De plus, les changements de normes communautaires en matière de nutrition infantile ont souvent lieu lorsqu'un nombre suffisant de membres de la communauté ont essayé les nouvelles pratiques et peuvent observer ses bénéfices. La promotion et le soutien communautaire à l'allaitement maternel exclusif et aux pratiques de nutrition infantile à moindres risques contribueraient ainsi à l'émancipation de la femme et au développement communautaire (World Health Organisation, 2003a).

Il est important de rappeler, pour conclure, que si la chronologie individuelle des activités de PTME, réalisées en quelques semaines pour l'intervention peri-partum et en quelques mois pour l'intervention post-partum, est courte, les enjeux soulevés par ces interventions sont loin d'être simples. Les exigences d'une intervention de santé publique aussi ciblée que celle de la PTME, en particulier la PTME peri-partum, ont requis la documentation rapide de son acceptabilité et de son impact. Cette tendance à l'évaluation rapide des stratégies de santé publique a certainement contribué à surestimer les taux d'acceptation et d'utilisation des interventions de PTME en un temps court et à simplifier l'ampleur des contraintes opérationnelles et socioculturelles de leur mise en œuvre. **Au sein de la cascade de services de PTME, la théorie de la logique linéaire de l'adoption successive des comportements de prévention est loin de refléter les contraintes socioculturelles et économiques vécues par les différents acteurs de PTME.** La compréhension par les femmes enceintes de l'ensemble des enjeux du dépistage du VIH, encouragée en une journée à MMH, est ambitieuse. La préparation des étapes suivantes de PTME est également complexe. Ainsi, le partage des résultats du dépistage est un processus particulièrement lent et sélectif, qui peut prendre la forme de suggestions, de rétractions, de dénis, plutôt que d'une annonce directe et unique (Seidel, et al., 2000). De la même façon, la

décision de nutrition infantile implique la familiarisation avec de nouvelles pratiques qui requiert du temps et du soutien. Quelques années seulement après l'introduction des principes de PTME dans un contexte rural zimbabwéen, l'acceptabilité de deux interventions radicalement nouvelles – le dépistage du VIH et l'allaitement maternel exclusif – reste insuffisante. **Les agences de soutien technique et financier s'efforcent de présenter des chiffres toujours meilleurs d'acceptabilité et d'utilisation des interventions de PTME dans les pays en développement, mais il est important de se rappeler que la situation européenne ou américaine est loin d'être parfaite.** Les bailleurs internationaux ont des exigences numériques strictes sur des indicateurs tels que le conseil du VIH en couple ou la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Pourtant ces principes sont eux-mêmes peu appliqués dans le monde occidental. Certes, l'urgence de santé publique de l'épidémie généralisée de VIH/SIDA au Zimbabwe soulève des enjeux fondamentaux en termes de survie des parents et enfants. La définition d'interventions et de pratiques simples et efficaces, et la modification rapide de certaines attitudes et comportements est impérative. Mais dans un contexte national où les dirigeants eux-mêmes se sont refusés à l'acceptation de l'épidémie, et où la formulation de recommandations internationales applicables et faisables est pauvre, il aurait été surprenant que le processus de prévention du VIH parmi les populations ait été plus rapide et plus profond.

PERSPECTIVES DE SANTE PUBLIQUE

Les interventions de PTME s'efforcent d'éviter l'infection pédiatrique du VIH tout en préservant le statut nutritionnel des enfants par l'adoption de pratiques de nutrition infantile appropriées. Dans un contexte d'épidémie généralisée du VIH au Zimbabwe, où plus d'un quart des femmes enceintes sont infectées par le VIH, et alors que la santé de l'enfant avait obtenu auparavant des succès uniques en Afrique, ces objectifs, pleinement justifiés, ont impliqué d'importants et rapides bouleversements du secteur de la santé et des mentalités.

Notre étude de cas en milieu rural zimbabwéen a mis en lumière les enjeux typiques de la mise en œuvre d'une nouvelle intervention de santé publique, et ce à plusieurs niveaux : l'approche stratégique d'intégration dans une politique nationale ; l'organisation logistique d'un centre de santé et de ses réseaux avec la communauté ; les changements de pratiques professionnelles des agents de santé ; ou la gestion personnelle et sociale, par les populations bénéficiaires, d'un service de santé dont les conséquences ne sont pas toutes maîtrisées et maîtrisables. Cette intervention de santé publique est d'autant plus complexe qu'elle touche au domaine hautement stigmatisé de la prévention du VIH/SIDA. Ainsi, **si les initiatives de PTME dans les pays en développement bénéficient d'un large soutien international en termes de financements et d'expertise technique, elles souffrent aussi d'être les premières interventions de prévention du VIH/SIDA offertes, en routine, dans les centres de santé de base.** L'utilisation de l'ensemble des services de PTME implique pour ses bénéficiaires des attitudes ouvertement révélatrices de leur statut sérologique, en particulier au cours de la modification des pratiques de nutrition infantile. Il est apparu à la lumière de nos résultats que malgré la simplicité de la formulation de l'intervention de PTME, celle-ci impliquait de grands bouleversements, nécessaires, mais risqués, du système de santé et des systèmes sociaux.

Les principales difficultés observées après quelques années d'interventions opérationnelles de PTME dans le district de Buhera étaient les suivantes : le programme de mobilisation communautaire avait permis de nombreux progrès dans les niveaux de connaissance de la population mais de nombreuses carences et contresens persistaient ; la couverture et l'acceptabilité en services de PTME était insuffisante à MMH ; les recommandations en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH étaient insuffisamment appliquées ; et les services de nutrition infantile étaient évalués comme insuffisants. De nombreuses femmes infectées par le VIH, informées de leur statut sérologique, n'ont pas pu bénéficier de l'ensemble des services de soutien après

l'accouchement tel que prévu par les textes réglementaires et les guides théoriques. Les femmes dépistées pour le VIH ont été exposées à un risque de santé et un risque sociologique important sans pouvoir bénéficier du soutien approprié. Cette mise en œuvre incomplète et sub-optimale du paquet de services de PTME aboutit à un constat d'échec relatif en termes de santé publique localement.

Néanmoins, il est important de souligner également que l'expérience de Buhera a été largement valorisée et utilisée dans la définition du programme national de PTME et, en ce sens, a entièrement rempli ses objectifs d'initiative pilote. Nos travaux de recherche opérationnelle ont permis de mettre en lumière la motivation du personnel de santé local dans un contexte où, chaque jour ou presque, de nouvelles priorités de santé publique toujours plus nombreuses et compétitives naissent à MMH. L'expérience de cet hôpital rural a révélé la **possibilité de faire évoluer les mentalités et les réactions face au VIH/SIDA dans le contexte d'un hôpital de mission à priori peu favorable**. Les activités de formation, de mobilisation communautaire, et de conseil conduites dans le district ont représenté autant d'occasions de renforcer les messages de prévention et de promotion de la santé auprès des femmes conseillées et des populations sensibilisées. L'introduction de services de PTME à MMH a constitué un premier pas, et en fait un grand pas, vers l'amélioration des services de santé materno-infantiles, que ce soit en matière de prévention primaire du VIH pour l'enfant et de facilité d'accès à de futurs services de soins pour les mères.

L'observation entre 2001 et 2003 du déroulement des activités de PTME proposées à MMH a montré une acceptabilité constante des services de conseil et dépistage du VIH ainsi qu'une couverture croissante de la prophylaxie ARV de PTME. Les indicateurs quantitatifs de ces interventions de PTME ont révélé une **importante marge de progression à laquelle de nouvelles initiatives opérationnelles se doivent de répondre**. Les stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la couverture de services de PTME ne sont pas universelles. Nous avons vu au cours des chapitre précédents qu'en raison des variations dans les techniques de monitoring et les méthodologies de présentation des données, l'analyse comparative des différentes expériences de PTME publiées à ce jour ne permettait pas de recommander une stratégie opérationnelle optimale et standardisée de PTME. Au contraire, ces exemples ont souligné la complexité de définir des interventions de santé publique suffisamment universelles pour être efficaces et adaptées aux contextes locaux.

Au Zimbabwe, le programme national de PTME favorise depuis plusieurs années la multiplication des « sites » de PTME avec une disponibilité accrue des services de conseil et dépistage dans les centres de santé les plus périphériques de la pyramide sanitaire. Cette politique implique la diversification des stratégies opérationnelles de conseil et dépistage du VIH en termes de logistique et de ressources humaines. Ainsi par exemple, afin de renforcer l'approche de district des interventions de PTME mise en place dès 2003, les autorités de district de Buhera ont instauré un système mobile de services de conseil et dépistage du VIH : les infirmières/conseillers formés et opérant dans des centres de santé plus importants, ainsi que des volontaires recrutés spécialement, se relayent dans les petites cliniques rurales pour proposer le conseil et dépistage du VIH un jour par semaine (les échantillons sanguins sont envoyés au centre de référence, et les résultats disponibles aux mères une ou deux semaines après). Ces initiatives locales témoignent d'une **capacité d'adaptation importante du système de santé zimbabwéen**. Parmi les autres stratégies que le MOH/CW pourrait reprendre à large échelle sont le conseil et dépistage en salle de travail, le développement de centres de conseil et dépistage du VIH pour la population générale, ou plus simplement l'intégration de services de conseil et dépistage du VIH dans l'offre de services de routine des centres de base, accessibles à l'ensemble de la population. Ces différentes stratégies impliquent l'identification et la supervision d'un personnel de santé dont le coût, bien que nécessaire, sera difficile à assumer par le MOH/CW. Néanmoins, l'investissement dans la capacité nationale à offrir des services de conseil (conseil du VIH et conseil en nutrition infantile entre autres) est nécessaire pour espérer sensibiliser une population aussi importante et diverse que possible. Par ailleurs, **cette diversification et cette multiplication des stratégies de conseil et dépistage du VIH semble être une approche pertinente d'amélioration de l'acceptabilité des services de prévention du VIH/SIDA dans la communauté**. En effet, le conseil et dépistage du VIH sont des outils précieux de prévention individuelle, mais aussi de discussion, de partage et de changement de comportement et de mentalité en matière de VIH/SIDA (Allen, et al., 1993; van der Straten, et al., 1995; Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group, 2000). **Une des priorités de santé publique aujourd'hui au Zimbabwe est de renforcer la disponibilité des services de conseil et dépistage du VIH, non seulement pour favoriser la couverture en services de PTME mais aussi pour l'ensemble des femmes et de la population générale.**

Les outils scientifiques et stratégiques en matière de régime ARV de PTME peri-partum et en matière de nutrition infantile sont bien moins consensuels au niveau international et les

certitudes en la matière sont faibles. Cet état de fait explique largement la mise en œuvre sub-optimale de ces stratégies dans le district de Buhera. Un grand nombre d'experts internationaux encouragent actuellement la révision des recommandations en matière de prophylaxie ARV pour la PTME (World Health Organisation, 2005a). L'importance d'un consensus sur la promotion d'une prophylaxie ARV optimale, efficace et abordable est particulièrement critique dans le contexte des pays aux ressources limitées. La majorité des initiatives de PTME initiées à l'échelle mondiale, et certainement toutes celles soutenues par EGPAF, ont été centrées jusqu'à présent sur l'utilisation de la névirapine monodose. L'acceptabilité et l'adhérence à ce régime court se sont révélées imparfaites dans le contexte du district de Buhera et d'une couverture en soins prénatals et postnatals insuffisante. Les enjeux en termes d'accès aux services de santé pour la prescription et la supervision d'une prophylaxie ARV plus longue sont également inquiétants. Des recherches fondamentale, pharmacologique et clinique pourraient permettre de diversifier les régimes ARV disponibles et d'améliorer leur efficacité afin de réduire davantage, voire éliminer, le risque de TME du VIH dans les pays en développement tout en minimisant les questions de toxicité, de résistance virale et d'interaction avec la réponse au traitement. L'utilisation de techniques prouvées efficaces pour l'adhérence aux traitements anti-tuberculeux, telles que la supervision par la méthode DOT (*Direct Observation Therapy*), ne peut être envisagée que dans un contexte où la famille ou les amis proches ont connaissance de l'état de santé de l'individu. Or la plupart des études opérationnelles de PTME publiées à ce jour ont décrit des contextes de faible taux de partage des résultats du dépistage prénatal du VIH. Les perspectives développées en termes de traitements ARV pour la population générale dans les pays aux ressources limitées devraient encourager la multiplication des initiatives de promotion du conseil et dépistage du VIH et favoriser le partage des résultats et l'adoption de pratiques de prévention à l'échelle des communautés. **A long terme, le soutien de la famille, elle-même peut-être bénéficiant d'une initiative de traitement ARV, sera largement favorable à l'acceptabilité et à l'utilisation des services de PTME.**

Aujourd'hui au Zimbabwe, la PTME cristallise les enjeux sociaux et culturels de la mise en œuvre à large échelle d'un programme national de prévention du VIH/SIDA. Pour quelques années encore, les femmes resteront le principal point d'entrée des interventions de prévention du VIH/SIDA conduites en centres de santé de base. Nous avons évoqué ce qu'une telle situation impliquait en termes de risques de stigmatisation accrue pour des femmes déjà vulnérables (Csete, et al., 2004). L'urgence pour le Zimbabwe est donc de renforcer au plus

vite les interventions de mobilisation communautaire, de soutien communautaire et de définir des solutions innovantes pour réviser en profondeur des structures sociales parfois stigmatisantes. Il s'agit ainsi non seulement d'améliorer l'utilisation des activités de PTME, mais aussi et surtout de prévenir les conséquences négatives de la connaissance du statut sérologique parmi les femmes enceintes dépistées. De telles recommandations sont formulées sans cesse depuis la fin des années 1990. Des actions concrètes, faisables, conduites au niveau local pourraient être développées et multipliées, à faible coût, si les relais communautaires adéquats étaient identifiés.

Les investissements de la politique zimbabwéenne de PTME au niveau des communautés ont été, et restent encore, trop insuffisants. Le programme de communication du MOH/CW en matière de PTME du VIH a été trop « timide ». Nos enquêtes CAP ont fourni des informations sur les croyances et les perceptions de la population locale en matière de TME et PTME du VIH, et de prévention primaire du VIH. Nous avons observé que les stratégies de PTME au niveau individuel et au niveau de la communauté, bien qu'en progrès, étaient encore insuffisamment comprises et appliquées au sein du district de Buhera en 2004. Les données des enquêtes CAP avaient pour objectif de définir, au début de l'année 2003, de nouveaux messages éducatifs appropriés, améliorant la compréhension des questions de PTME. Plus tard que prévu, les résultats de cette étude sont actuellement utilisés dans la révision du matériel IEC en matière de PTME. Nous pensons que **les enquêtes CAP pourraient constituer des outils intéressants de monitoring des campagnes de mobilisation et d'évaluation des services de PTME**. Par exemple, nous avons documenté l'absence d'amélioration entre 2002 et 2004 des faibles taux d'utilisation des préservatifs parmi les femmes interrogées. L'utilisation principale de ce type d'enquête quantitative est la définition de grandes tendances, la mesure du contexte global de compréhension et d'acceptabilité de certaines pratiques et la définition de messages d'éducation ciblant les lacunes identifiées. Nos enquêtes CAP ont souligné, entre autres, le besoin de multiplier les initiatives de prévention primaire du VIH et de renforcer les services d'éducation en matière de nutrition infantile.

L'enquête MMCHS a permis de documenter plus précisément le niveau de connaissances des femmes en matière de risque de TME du VIH par le lait maternel et de pratiques d'allaitement à moindres risques. Nos résultats ont montré que les recommandations de santé publique en termes de nutrition infantile étaient progressivement adoptées par les

femmes ayant bénéficié de services de PTME. Les femmes ont eu tendance à appliquer les conseils et les recommandations émis par les professionnels de santé en qui elles ont confiance. Mais les contraintes restent nombreuses. Les recommandations sur la nutrition infantile et le VIH, ainsi que le matériel IEC utilisé à l'échelle nationale, sont en cours de révision par le MOH/CW. Au Zimbabwe, la priorité nationale en matière de nutrition infantile et VIH semble être au renforcement des initiatives en faveur de l'allaitement maternel exclusif. La position du MOH/CW en matière d'alternatives à l'allaitement maternel, telles que la pasteurisation du lait humain (Tomlinson and Madjarov, 2002), est moins claire. Il est évident que les perspectives d'une politique globale d'accès aux traitements ARV pour la mère, telle qu'encouragée actuellement au Zimbabwe, pourraient résoudre tout ou partie du problème du risque de TME du VIH, y compris par l'allaitement maternel. Néanmoins, les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif pendant six mois sont indiscutables, qu'importe le statut sérologique des femmes, et des stratégies innovantes, encourageant l'initiation et le maintien de cette pratique, sont nécessaires. L'importance de la promotion de l'allaitement maternel et de pratiques de nutrition infantile adaptées au contexte individuel des femmes implique la définition et la mise en place de stratégies de changement de comportements, de suivi et de soutien après l'accouchement.

Etudiant le contexte de prévention du VIH parmi les jeunes ivoiriens, Annick Tijou-Traore souligne l'importance de réfléchir sur « *l'adéquation entre les moyens mis en place pour modifier un ensemble de comportements et le contexte socioculturel du pays dans lequel ces messages sont diffusés et au sein duquel les conduites prennent forme* » (Tijou-Traore, 2003). En effet, **après cinq ans d'efforts plus ou moins importants, mesurés et évalués, de promotion de l'allaitement maternel exclusif parmi les jeunes mères, et surtout les femmes infectées par le VIH, il semble évident que les approches mises en œuvre jusqu'à présent sont la plupart du temps inadéquates et largement insuffisantes pour répondre aux impératifs de PTME.**

La démarche opérationnelle de PTME dans les pays en développement, et certainement au Zimbabwe, semble s'être davantage focalisée sur les étapes obstétricales de la PTME que sur la santé de la mère et de l'enfant après l'accouchement. Ce sont avant tout les interventions de PTME peri-partum qui ont été promues et monitorées. Les interventions de PTME postnatale au Zimbabwe ne prévoient pas la distribution de laits artificiels comme dans d'autres contextes de recherche ou de

programmes nationaux comme en Thaïlande où l'allaitement maternel n'est pas la norme. Les stratégies de PTME post-partum consistent avant tout en l'offre, complexe, de services de conseil et de soutien en nutrition infantile. L'enquête IFES a confirmé que le conseil en matière de nutrition infantile tel qu'il était proposé en 2004 dans le district de Buhera était insuffisant et trop focalisé en termes de population cible et de fréquence. Le MOH/CW évalue actuellement la possibilité de créer deux nouvelles opportunités de conseil en matière de nutrition infantile : 1) 10 jours après la naissance, à domicile, pour aider les femmes à maintenir une pratique d'allaitement maternel exclusif et 2) à cinq ou six mois, dans la communauté, pour aider et soutenir les femmes dans leurs choix d'alimentation de complémentation et leur enseigner la préparation adéquate d'aliments de sevrage. Les professionnels de santé interrogés pendant l'enquête IFES ont affirmé, et à juste titre, le rôle indispensable joué par leur propre profession dans l'offre de ces services d'éducation et de soutien. En effet, l'adoption et le maintien de pratiques de nutrition infantile à moindres risques nécessitent un certain degré de supervision médicale. Néanmoins, la centralisation des services de soins en centres de santé limite leur disponibilité et leur utilisation. Le conseil en nutrition infantile a en effet pour objectif également un soutien psychologique, un dialogue avec les mères sur leurs doutes et leurs incertitudes quant à leurs pratiques de nutrition infantile. Le MOH/CW a ainsi testé récemment la faisabilité de former des conseillers non professionnels (tels que les agents de santé communautaires ou de soins à domicile) au conseil en matière de nutrition infantile. Actuellement, l'inadéquation entre le grand nombre de femmes identifiées par les services de PTME et l'insuffisance des ressources humaines ne permet pas, après l'accouchement, l'offre d'un suivi continu par entretiens individuels. **L'institutionnalisation des groupes de soutien par les pairs, par exemple, permettrait que les professionnels de santé connaissent ces structures de soutien et puissent y référer les femmes dans la communauté** (Krabbendam, et al., 1998). Ces différentes stratégies faciliteraient l'évaluation de la portée et de l'efficacité des conseils en nutrition infantile dispensés par les professionnels de santé. L'évaluation des activités de conseil contribuerait à améliorer la mobilisation et la motivation du personnel (Mhloyi, et al., 2001). Le renforcement des réseaux et des systèmes de communication entre les structures institutionnelles et communautaires de santé est donc une priorité pour le MOH/CW.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, cette approche communautaire doit nécessairement être accompagnée d'investissements dans le secteur de la santé lui-même, en tant que porte d'entrée aux interventions de PTME. L'introduction de nouvelles interventions

de santé publique, telle que l'initiative pilotes de PTME à MMH, s'est fondée en grande partie sur la formation et la mobilisation du personnel en place. Dans les pays aux ressources limitées tels que le Zimbabwe, faisant face à une crise du secteur de la santé, il est impossible d'exiger du personnel en place – souvent déjà en nombre insuffisant, débordé et parfois peu motivé – la responsabilité de services de santé toujours plus nombreux. **La politique nationale de santé, et à fortiori de PTME, ne pourra être mise en œuvre de façon satisfaisante qu'avec l'amélioration du contingent en ressources humaines.**

Bien que le fondement de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA soit une approche multisectorielle, celle-ci est peu valorisée par le MOH/CW. Pourtant, l'enquête MMCHS a montré que malgré le caractère éminemment culturel des questions de nutrition infantile, les contraintes économiques constituaient le principal argument de recours à l'allaitement maternel parmi les femmes infectées par le VIH interrogées dans le district de Buhera. Ainsi, dans le cadre d'initiatives permettant d'améliorer les conditions de choix de nutrition infantile des femmes infectées par le VIH (notamment d'allaitement de substitution), et bénéficiant à l'ensemble des femmes au moment de l'introduction d'une alimentation complémentaire, des efforts environnementaux et sanitaires devraient être encouragés, notamment pour améliorer les techniques de conservation de l'eau potable (Dunne, et al., 2001; Quick, et al., 1999). Au Zimbabwe, comme dans de nombreux pays en développement, les difficultés opérationnelles des stratégies de PTME postnatale soulèvent, pour la majorité de la population, des questions d'inégalités économiques et sociales. Le risque de TME du VIH en Europe ou aux Etats-Unis est désormais proche de zéro, mais en Afrique, en l'absence de césarienne programmée et d'allaitement artificiel sans risques, le risque de TME du VIH reste réel. **Les plus exposés au risque de TME du VIH ont aussi moins de moyens d'y parer.**

La démarche multisectorielle, de repositionnement idéologique, s'exprime également dans la nécessité d'étudier et de clarifier les questions de genre et leur influence sur les stratégies opérationnelles de PTME. La plupart de ces expériences opérationnelles de PTME publiées ne proposent aucun élément de compréhension ni aucune solution innovante pour améliorer la participation des hommes aux questions de santé reproductive, pour renforcer le dialogue dans la prise de décision pour la santé de la mère et de l'enfant ou pour favoriser les changements de comportements sexuels, entre autres. La lutte contre les inégalités de genre est tout d'abord du ressort des gouvernements par l'application concrète des conventions

internationales telles que la *Convention of the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* (Shisana and Davids, 2004). Mais au niveau local, par le biais d'interventions adaptées, ciblées et définies en partenariat avec des chercheurs en sciences sociales, les facteurs de genre influençant l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME pourraient être identifiés et des éléments de réponse apportés. Cet apport qualitatif permettrait également de documenter plus précisément les conséquences du dépistage du VIH pour les femmes : le type de dialogue avec l'entourage, les formes de soutien disponibles ou les schémas de prise de décision au sein du couple, que ce soit en termes de santé sexuelle, de santé reproductive ou de santé infantile (Brou, et al., 2005).

Les stratégies de PTME sont considérées avant tout comme des interventions de prévention de nouvelles infections pédiatriques, mais cette vision est largement réductrice, d'autant plus qu'aucune réduction tangible de l'incidence du VIH pédiatrique n'a été observée à ce jour à l'échelle mondiale. Les services de conseil et dépistage prénatal du VIH ont en effet une valeur ajoutée importante en termes d'amélioration de la santé reproductive et de prévention du VIH. Le dépistage du VIH et les séances de conseil individuel représentent des opportunités importantes de promotion de pratiques sexuelles sans risques, d'encouragement à la négociation sexuelle au sein du couple et à l'utilisation systématique du préservatif et d'amélioration de l'utilisation des services de planning familial et de santé materno-infantile dans son ensemble (Hogan and Salomon, 2005). **La documentation de cet impact global des interventions de PTME pourrait fournir un argument supplémentaire pour une approche intégrée de lutte contre le VIH/SIDA.**

L'importance de favoriser et de documenter une approche multisectorielle de prévention du VIH/SIDA au Zimbabwe, en tant que facteur déterminant et déclencheur de l'acceptabilité des interventions de PTME, mais aussi en tant que conséquence directe de l'utilisation accrue des interventions de PTME à MMH, constitue l'une des leçons principales de notre travail de recherche opérationnelle. Nos résultats ont souligné le besoin d'influencer les comportements au niveau individuel, des ménages et de la communauté : améliorer l'utilisation des services de soins prénatals, améliorer l'utilisation du conseil et dépistage par les deux conjoints, améliorer l'acceptabilité des prophylaxies ARV, améliorer l'adhérence aux prophylaxies ARV, améliorer l'utilisation de services de maternité institutionnalisés pour un accouchement sans risques et la supervision de la prise ARV, améliorer les pratiques d'accouchement à domicile, améliorer la prise appropriée des prophylaxies ARV, ou encore

améliorer l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques parmi les femmes infectées par le VIH (et les autres). Nous avons également observé la nécessité de renforcer la capacité des professionnels de santé à offrir des services de PTME de qualité : améliorer les connaissances et des compétences techniques, améliorer les compétences en conseil du VIH, améliorer les attitudes positives au moment du travail et de l'accouchement, ou identifier et résoudre les contraintes vécues par les professionnels de santé à l'offre de services de PTME de qualité.

Quatre ans après l'introduction des activités pilotes de PTME à MMH, les enjeux opérationnels de PTME sont donc encore importants au sein du district de Buhera. Il est indéniable que l'amélioration de la couverture de services de PTME sera facilitée par la clarification des recommandations internationales en matière de PTME mais surtout par la reconnaissance de l'urgence de la prévention du VIH/SIDA au sein des familles et par la prise de responsabilité à tous les niveaux (politique, communautaire, individuel) d'agir pour le bien de tous. Cet idéal doit sans cesse être rappelé.

REFERENCES

REFERENCES

Bellagio Consensus Statement (1995). Lactational Amenorrhea Method for Family Planning. Bellagio, Italy (11-14 December 1995): World Health Organisation, Family Health International; 1995. Available at: <http://www.FHI.org/en/RH/pubs/booksReports/LAMconsensus.htm> [Accessed 15/04/2005].

To tell or not is the question in Zimbabwe. *AIDS Wkly Plus* 1996a;Apr 29:16-17.

Zimbabwe women "don't have the means to protect themselves". *AIDS Wkly Plus* 1996b;Mar 11:24-25.

The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1--a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. *N Engl J Med* 1999;340:977-987.

Focusing on health in the crisis in Zimbabwe. *Lancet* 2002;359:455.

Abashawl A, Gudetta B, Lulseged S, Awano T, Adamu R, Kumbi S, et al. Breastfeeding practices of seropositive women in a PMTCT project. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° C12019.

Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Interventions Options. Investing in health research and development. Geneva: WHO; 1996.

Adetunji J and Meekers D. Consistency in condom use in the context of HIV/AIDS in Zimbabwe. *J Biosoc Sci* 2001;33:121-138.

Aguayo VM, Ross JS, Kanon S and Ouedraogo AN. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in West Africa: multisite cross-sectional survey in Togo and Burkina Faso. *BMJ* 2003;326:127-130B.

Ahmad K. Political infighting causes Zimbabwe to dissolve AIDS council board. *Lancet* 2001;357:942.

Ali MM, Cleland J and Shah IH. Condom use within marriage: a neglected HIV intervention. *Bull World Health Organ* 2004;82:180-186.

Allen S, Serufilira A, Gruber V, Kegeles S, Van de Perre P, Carael M, et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *Am J Public Health* 1993;83:705-710.

Amornwichee P, Teerarattkul A, Simonds RJ, Naiwatanakul T, Chantharajwong N, Culnane M, et al. Preventing mother-to-child HIV transmission - The first year of Thailand's national program. *JAMA* 2002;288:245-248.

ANRS 1201/1202 DITRAME PLUS Study Group. Field efficacy of zidovudine, lamiduvine and single-dose nevirapine to prevent peripartum HIV transmission. *AIDS* 2005;19:309-318.

Ansell N. "Of course we must be equal, but...": imagining gendered futures in two rural southern African secondary schools. *Geoforum* 2002;33:179-194.

Antelman G, Fawzi MCS, Kaaya S, Mbwambo J, Msamanga GI, Hunter DJ, et al. Predictors of HIV-1 serostatus disclosure: a prospective study among HIV-infected pregnant women in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS* 2001;15:1865-1874.

Askew I and Baker Maggwa N. Integration of STI prevention and management with family planning and antenatal care in sub-Saharan Africa - What more do we need to know? *Int Fam Plan Perspect* 2002;28:77-86.

Auret D. A decade of development. Zimbabwe. 1980-1990. Harare: Mambo Press; 1990.

Aykroyd WR and Kevany JP. Mortality in infancy and early childhood in Ireland, Scotland, England and Wales, 1871 to 1970. *Ecol Food Nutr* 1973;2:11-19.

Ayouba A, Nerrienet E, Menu E, Lobe MM, Thonnon J, Leke RJI, et al. Mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1 in relation to the season in Yaounde, Cameroon. *Am J Trop Med Hyg* 2003a;69:447-449.

Ayouba A, Tene G, Cunin P, Foupouapouognigni Y, Menu E, Kfutwah A, et al. Low rate of mother-to-child transmission of HIV-1 after nevirapine intervention in a pilot public health program in Yaounde, Cameroon. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003b;34:274-280.

Baggaley R and van Praag E. Antiretroviral interventions to reduce mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus: challenges for health systems, communities and society. *Bull World Health Organ* 2000;78:1036-1044.

Bandura A. *Social learning theory*. New-York: General Learning Press; 1971.

Bandura A. *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 1996.

Bassett MT. Psychosocial and community perspectives on alternatives to breastfeeding. *Ann N Y Acad Sci* 2000;918:128-135.

Bassett MT. Ensuring a public health impact of programs to reduce HIV transmission from mothers to infants: The place of voluntary counseling and testing. *Am J Public Health* 2002;92:347-351.

Bassett MT, Bilmakers L and Sanders DM. Professionalism, patient satisfaction and quality of health care: experiences during Zimbabwe's structural adjustment programme. *Soc Sci Med* 1997;45:1845-1852.

Bassett MT and Mhloyi M. Women and AIDS in Zimbabwe: the making of an epidemic. *Int J Health Serv* 1991;21:143-156.

Beckerman KP. Mothers, orphans, and prevention of paediatric AIDS. *Lancet* 2002;359:1168-1169.

Becquet R, Viho I, Ekouevi DK, Sakarovitch C, Goulheron Z, Kouadio S, et al. Uptake and determinants of exclusive breastfeeding with early cessation to prevent HIV-1 transmission through breastmilk. ANRS 1201/1202 Ditrane Plus project, Abidjan, Côte d'Ivoire. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° ThPeC7293.

Bellagio Study Group on Child Survival. Knowledge into action for child survival. *Lancet* 2003;362:323-327.

Berer M. Traditional birth attendants in developing countries cannot be expected to carry out HIV/AIDS prevention and treatment activities. *Reproductive Health Matters* 2003;11:36-39.

Bergstrom E, Rollins N, Sturm AW and Greiner T. Bacterial contamination and nutrient concentration of infant milk in South Africa. A sub-study of the national prevention of mother-to-child transmission cohort study. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° WePeE6712.

Bernard HR, Killworth PD, Kronenfeld D and Sailer L. The problem of informant accuracy: the validity of retrospective data. *Ann Rev Anthropol* 1984;13:495-517.

Besser MJ, Ebdon M, Engelbrecht L, Ntshanga N, Daki Y and Mbono B. The Mothers' Programs: Mothers 2 Mothers 2 Be - education and emotional support for women attending PMTCT programs in South Africa. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° ThPeD7679.

Bhutta ZA and Yusuf K. Early-onset neonatal sepsis in Pakistan: a case control study of risk factors in a birth cohort. *Am J Perinatol* 1997;14:577-581.

Bicego G, Boerma JT and Ronsmans C. The effect of AIDS on maternal mortality in Malawi and Zimbabwe. *AIDS* 2002;16:1078-1081.

Bicego G, Rutstein S and Johnson K. Dimensions of the emerging orphan crisis in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 2003;56:1235-1247.

Biggar RJ, Cassol S, Kumwenda N, Lema V, Janes M, Pilon R, et al. The risk of human immunodeficiency virus-1 in twin pairs born to infected mothers in Africa. *J Infect Dis* 2003;188:850-855.

Biggar RJ, Miotti PG, Taha TE, Mtima-valye L, Broadhead R, Justesen A, et al. Perinatal intervention trial in Africa: effect of a birth canal cleansing intervention to prevent HIV transmission. *Lancet* 1996;347:1647-1650.

Bijlmakers L. Structural adjustment: source of structural adversity. Socio-economic stress, health and child nutritional status in Zimbabwe. Leiden: African Studies Centre; 2003.

Blanche S, Rouzioux C, Moscato ML, Veber F, Mayaux MJ, Jacomet C, et al. A prospective study of infants born to women seropositive for human immunodeficiency virus type 1. HIV Infection in Newborns French Collaborative Study Group. *N Engl J Med* 1989;320:1643-1648.

Bland RM, Rollins NC, Solarsh G, VandenBroeck J and Coovadia HM. Maternal recall of exclusive breast feeding duration. *Arch Dis Child* 2003;88:778-783.

Blecher MS, Steinberg M, Pick W, Hennink M and Durcan N. AIDS--knowledge, attitudes and practices among STD clinic attenders in the Cape Peninsula. *S Afr Med J* 1995;85:1281-1286.

Boerma JT, Gregson S, Nyamukapa C and Urassa M. Understanding the uneven spread of HIV within Africa - Comparative study of biologic, behavioral, and contextual factors in rural populations in Tanzania and Zimbabwe. *Sex Transm Dis* 2003;30:779-787.

Bourdier F. Les illusions du grand partage. In: Gobatto I, editor. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*. Paris: Karthala; 2003. p. 81-108.

Bourdillon M. *The Shona peoples*. Reprinted (3rd revised edition 1987) ed. Gweru: Mambo Press; 1998.

Bradley JE and Meme J. Breastfeeding promotion in Kenya: changes in health worker knowledge, attitudes and practices, 1982-1989. *J Trop Pediatr* 1992;38:228-234.

Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group. Late postnatal transmission of HIV-1 in breast-fed children: An individual patient data meta-analysis. *J Infect Dis* 2004;189:2154-2166.

Breastfeeding and HIV International Transmission Study Group. Mortality Among HIV-1-Infected Women According to Children's Feeding Modality: An Individual Patient Data Meta-Analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:430-438.

Brou H, Agbo H and Desgrees Du Lou A. Le dépistage du VIH en prénatal: impact chez des femmes VIH- à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Sante* 2005;15:81-91.

Brown KH, Black RE, Lopez de Romana G and Creed de Kanashiro H. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989;83:31-40.

Bruce N, Perez-Padilla R and Albalak R. Indoor air pollution in developing countries: a major environmental and public health challenge. *Bull World Health Organ* 2000;78:1078-1092.

Bryant CA. The impact of kin, friend and neighbour networks on infant feeding practices. *Soc Sci Med* 1982;16:1757-1765.

Bryce J, el Arifeen S, Pariyo G, Lanata CF, Gwatkin D, Habicht JP, et al. Reducing child mortality: can public health deliver? *Lancet* 2003;362.

Bulterys M, Fowler MG, Shaffer N, Tih PM, Greenberg AE, Karita E, et al. Role of traditional birth attendants in preventing perinatal transmission of HIV. *BMJ* 2002;324:222-224.

Bulterys M, Fowler MG, VanRompay KK and Kourtis AP. Prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 through breast-feeding: Past, present, and future. *J Infect Dis* 2004;189:2149-2153.

Buve A, Bishikwabo-Nsarhaza K and Mutangadura G. The spread and effect of HIV-1 infection in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2002;359:2011-7.

Buyse DS, Nuwaha FN, Karlin T, Wilfert C and Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. Prevention of mother to child transmission of HIV: from research to action. Presented at: XIVth International AIDS Conference; 2002; Barcelona, Spain, 7-12 July; Abstr N° TuPeF5413.

Campbell T and Kelly M. Women and AIDS in Zambia: a review of the psychosocial factors implicated in the transmission of HIV. *AIDS Care* 1995;7:365-373.

Cartoux M, Sombie I, Van de Perre P, Meda N, Tiendrebeogo S and Dabis F. Evaluation of 2 techniques of HIV pre-test counselling for pregnant women in west Africa. DITRAME Study Group. *Int J STD AIDS* 1999;10:199-201.

Central Statistical Office, Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare and Macro International. Zimbabwe Demographic and Health Survey. Harare; 1994. Available at: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdfdoc.cfm?ID=103> [Accessed 21/02/2005].

Central Statistical Office, Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare and Macro International. Zimbabwe Demographic and Health Survey. Harare; 1999. Available at: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdfdoc.cfm?ID=296> [Accessed 21/02/2005].

Centre for Reproductive Law and Policy and International Federation of Lawyers. Women of the world: laws and policies affecting their reproductive lives. Anglophone Africa. New-York (USA): FIDA-K; 1997.

Cesar JA, Victora CG, Barros FC, Santos IS and Flores JA. Impact of breast feeding on admission for pneumonia during postneonatal period in Brazil: nested case-control study. *BMJ* 1999;318:1316-1320.

Changalucha J, Grosskurth H, Mwitwa W, Todd J, Ross D, Mayaud P, et al. Comparison of HIV prevalences in community-based and antenatal clinic surveys in rural Mwanza, Tanzania. *AIDS* 2002;16:661-665.

Chantry CJ, Morrison P, Panchula J, Rivera C, Hillyer G, Zorilla C, et al. Effects of lipolysis or heat treatment on HIV-1 provirus in breast milk. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;24:325-329.

Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004a;364:1984-1990.

Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004b;364:1984-1990.

Cherubini B. L'apport de l'anthropologie à la mise en oeuvre d'une politique de prévention: vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif. In: *Autrepart N°29. Les objets de la santé: IRD Editions, Armand Colin; 2004. p. 99-115.*

Chikovore J, Lindmark G, Nystrom L, Mbizvo MT and Ahlberg BM. The hide-and-see game: men's perspective on abortion and contraceptive use within marriage in a rural community in Zimbabwe. *J Biosoc Sci* 2002;34:317-332.

Chopra M, Doherty T, Jackson D and Ashworth A. Preventing HIV transmission to children: Quality of counselling of mothers in South Africa. *Acta Paediat* 2005;94:357-363.

Chouquet C, Burgard M, Richardson S and Rouzioux C. Timing of mother-to-child HIV-1 transmission and diagnosis of infection based on polymerase chain reaction in the neonatal period by a non-parametric method. *AIDS* 1997;15:1183-1184.

Civic D and Wilson D. Dry sex in Zimbabwe and implications for condom use. *Soc Sci Med* 1996;42:91-98.

Cominsky S, Mhloyi M and Ewbank D. Child feeding practices in a rural area of Zimbabwe. *Soc Sci Med* 1993;36:937-947.

Compagnon D. Terrorisme électoral au Zimbabwe. *Politique africaine* 2000:180-190.

Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group. *N Engl J Med* 1994;331:1173-1180.

Coutsoudis A, Coovadia A, Pillay K and Kuhn L. Are HIV-infected women who breastfeed at increased risk of mortality? *AIDS* 2001a;15:653-655.

Coutsoudis A, Goga AE, Rollins N and Coovadia HM. Free formula milk for infants of HIV-infected women: blessing or curse? *Health Policy Plan* 2002;17:154-160.

Coutsoudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY and Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 2001b;15:379-387.

Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Coovadia HM, Pembrey L and Newell ML. Morbidity in children born to women infected with human immunodeficiency virus in South Africa: does mode of feeding matter? *Acta Paediatr* 2003;92:890-895.

Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L and Coovadia HM. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: a prospective cohort study. South African Vitamin A Study Group. *Lancet* 1999a;354:471-476.

Coutsoudis A, Pillay K, Spooner E, Kuhn L and Coovadia HM. Randomized trial testing the effect of vitamin A supplementation on pregnancy outcomes and early mother-to-child HIV-1 transmission in Durban, South Africa. South African Vitamin A Study Group. *AIDS* 1999b;13:1517-1524.

Creese A, Floyd K, Alban A and Guinness L. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review of the evidence. *Lancet* 2002;359:1635-1642.

Csete J, Schleifer R and Cohen J. "Opt-out" testing for HIV in Africa: a caution. *Lancet* 2004;363:493-494.

Cunningham AS, Jelliffe DB and Jelliffe EF. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. *J Pediatr* 1991;118:659-666.

Dabis F and Ekpini ER. HIV-1/AIDS and maternal and child health in Africa. *Lancet* 2002;359:2097-2104.

Dabis F, Leroy V, Castetbon K, Spira R, Newell ML and R S. Preventing mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa in the year 2000. *AIDS* 2000;14:1017-1026.

Dabis F, Msellati P, Meda N, Welfens-Ekra C, You B, Manigart O, et al. 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Cote d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. *DIMinution de la Transmission Mere-Enfant*. *Lancet* 1999;353:786-792.

Dabis F, Orne-Gliemann J, Perez F, Leroy V, Newell ML, Coutoudis A, et al. Improving child health: the role of research. *BMJ* 2002;324:1444-1447.

Davies-Adetugbo AA. Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *J Diarrhoeal Dis Res* 1996;14:5-11.

Davies-Adetugbo AA. Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun State, Nigeria. *Soc Sci Med* 1997;45:113-125.

Davies-Adetugbo AA, Adetugbo K, Orewole Y and Fabiyi AK. Breast-feeding promotion in a diarrhoea programme in rural communities. *J Diarrhoeal Dis Res* 1997;15:161-166.

De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, de Vincenzi I, Saba J, Hoff E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA* 2000;283:1175-1182.

De Cock KM, Marum E and Mbori Ngacha D. A serostatus-based approach to HIV/AIDS prevention and care in Africa. *Lancet* 2003;362:1847-1849.

de Onis M, Blossner M, Borghi E, Frongillo EA and Morris R. Estimates on global prevalence of childhood underweight in 1900 and 2015. *JAMA* 2004;291:2600-2606.

de Paoli MM, Manongi R and Klepp KI. Counsellors' perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. *Reprod Health Matters* 2002;10:144-156.

de Paoli MM, Manongi R and Klepp KI. Are infant feeding options that are recommended for mothers with HIV acceptable, feasible, affordable, sustainable and safe? Pregnant women's perspectives. *Public Health Nutr* 2004;7:611-619.

Decosas J and Padian N. The profile and context of the epidemics of sexually transmitted infections including HIV in Zimbabwe. *Sex Transm Infect* 2002;78:i40-6.

Deen JL, Vos T, Huttly SR and Tulloch J. Injuries and noncommunicable diseases: emerging health problems of children in developing countries. *Bull World Health Organ* 1999;77:518-524.

Dehne KL. Knowledge of, attitudes towards, and practices relating to child-spacing in northern Burkina Faso. *J Health Popul Nutr* 2003;21:55-66.

Del Fante P, Jenniskens F, Lush L, Morona D, Moeller B, Lanata CF, et al. HIV, breast-feeding and under-5 mortality: modelling the impact of policy decisions for or against breast-feeding. *J Trop Med Hyg* 1993;96:203-211.

Desclaux A. De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant. In: Benoist J, editor. *Soigner au Pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala; 1996. p. 252-279.

Desclaux A. Une étrange absence de crise... L'adaptation des systèmes de santé du Sud au VIH/SIDA. In: Hours B, editor. *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala; 2001. p. 87-102.

Desclaux A. Et si la pandémie de VIH/sida était une opportunité pour améliorer la pertinence des programmes de promotion de l'allaitement en Afrique ? *Sante* 2002;12:73-75.

Desclaux A and Raynaud C. *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara. Aspects médicaux et sociaux*. Karthala ed. Paris, France; 1997.

Desclaux A and Taverne B. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique*. Karthala ed. Paris, France; 2000.

Diallo K. Data on the migration of health-care workers: sources, uses and challenges. *Bull World Health Organ* 2004;82:601-607.

Dorosko S and Rollins N. Infant formula preparation by rural and semi-rural women in South Africa. *Soc Sci Med* 2003;28:117-130.

Dozon J-P. Le sida en Afrique ou la causalité culturelle en question. In: Dozon J-P and Fassin D, editors. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris: Balland; 2001a. p. 209-231.

Dozon J-P. Quatre modèles de prévention. In: Dozon J-P and Fassin D, editors. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris: Balland; 2001b. p. 23-46.

Duliege AM, Amos CI, Felton S, Biggar RJ and Goedert JJ. Birth order, delivery route, and concordance in the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mothers to twins. *International Registry of HIV-Exposed Twins. J Pediatr* 1995;126:625-632.

Dunkle KL, Jewkes RK, Brown HC, Gray GE, McIntryre JA and Harlow SD. Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet* 2004;363:1415-1421.

Dunn DT, Newell ML, Ades AE and Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992;340:585-588.

Dunne EF, AngoranBenie H, KamelanTano A, Sibailly TS, Monga BB, Kouadio L, et al. Is drinking water in Abidjan, Cote d'Ivoire, safe for infant formula? *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:393-398.

Eboko F. Le SIDA en Afrique : la perspective globale d'un drame local. A partir de l'exemple du Cameroun. In: Gobatto I, editor. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*. Paris: Karthala; 2003. p. 47-80.

Ekouevi DK, Leroy V, Viho I, Bequet L, Horo A, Rouet F, et al. Acceptability and uptake of a package to prevent mother-to-child transmission using rapid HIV testing in Abidjan, Cote d'Ivoire. *AIDS* 2004;18:697-700.

Ekpini ER, Wiktor SZ, Satten GA, Adjorlolo-Johnson GT, Sibailly TS, Ou CY, et al. Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Lancet* 1997;349:1054-9.

Embree JE, Njenga S, Datta P, Nagelkerke NJ, Ndinya-Achola JO, Mohammed Z, et al. Risk factors for postnatal mother-child transmission of HIV-1. *AIDS* 2000;14:2535-2541.

Esen UI. African women, bride price, and AIDS. *Lancet* 2004;363:1734.

Eshleman SH, BeckerPergola G, Desevyve M, Guay LA, Mracna M, Fleming T, et al. Impact of human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) subtype on women receiving single-dose nevirapine prophylaxis to prevent HIV-1 vertical transmission (HIV Network for Prevention Trials 012 study). *J Infect Dis* 2001;184:914-917.

Etiebet MA, Fransman D, Forsyth B, Coetzee N and Hussey G. Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into antenatal care: learning from the experiences of women in South Africa. *AIDS Care* 2004;16:37-46.

European mode of delivery collaboration. Elective caesarean section versus vaginal delivery in preventing vertical HIV-1 transmission: a randomised clinical trial. *Lancet* 1999;353:1035-1039.

Fapohunda BM and Rutenberg N. Expanding men's participation in reproductive health in Kenya. Nairobi, Kenya: African Population Policy Research Center; 1999. Available at: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/OR_TA/Africa/KenRH.pdf [Accessed 24/08/2005].

Farquhar C, Kiarie JN, Richardson BA, Kabura MN, John FN, Nduati RW, et al. Antenatal couple counselling increases uptake of interventions to prevent HIV-1 transmission. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° ThOrC1415.

Fassin D. La globalisation et la santé. Eléments pour une analyse anthropologique. In: Hours B, editor. *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Paris: Karthala; 2001a. p. 25-40.

Fassin D. Le culturalisme pratique de la santé publique. Critique d'un sens commun. In: Dozon J-P and Fassin D, editors. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris: Balland; 2001b. p. 181-208.

Fassin D and Dozon J-P. Introduction. L'universalisme bien tempéré de la santé publique. In: Dozon J-P and Fassin D, editors. *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*. Paris: Balland; 2001. p. 7-19.

Fawzi W, Msamanga GI, Spiegelman D, Renjifo B, Bang H, Kapiga S, et al. Transmission of HIV-1 through breastfeeding among women in Dar es Salaam, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002a;31:331-338.

Fawzi WW, Msamanga GI, Hunter D, Renjifo B, Antelman G, Bang H, et al. Randomized trial of vitamin supplements in relation to transmission of HIV-1 through breastfeeding and early child mortality. *AIDS* 2002b;16:1935-1944.

Faxelid E, Ndulo J, Ahlberg BM and Krantz I. Behaviour, knowledge and reactions concerning sexually transmitted diseases: implications for partner notification in Lusaka. *East Afr Med J* 1994;71:118-121.

Feachem RG. Poverty and inequity: a proper focus for the new century. *Bull World Health Organ* 2000;78:1-2.

Feachem RG and Koblinsky MA. Interventions for the control of diarrhoeal diseases among young children: promotion of breastfeeding. *Bull World Health Organ* 1984;62:271-291.

Feldman R and Maposhere C. Safer sex and reproductive choice: Findings from "Positive Women: Voices and Choices" in Zimbabwe. *Reprod Health Matters* 2003;11:162-173.

Ferry B, Carael M, Buve A, Auvert B, Laourou M, Kanhonou L, et al. Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection. *AIDS* 2001;15 Suppl 4:S41-50.

Fishbein M and Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading, MA: Addison Wesley; 1975.

Flores M and Filteau S. Effect of lactation counselling on subclinical mastitis among Bangladeshi women. *Ann Trop Paediatr* 2002;22:85-88.

Food and Agriculture Organisation of the United Nations and World Health Organisation. World Declaration and Plan of Action for Nutrition. Rome: FAO, WHO; 1992. Available at: www.who.int/nut/documents/icn_declaration.pdf [Accessed 16/06/2005].

Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics* 1984;74:Suppl 667-694.

Foster G, Shakespeare R, Chinemana F, Jackson H, Gregson S, Marange C, et al. Orphan prevalence and extended family care in a peri-urban community in Zimbabwe. *AIDS Care* 1995;7:3-17.

Fowler MG and Newell ML. Breast-feeding and HIV-1 transmission in resource-limited settings. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;30:230-239.

Francis-Chizororo M and Natshalaga NR. The female condom: acceptability and perception among rural women in Zimbabwe. *Afr J Reprod Health* 2003;7:101-116.

Freed G, Fraley JK and Schanler RJ. Accuracy of expectant mother's predictions of father's attitudes regarding breastfeeding. *J Fam Pract* 1993;37:148-152.

Gaillard P, Fowler MG, Dabis F, Coovadia H, vanderHorst C, vanRompay K, et al. Use of antiretroviral drugs to prevent HIV-1 transmission through breast-feeding: From animal studies to randomized clinical trials. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:178-187.

Gaillard P, Melis R, Mwanyumba F, Claeys P, Muigai E, Mandaliya K, et al. Vulnerability of women in an African setting: lessons for mother-to-child HIV transmission prevention programmes. *AIDS* 2002;16:937-939.

Gaillard P, Mwanyumba F, Verhofstede C, Claeys P, Chohan V, Goetghebeur E, et al. Vaginal lavage with chlorhexidine during labour to reduce mother-to-child HIV transmission: clinical trial in Mombasa, Kenya. *AIDS* 2001a;15:389-96.

Gaillard P, Piwoz E and Farley TM. Collection of standardized information on infant feeding in the context of mother-to-child transmission of HIV. *Stat Med* 2001b;20:3525-3537.

Gervais-Lambony P. L'Afrique du Sud et les Etats voisins. Paris: Armand Colin; 1997.

Gobatto I. Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines. Paris: Karthala; 2003.

Goerke B. The impact of traditional shona beliefs on HIV/AIDS intervention in Zimbabwe. Pittsburgh: Duquesne University; 2004.

Göksen F. Normative vs. attitudinal considerations in breastfeeding behavior: multifaceted social influences in a developing country context. *Soc Sci Med* 2002;54:1743-1753.

Gottlieb D, Shetty AK, Mapfungautsi RM, Bassett MT, Maldonado Y and Katzenstein DA. Infant feeding practices of HIV-infected and uninfected women in Zimbabwe. *AIDS Patient Care and Stds* 2004;18:45-53.

Grassly NC, Desai K, Pegurri E, Sikazwe A, Malambo I, Siamatowe C, et al. The economic impact of HIV/AIDS on the education sector in Zambia. *AIDS* 2003;17:1039-1044.

Green LW and McAlister AL. Macro-intervention to support health behaviour. some theoretical perspectives and practical reflections. *Health Educ Q* 1984;Fall:323-339.

Gregson S, Anderson RM, Ndlovu J, Zhuwau T and Chandiwana SK. Recent upturn in mortality in rural Zimbabwe: evidence for an early demographic impact of HIV-1 infection? *AIDS* 1997;11:1269-1280.

Gregson S, Waddell H and Chandiwana S. School education and HIV control in sub-Saharan Africa: from discord to harmony. *J Int Dev* 2001;13:467-485.

Grown C, Gupta GR and Pande R. Taking action to improve women's health through gender equality and women's empowerment. *Lancet* 2005;365:541-543.

Guay L and Ruff A. HIV and infant feeding - An ongoing challenge. *JAMA* 2001;286:2462-2464.

Guay LA, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999;354:795-802.

Habicht JP, DaVanzo J and Butz WP. Mother's milk and sewage: their interactive effects on infant mortality. *Pediatrics* 1988;81:456-461.

Habte D, Dussault G and Dovlo D. Challenges confronting the health workforce in sub-Saharan Africa. *World Hosp Health Serv* 2004;40:23-26, 40-41.

Haider R, Ashworth A, Kabir I and Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356:1643-1647.

Haider R, Islam A, Hamadani J, Amin NJ, Kabir I, Malek MA, et al. Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bull World Health Organ* 1996;74:173-179.

Hansen K, Chapman G, Chitsike I, Kasilo O and Mwaluko G. The costs of HIV/AIDS care at government hospitals in Zimbabwe. *Health Policy Plan* 2000;15:432-440.

Harkness S and Super CM. Shared child care in east Africa: socio-cultural origins and developmental consequences. In: Lamb ME, Sternberg KJ, Hwang CP and Broberg AG, editors. *Child care in context: cross-cultural perspectives*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.

Hatendi F. Assessment of the level of implementation of the Zimbabwe National AIDS Policy and accessibility of the National AIDS Trust Fund by Civil Society. Executive summary. Harare: Zimbabwe National Association of Non-Governmental Organizations, Zimbabwe AIDS Network; 2001. Available at: <http://www.comminit.com/evaluations/st2001/thinking-473.html> [Accessed 30/08/2005].

Hawkins T. Le déclin économique au Zimbabwe: à qui la faute? In: La Documentation Française, editor. Afrique contemporaine. N°197. Paris; 2001.

Hindin MJ. Women's power and anthropometric status in Zimbabwe. *Soc Sci Med* 2000;51:1517-1528.

Hindin MJ. For better or for worse? Women's autonomy and marital status in Zimbabwe. *Soc Sc Res* 2002;31:151-172.

Hindin MJ. Understanding women's attitudes towards wife beating in Zimbabwe. *Bull World Health Organ* 2003;81:501-508.

Hogan DR and Salomon JA. Prevention and treatment of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome in resource-limited settings. *Bull World Health Organ* 2005;83:135-143.

Holmes W. Effective provision of antenatal care. *Lancet* 2001;358:928.

Horizons. Prevention of mother to child transmission of HIV. Research update: Population Council; 2002 May 2002.

Horwood LJ and Fergusson DM. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. *Pediatrics* 1998;101:E9.

Hours B. Pour une anthropologie de la santé en sociétés. In: Hours B, editor. Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie. Paris: Karthala; 2001. p. 5-21.

Huffman SL. Determinants of breastfeeding in developing countries: overview and policy implications. *Stud Fam Plann* 1984;15:170-183.

Humphrey J and Iliff P. Is breast not best? Feeding babies born to HIV-positive mothers: bringing balance to a complex issue. *Nutr Rev* 2001;59:119-127.

Husband R and Foster W. Understanding qualitative research: a strategic approach to qualitative methodology. *J Human Educ & Dec* 1987;26:51-63.

Hutton G and Tanner M. The sector-wide approach: a blessing for public health? *Bull World Health Organ* 2004;82:893.

Hyodo C, Tanaka T, Kobayashi M, Shimizu M, Prueksunand P, Nitithamyong A, et al. Factors affecting attitudes towards mother-to-child transmission of HIV among pregnant women in a maternal and child hospital in Thailand. *Int J STD AIDS* 2000;11:406-409.

Iliff PJ, Piwoz EG, Tavengwa NV, Zunguza CD, Marinda ET, Nathoo KJ, et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. *AIDS* 2005;19:699-708.

Israel-Ballard K. Zimbabwean attitudes and resource accessibility as a measure of the feasibility and acceptability of heat treating expressed breastmilk for prevention of mother-to-child transmission of HIV; 2002. Available at: <http://www.qaproject/strat/Africa/Zimbabwe/BallardMPHThesis.pdf> [Accessed 21/06/2005].

Jackson H and Kerkhoven R. Developing AIDS care in Zimbabwe: a case for residential community centres? *AIDS Care* 1995;7:663-673.

Jackson JB, Musoke P, Fleming T, Guay LA, Bagenda D, Allen M, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 2003;362:859-868.

Jeffery BS and Mercer KG. Pretoria pasteurisation: a potential method for the reduction of postnatal mother to child transmission of the human immunodeficiency virus. *J Trop Pediatr* 2000;46:219-223.

Jeffery BS, Webber L, Mokhondo KR and Erasmus D. Determination of the effectiveness of inactivation of human immunodeficiency virus by Pretoria pasteurization. *J Trop Pediatr* 2001;47:345-349.

John GC, Nduati RW, Mbori-Ngacha DA, Richardson BA, Panteleeff D, Mwatha A, et al. Correlates of mother-to-child human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) transmission: association with maternal plasma HIV-1 RNA load, genital HIV-1 DNA shedding, and breast infections. *J Infect Dis* 2001;183:206-212.

Johnson DJ, Dyanda-Marira C and Dzvimbo PK. Urban Zimbabwean mothers' choices and perceptions of care for young children. *Early Child Res Q* 1997;12:199-219.

Jones G, Steketee RW, Bleck RE, Bhutta ZA, Morris SS and Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.

Jourdain G, Ngo-Giang-Huong N, Le Coeur S, Bowonwatanuwong C, Kantipong P, Leechanachai P, et al. Intrapartum exposure to nevirapine and subsequent maternal responses to nevirapine-based antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2004;351:229-240.

Kaaya SF and Fawzi MC. HIV counseling in sub-Saharan Africa. *AIDS* 1999;13:1577-1579.

Kagaayi J, Dreyfuss ML, Kigozi G, Chen MZ, Wabwire Mangen F, Serwadda D, et al. Maternal self-medication and provision of nevirapine to newborns by women in Rakai, Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:121-124.

Kanaaneh H. The relationship of bottle-feeding to malnutrition and gastroenteritis in a pre-industrial setting. *J Trop Ped Env Child Health* 1972;18:302-306.

Kanshana S and Simonds RJ. National program for preventing mother-child HIV transmission in Thailand: successful implementation and lessons learned. *AIDS* 2002;16:953-959.

Kanshana S, Thewanda D, Teeraratkul A, Limpakarnjanarat K, Amornwichee P, Kullerk N, et al. Implementing short-course zidovudine to reduce mother-infant HIV transmission in a large pilot program in Thailand. *AIDS* 2000;14:1617-1623.

Kapiriri L, Robbestad B and Norheim OF. The relationship between prevention of mother to child transmission of HIV and stakeholder decision making in Uganda: implications for health policy. *Health Policy* 2003;66:199-211.

Kawachi I. Social epidemiology. *Soc Sci Med* 2002;54:1739-1741.

Keraval R. Situation économique et financière du Zimbabwe. Fiche de synthèse Décembre 2003. Harare: Ambassade de France au Zimbabwe, Services d'Expansion Economique de Harare; 2003. Available at: http://www.missioneco.org/zimbabwe/documents_new.asp?V=1_PDF_66000 [Accessed 02/05/2005].

Kesby M. Participatory diagramming as a means to improve communication about sex in rural Zimbabwe: a pilot study. *Soc Sci Med* 2000;50:1723-1741.

Kiarie JN, Kreiss JK, Richardson BA and JohnStewart GC. Compliance with antiretroviral regimens to prevent perinatal HIV-1 transmission in Kenya. *AIDS* 2003;17:65-71.

Kiarie JN, Richardson BA, MboriNgacha D, Nduati RW and JohnStewart GC. Infant feeding practices of women in a perinatal HIV-1 Prevention Study in Nairobi, Kenya. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:75-81.

Kilewo C, Massawe A, Lyamuya E, Semali I, Kalokola F, Urassa E, et al. HIV counseling and testing of pregnant women in sub-Saharan Africa - Experiences from a study on prevention of mother-to-child HIV-1 transmission in Dar es Salaam, Tanzania. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2001;28:458-462.

Kirkwood BR, Gove S, Rogers S, Lob-Levyt J, Arthur P and Campbell H. Potential interventions for the prevention of childhood pneumonia in developing countries: a systematic review. *Bull World Health Organ* 1995;73:793-798.

Koniz-Booher P, Burkhalter B, de Wagt A, Iliff P and Willumsen J. HIV and infant feeding: a compilation of programmatic evidence. Bethesda: Quality Assurance Project, USAID, UNICEF; 2004. Available at: <http://www.qaproject.org/pubs/PDFs/HIVinfantfeed1004screen.pdf> [Accessed 24/08/2005].

Korenromp EL, White RG, Orroth KK, Bakker R, Kamali A, Serwadda D, et al. Determinants of the impact of sexually transmitted infection treatment on prevention of HIV infection: A synthesis of evidence from the Mwanza, Rakai, and Masaka intervention trials. *J Infect Dis* 2005;191 Suppl. 1:S168-S178.

Kourtis AP, Butera S, Ibegbu C, Belec L and Duerr A. Breast milk and HIV-1: vector of transmission or vehicle of protection? *Lancet Infectious Diseases* 2003;3:786-793.

Kowalczyk J, Jolly P, Karita E, Nibarere JA, Vyankandonder J and Salihu H. Voluntary counseling and testing for HIV among pregnant women presenting in labor in Kigali, Rwanda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;31:408-415.

Krabbendam AA, Kuijper B, Wolffers IN and Drew R. The impact of counselling on HIV-infected women in Zimbabwe. *AIDS Care* 1998;10:S25-37.

Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413-420.

Ladner J, Leroy V, Msellati P, Nyiraziraje M, De Clercq A, Van de Perre P, et al. A cohort study of factors associated with failure to return for HIV post-test counselling in pregnant women: Kigali, Rwanda, 1992-1993. *AIDS* 1996;10:69-75.

Landesman SH, Kalish LA, Burns DN, Minkoff H, Fox HE, Zorrilla C, et al. Obstetrical factors and the transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to child. The Women and Infants Transmission Study. *N Engl J Med* 1996;334:1617-1623.

Langhaug LF, Cowan FM, Nyamurera T, Power R and Regai Dzive Shiri Study Group. Improving young people's access to reproductive health care in rural Zimbabwe. *AIDS Care* 2002;15:147-157.

Lanting CI, Fidler V, Huisman M, Touwen BC and Boersma ER. Neurological differences between 9-year-old children fed breast-milk or formula-milk as babies. *Lancet* 1994;12:1319-1322.

Latham MC and Preble EA. Appropriate feeding methods for infants of HIV infected mothers in sub-Saharan Africa. *BMJ* 2000;320:1656-1660.

Lee YK, Marquis GS and Lartey A. Knowledge and attitudes about MTCT and prenatal VCT among Ghanaian pregnant women. Presented at: 131st Annual Meeting of APHA, November 15-19; 2003; San Francisco, USA; Abstr N° 66515.

Leroy V, Bequet L, Ekouevi DK, Viho I, Castetbon K, Elenga N, et al. Uptake of infant feeding interventions to reduce postnatal transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. The DITRAME PLUS ANRS 1202 project. Presented at: XIVth International AIDS conference, 7-12 July; 2002; Barcelona, Spain; Abstr N° MoPeD3677.

Leroy V, Karon JM, Alioum A, Ekpini ER, dePerre P, Greenberg AE, et al. Postnatal transmission of HIV-1 after a maternal short-course zidovudine peripartum regimen in West Africa. *AIDS* 2003;17:1493-1501.

Leroy V, Montcho C, Manigart O, Van de Perre P, Dabis F, Msellati P, et al. Maternal plasma viral load, zidovudine and mother-to-child transmission of HIV-1 in Africa: DITRAME ANRS 049a trial. *AIDS* 2001;15:517-522.

Leroy V, Newell ML, Dabis F, Peckham C, Van de Perre P, Bulterys M, et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. Ghent International Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV. *Lancet* 1998;352:597-600.

Lewis JJC, Garnett GP, Mhlanga S, Nyamukapa CA, Donnelly CA and Gregson S. Beer halls as a focus for HIV prevention activities in rural Zimbabwe. *Sex Transm Dis* 2005;32:364-369.

Lewis P, R N, Kreiss JK, John GC, Richardson BA, Mbori-Ngacha D, et al. Cell-free human immunodeficiency virus type 1 in breast milk. *J Infect Dis* 1998;177:34-39.

Loewenson R. Health and health care in post-independence rural Zimbabwe. In: Mutizwa-Mangiza ND and Helmsing AHJ, editors. *Rural development and planning in Zimbabwe*: Gwes Publishing Group; 1991.

Lucker LL. Fighting for human rights: women, war and social change in Zimbabwe. *Instraw News* 1998;28:34-44.

Lutter CK. Breastfeeding promotion - Is its effectiveness supported by scientific evidence and global changes in breastfeeding behaviors? *Adv Exp Med Biol* 2000;478:355-368.

Magnani RJ, Rice JC, Mock NB, Abdoh AA, Mercer DM and Tankari K. The impact of primary health care services on under-five mortality in rural Niger. *Int J Epidemiol* 1996;25:568-577.

Makumbe JM. *Democracy and development in Zimbabwe: constraints of decentralisation*. Harare: SAPES Books; 1998.

Malonza IM, Richardson BA, Kreiss JK, Bwayo JJ and Stewart GCJ. The effect of rapid HIV-1 testing on uptake of perinatal HIV-1 interventions: a randomized clinical trial. *AIDS* 2003;17:113-118.

Maman S, Mbwambo JK, Hogan NM, Kilonzo GP, Campbell JC, Weiss E, et al. HIV-positive women report more lifetime partner violence: Findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. *Am J Public Health* 2002;92:1331-1337.

Marangwanda C, Maulana M, Stranix L, Moyo S, Chirapa E, Maldonado Y, et al. Woman's disclosure of HIV status: a critical component of the PMTCT intervention. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° D11905.

Mararike CG. *Survival strategies in rural Zimbabwe. The role of assets, indigenous knowledge and organisations*. Harare: Mond Books; 1999.

Marindo R, Pearson S and Casterline JB. Condom use and abstinence among unmarried young people in Zimbabwe: which strategy, whose agenda? Working Paper n°170: Population Council, Policy Research Division; 2003. Available at: <http://www.popcouncil.org/pdfs/wp/170.pdf> [Accessed 24/08/2005].

Marseille E, Kahn JG, Mmiro F, Guay L, Musoke P, Fowler MG, et al. Cost effectiveness of single-dose nevirapine regimen for mothers and babies to decrease vertical HIV-1 transmission in sub-Saharan Africa. *Lancet* 1999;354:803-809.

Mate R. Wombs as God's laboratory : pentacostal discourses on femininity in Zimbabwe. *Africa* 2002;12.

Mathews C, Kuhn L, Fransman D, Hussey G and Dikweni L. Disclosure of HIV status and its consequences. *S Afr Med J* 1999;89:1238.

Mathole T, Lindmark G, Majoko F and Ahlberg BM. A qualitative study of women's perspectives of antenatal care in a rural area of Zimbabwe. *Midwifery* 2004;20:122-132.

Mbizvo EM, Msuya SE, Stray-Pedersen B, Chirenje MZ, Munjoma M and Hussain A. Association of herpes simplex virus type 2 with the human immunodeficiency virus among urban women in Zimbabwe. *Int J STD AIDS* 2002;13:343-348.

Mbizvo MT, Kasule J, Mahomed K and Nathoo K. HIV-1 seroconversion incidence following pregnancy and delivery among women seronegative at recruitment in Harare, Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 2001;47:115-118.

Mbizvo MT, Mashu A, Chipato T, Makura E, Bopoto R and Fottrell PF. Trends in HIV-1 and HIV-2 prevalence and risk factors in pregnant women in Harare, Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 1996;42:14-21.

Mbori-Ngacha D, Nduati R, John G, Reilly M, Richardson B, Mwatha A, et al. Morbidity and mortality in breastfed and formula-fed infants of HIV-1-infected women: A randomized clinical trial. *JAMA* 2001;286:2413-2420.

Mc Coy D, Besser M, Visser R and Doherty T. Interim findings on the national PMTCT pilote sites. Lessons and recommendations. Guidelines. Durban: Health Systems Trust; 2002 February 2002. Available at: <http://www.equinetafrica.org/bibl/docs/MCCaids.pdf> [Accessed 24/08/2005].

McIntyre J and Gray G. What can we do to reduce mother to child transmission of HIV? *BMJ* 2002;324:218-221.

Meda N, Ledru S, Fofana M, Lankoande S, Soula G, Bazie AJ, et al. Sexually transmitted diseases and human immunodeficiency virus infection among women with genital infections in Burkina Faso. *Int J STD AIDS* 1995;6:273-277.

Medley A, GarciaMoreno C, McGill S and Maman S. Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to- child transmission programmes. *Bull World Health Organ* 2004;82:299-307.

Meekers D and Richter K. Factors associated with use of the female condom in Zimbabwe. *Int Fam Plan Perspect* 2005;31:30-37.

Mehretu A and Mutambirwa C. Time and energy costs of distance in rural life space of Zimbabwe: case study in the Chiduku Communal Area. *Soc Sci Med* 1992;34:17-24.

Mendras H. *Elements de sociologie*. Paris: Armand Colin; 1989.

Meursing K and Sibindi F. A world of silence. Living with HIV in Bulawayo, Zimbabwe. Bulawayo: Matabeleland AIDS Council, Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1993.

Meursing K and Sibindi F. HIV counselling--a luxury or necessity? *Health Policy Plan* 2000;15:17-23.

Mhloyi M, Mercy B and Robson K. Use of alternatives to breastfeeding in Makonde district, Zimbabwe. Presented at: Third Conference on Global Strategies for the Prevention of HIV Transmission from Mothers to Infants; 2001; Kampala: 9–13 September.

Miotti PG, Taha TE, Kumwenda NI, Broadhead R, Mtimavalye LA, Van der Hoeven L, et al. HIV transmission through breastfeeding: a study in Malawi. *JAMA* 1999;282:744-749.

Mitka M. MTCT-Plus program has two goals: end maternal HIV transmission + treat mothers. *JAMA* 2002;288:153-154.

Moatti JP, N' Doye I, Hammer SM, Hale P and Kazatchkine M. Antiretroviral treatment for HIV infection in developing countries: an attainable new paradigm. *Nature Medicine* 2003;9:1449-1452.

Mofenson LM and McIntyre JA. Advances and research directions in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission. *Lancet* 2000;355:2237-2244.

Moodley D, Moodley J, Coovadia H, Gray G, McIntyre J, Hofmyer J, et al. A Multicenter Randomized Controlled Trial of Nevirapine Versus a Combination of Zidovudine and Lamivudine to Reduce Intrapartum and Early Postpartum Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1. *J Infect Dis* 2003;187:725-735.

Morrisson P, Latham MC and Greiner T. UNAIDS policy ought to promote exclusive breastfeeding but instead may lead to its decline un Africa. *Lancet* 2001;322:512e.

Mosley WH and Chen LC. An analytical framework for the study of child survival in developing countries. *Population and Development* 1984;10:25-45.

Msellati P, Hingst G, Kaba F, Viho I, Wellfens-Ekra C and Dabis F. Operational issues in prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire 1998-1999. *Bull World Health Organ* 2001;79:641-647.

Msellati P, Meda N, Leroy V, Likikouet R, Van de Perre P, Cartoux M, et al. Safety and acceptability of vaginal disinfection with benzalkonium chloride in HIV-infected pregnant women in west Africa: ANRS 049b phase II randomized, double blinded placebo controlled trial. DITRAME Study Group. *Sex Trans Infect* 1999;75:420-425.

Mugwagwa R, Mahomva A, Miller A and Mugurungi A. Rationalising training in PMTCT: Development of a national training matrix in Zimbabwe. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July, 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° E12102.

Munodawafa D and Gwede C. Patterns of HIV/AIDS in Zimbabwe: implications for health education. *AIDS Educ Prev* 1996;8:1-10.

Murapa R. Rural and district administrative reform in Zimbabwe: Centre d'Etude d'Afrique Noire. Institut d'Etudes Politiques. Université de Bordeaux I; 1986.

Murira N, Lutzen K, Lindmark G and Christensson K. Communication patterns between health care providers and their clients at an antenatal clinic in Zimbabwe. *Health Care Women Int* 2003;24:83-92.

Mwanyumba FM, Quaghebeur A, Wim C, Melis R, Verhofstede C, Solomon M, et al. Partner involvement and infant feeding choices in HIV infected women. Presented at: XIVth AIDS conference, 7-12 July; 2002; Barcelona, Spain; Abstr N° WePeB5942.

Nagelkerke NJ, Moses S, Embree JE, Jenniskens F and Plummer FA. The duration of breastfeeding by HIV-1-infected mothers in developing countries: balancing benefits and risks. *J Acquir Immune Defic Syndr Retrovirol* 1995;8:176-181.

Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, Adams O, Dussault G, Elzinga G, et al. Responding to the global human resources crisis. *Lancet* 2004;363:1469-1472.

Ncayiyana D. Doctors and nurses with HIV and AIDS in sub-Saharan Africa - "We're going to run out of people before we run out of money". *BMJ* 2004;329:584-585.

Ndagire L, Mulebeke MS, Bagenda RB, Bakaki PB, Nassali AN, Musoke PM, et al. Determinants of early cessation of breastfeeding among HIV-infected mothers in Kampala. Presented at: XIIIth AIDS conference; 2000; Durban, South Africa; Abstr N° ThPeC5332.

Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, Richardson B, Overbaugh J, Mwatha A, et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial. *JAMA* 2000;283:1167-1174.

Ndugga Maggwa B, Askew I, Marangwanda C, Nyakauru R and Janowitz B. An assessment of the Zimbabwe National Family Planning Council's community-based distribution programme. New-York: Population Council, Zimbabwe National Family Planning Council, Family Health International; 2001. Available at: http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/FR_FinalReports/Zimbabwe_CBD.pdf [Accessed 20/07/2005].

Newell ML. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: challenges for the current decade. *Bull World Health Organ* 2001;79:1138-1144.

Newell ML, Brahmbhatt H and Ghys PD. Child mortality and HIV infection in Africa: a review. *AIDS* 2004a;18 Suppl 2:S27-34.

Newell ML, Coovadia H, Cortina Borja M, Rollins N, Gaillard P and Dabis F. Mortality of infected and uninfected infants born to HIV-infected mothers in Africa: a pooled analysis. *Lancet* 2004b;364:1236-1243.

Newell ML, Dabis F, Tolley K and Whynes D. Cost-effectiveness and cost-benefit in the prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries. Ghent International Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV. *AIDS* 1998;12:1571-1580.

Nogueira SA, Lambert JS, Albuquerque AL, Rodrigues R, Reis S, Bornia R, et al. Assessment of a rapid HIV test strategy during labor - A pilot study from Rio de Janeiro, Brazil. *J Human Virol* 2001;4:278-282.

Nyambuya MN. The social impact of cost recovery measures in Zimbabwe. *South Afr Polit Econ Mon* 1994;7:14-15.

Nyamwaya D. Health promotion practice: the need for an integrated and processual approach. *Health Promot Int* 1997;12:179-181.

Nyamwaya D. Health promotion in Africa: strategies, players, challenges and prospects. *Health Promot Int* 2003;18:85-87.

Okware S, Opio A, Musinguzi J and Waibale P. Fighting HIV/AIDS: is success possible? *Bull World Health Organ* 2001;79:1113-1120.

Omari AA, Luo C, Kankasa C, Bhat GJ and Bunn J. Infant-feeding practices of mothers of known HIV status in Lusaka, Zambia. *Health Policy Plan* 2003;18:156-162.

O'Neill M. [The international debate on the effectiveness of health promotion: where does it come from? Why is it so important?]. *Promot Educ* 2004;Spec no 1:6-10.

Orloff SL, Wallingford JC and McDougal JS. Inactivation of human immunodeficiency virus type I in human milk: effects of intrinsic factors in human milk and of pasteurization. *J Hum Lact* 1993;9:13-17.

Orne-Gliemann J, Perez F, Leroy V, Newell ML and Dabis F. Une décennie de recherche sur la santé de l'enfant dans les pays en développement. *Sante* 2003;13:69-75.

Ostlin P, Sen G and George A. Paying attention to gender and poverty in health research: content and process issues. *Bull World Health Organ* 2004;82:740-745.

Owomoyela O. *Culture and customs of Zimbabwe*. Westport, Connecticut (USA): Greenwood Press; 2002.

Pabst HF, Spady DW, Pilarski LM, Carson MM, Beeler JA and Krezolek MP. Differential modulation of the immune response by breast- or formula-feeding of infants. *Acta Paediat* 1997;86:1291-1297.

Painter TM. Voluntary counseling and testing for couples: a high-leverage intervention for HIV/AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *Soc Sci Med* 2001;53:1397-1411.

Painter TM, Diaby KL, Matia DM, Lin LS, Sibailly TS, Kouassi MK, et al. Women's reasons for not participating in follow up visits before starting short course antiretroviral prophylaxis for prevention of mother to child transmission of HIV: qualitative interview study. *BMJ* 2004;329:543-546.

Papathakis PC and Rollins NC. Are WHO/UNAIDS/UNICEF-recommended replacement milks for infants of HIV-infected mothers appropriate in the South African context? *Bull World Health Organ* 2004;82:164-171.

Parker R, Aggleton P, Attawell K, Pulerwitz J and Brown L. HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action. Washington: Horizons Program, Population Council; 2002. Available at: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/sdncptlfrmwrk.pdf> [Accessed 08/07/2005].

Peck R, Fitzgerald DW, Liautaud B, Deschamps MM, Verdier RI, Beaulieu ME, et al. The feasibility, demand, and effect of integrating primary care services with HIV voluntary counseling and testing - Evaluation of a 15-year experience in Haiti, 1985-2000. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;33:470-475.

Peckham C and Gibb D. Mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus. *N Engl J Med* 1995;333:298-302.

Pelletier D and Frongillo EA. Changes in child survival are strongly associated with changes in malnutrition in developing countries. *J Nutr* 2003;133.

Pelletier DL. The potentiating effects of malnutrition on child mortality: epidemiologic evidence and policy implications. *Nutr Rev* 1994;52:409-415.

Pelletier DL, Frongillo EAJ, Schroeder DG and Habicht JP. The effects of malnutrition on child mortality in developing countries. *Bull World Health Organ* 1995;73:443-448.

Perez F, Miller A, Glenshaw M, Mukotekwa T and Orne-Gliemann J. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in a rural district of Zimbabwe. Presented at: XIIème Conférence Internationale sur le SIDA et les Maladies Sexuellement Transmissibles en Afrique, 9-13 Décembre; 2001; Ouagadougou, Burkina Faso; Abstr N° I3PTZ-153.

Perez F, Mukotekwa T, Miller A, Orne-Gliemann J, Glenshaw M, Chitsike I, et al. Implementing a rural programme of prevention of mother-to-child-transmission of HIV in Zimbabwe: first 18-months of experience. *Trop Med Int Health* 2004a;9:774-784.

Perez F, Orne-Gliemann J, Mukotekwa T, Miller A, Glenshaw M and Dabis F. Early follow-up of a rural programme of prevention of mother-to-child transmission of HIV in Murambinda Mission Hospital (Buhera district), Zimbabwe. Presented at: XIVth AIDS conference, 7-12 July; 2002; Barcelona, Spain; Abstr N° TuPeF5416.

Perez F, Orne-Gliemann J, Mukotekwa T, Miller A, Glenshaw M, Mahomva A, et al. Prevention of mother to child transmission of HIV: evaluation of a pilot programme in a district hospital in rural Zimbabwe. *BMJ* 2004b;329:1147-1150.

Perez-Then E, Pena R, Tavaréz-Rojas M, Pena C, Quinonez S, Buttler M, et al. Preventing mother-to-child HIV transmission in a developing country: the Dominican Republic experience. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;34:506-511.

Petra study team. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother to child in Tanzania, South Africa, and Uganda (Petra study): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 2002;359:1178-86.

Phadke MA, Gadgil B, Bharucha KE, Shrotri AN, Sastry J, Gupte NA, et al. Replacement-fed infants born to HIV-infected mothers in India have a high early postpartum rate of hospitalization. *J Nutr* 2003;133:3153-3157.

Pitts M and Jackson H. Press coverage of AIDS in Zimbabwe: a five-year review. *AIDS Care* 1993;5:223-30.

Piwoz EG, Iliff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, et al. An education and counseling program for preventing breast-feeding-associated HIV transmission in Zimbabwe: Design and impact on maternal knowledge and behavior. *J Nutr* 2005a;135:950-955.

Piwoz EG, Iliff PJ, Tavengwa N, Gavin L, Marinda E, Lunney K, et al. An education and counseling program for preventing breast-feeding-associated HIV transmission in Zimbabwe: Design and impact on maternal knowledge and behavior. *Journal of Nutrition* 2005b;135:950-955.

Poggensee G, Schulze K, Moneta I, Mbezi P, Baryomunsi C and Harms G. Infant feeding practices in western Tanzania and Uganda: implications for infant feeding recommendations for HIV-infected mothers. *Trop Med Int Health* 2004;9:477-485.

Pool R, Nyanzi S and Whitworth JA. Breastfeeding practices and attitudes relevant to the vertical transmission of HIV in rural south-west Uganda. *Ann Trop Paediatr* 2001;21:119-125.

Popkin BM, Adair L, Akin JS, Black R, Briscoe J and Fliieger W. Breast-feeding and diarrheal morbidity. *Pediatrics* 1990a;86:874-882.

Popkin BM, Fernandez ME and Avila JL. Infant formula promotion and the health sector in the Philippines. *Am J Public Health* 1990b;80:74-75.

Poverty Reduction Forum, Institute of Development Studies and University of Zimbabwe. Zimbabwe Human Development Report 2003. Redirecting our responses to HIV and AIDS. Harare, Zimbabwe: Poverty Reduction

Forum, Institute of Development Studies, University of Zimbabwe; 2003. Available at: http://hdr.undp.org/docs/reports/national/ZIM_Zimbabwe/Zimbabwe_2003_en.pdf [Accessed 24/08/2005].

Price-Smith A and Daly JL. Downward spiral. HIV/AIDS state capacity, and political conflict in Zimbabwe. Peaceworks N°53. Washington DC: United States Institute of Peace; 2004. Available at: <http://uniformservices.unaids.org/%5Ccountry%5CAfrica%20and%20the%20Middle%20East%5CZimbabwe%5CArticles%5C2004-07-00%20HIV-AIDS.%20State%20Capacity.%20and%20Political%20Conflict%20in%20Zimbabwe.pdf> [Accessed 24/08/2005].

Programme Review Team and PMTCT Advisory Group and Infant Feeding Study Group. Evaluation of a pilot programme and a follow-up study of infant feeding practices during the scaled-up programme in Botswana. Soc Sci Med 2002;25:421-431.

Quaghebeur A, Mutunga L, Mwanumba F, Mandaliya K, Verhofstede C and Temmerman M. Low efficacy of nevirapine (HIVNET 012) preventing perinatal HIV-1 transmission in a real-life situation. AIDS 2004;18:1854-1856.

Quick RE, Venczel LV, Mintz ED, Soletto L, Aparicio J, Gironaz M, et al. Diarrhoea prevention in Bolivia through point-of-use water treatment and safe storage: a promising new strategy. Epidemiol Infect 1999;122:83-90.

Raj VK and Plichta SB. The role of social support in breastfeeding promotion: a literature review. J Hum Lact 1998;14:41-45.

Ramon R, La Ruche G, Sylla-Koko F, Boka-Yao A, Bonard D, Coulibaly IM, et al. HIV counseling and testing: behavior and practices of women of childbearing age in Abidjan, Cote d'Ivoire. DYSCER-CI Group. J Acquir Immune Defic Syndr Retrovirol 1998;17:470-476.

Ray S and Kureya T. Zimbabwe's challenge: equity in health sector responses to HIV and AIDS in Zimbabwe. Harare: Safaids; 2003. Available at: <http://www.equinet africa.org/bibl/docs/DIS9aids.pdf> [Accessed 24/08/2005].

Regional Centre for Quality of Health Care. Counselling mothers on infant feeding for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a job aid for primary care workers: USAID, REDSO/ESA; 2003. Available at: <http://www.womenchildrenhiv.org/pdf/p06-if/if-01-00.pdf> [Accessed 14/06/2005].

Reyes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafre H and Guitierrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of the primary care process. Health Policy Plan 1997;12:214-223.

Rollins N, Meda N, Becquet R, Coutoudis A, Humphrey J, Jeffrey B, et al. Preventing postnatal transmission of HIV-1 through breast-feeding: Modifying infant feeding practices. J Acquir Immune Defic Syndr 2004;35:188-195.

Rouet F, Montcho C, Rouzioux C, Leroy V, Msellati P, Kottan JB, et al. Early diagnosis of paediatric HIV-1 infection among African breast-fed children using a quantitative plasma HIV RNA assay. AIDS 2001;15:1849-1856.

Rousseau CM, Nduati RW, Richardson BA, Steele MS, JohnStewart GC, MboriNgacha DA, et al. Longitudinal analysis of human immunodeficiency virus type 1 RNA in breast milk and of its relationship to infant infection and maternal disease. J Infect Dis 2003;187:741-747.

Rutenberg N and Baek C. Review of field experiences: integration of family planning and PMTCT services. Washington DC: Population Council; 2004. Available at: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/fpandpmtctrprt.pdf> [Accessed 20/01/2005].

Rutenberg N, Baek C, Kalibala S and Rosen J. Evaluation of United Nations-supported pilot projects for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: overview of findings. HIV/AIDS Working Paper. New York: UNICEF; 2003a. Available at: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctunicefevalovrvw.pdf> [Accessed 24/08/2005].

Rutenberg N, Field-Nguer ML and Nyblade L. Community involvement in the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: insights and recommendations: Population Council, International Center for Research on Women; 2001. Available at: <http://www.popcouncil.org/pdfs/mtct.pdf> [Accessed 02/03/2005].

Rutenberg N, Kalibala S, Baek C and Rosen J. Programme recommendations for the prevention of mother-to-child transmission of HIV: a practical guide for managers. HIV/AIDS Working Paper. New York: UNICEF; 2003b. Available at: <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctunicefevalprogmgr.pdf> [Accessed 14/06/2005].

Rutenberg N, Siwale M, Kankasa C, Nduati R, Mbori-Ngacha D, Oyieke J, et al. Infant feeding practices falls short of recommendations in pilot sites in Zambia and Kenya. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° WePeE6837.

Rutenberg N, Siwale M, Nduati R, Kalibala S, Kankasa C, Mbori Ngacha D, et al. Infant feeding counselling within Kenyan and Zambian PMTCT services: how well does it promote good feeding practices? Horizons Research Summary. Washington DC: Population Council; 2003c. Available at: <http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/pmtctif/pmtctif.html> [Accessed 22/05/2005].

Rutstein SO. Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s. *Bull World Health Organ* 2000;78:1256-1270.

Safrit JT, Ruprecht R, Ferrantelli F, Xu WD, Kitabwalla M, VanRompay K, et al. Immunoprophylaxis to prevent mother-to-child transmission of HIV-1. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;35:169-177.

Saman M, Kruey LS, Glaziou P, Rekecawicz C, Leng C, Min DC, et al. Feasibility of antenatal and late HIV testing in pregnant women in Phnom Penh Cambodia: the PERIKAM/ANRS1205 study. *AIDS* 2002;16:950-951.

Sanders D, Kravitz J, Lewin S and McKee M. Zimbabwe's hospital referral system: does it work? *Health Policy Plan* 1998;13:359-370.

Scrimshaw NS and Gleason GR. The expanding role of qualitative research in international development (Section 1). In: Scrimshaw NS and Gleason GR, editors. *Rapid assessment procedures: qualitative methodologies for planning and evaluation of health related programmes*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries (INFDC); 1992.

Scrimshaw SCM, Carballo M and Carael M. The AIDS rapid anthropological assessment procedures: a tool for health education planning and evaluation. *Health Educ Q* 1991;18:111-123.

Sedgh G, Spiegelman D, Larsen U, Msamanga G and Fawzi WW. Breastfeeding and maternal HIV-1 disease progression and mortality. *AIDS* 2004;18:1043-1049.

Seidel G, Sewpaul V and Dano B. Experiences of breastfeeding and vulnerability among a group of HIV-positive women in Durban, South Africa. *Health Policy Plan* 2000;15:24-33.

Seipone K, Ntuny R, Thuku H, Mazhani L, Creek T, Shaffer N, et al. Introduction of routine HIV testing in prenatal care - Botswana, 2004. *MMWR* 2004;53:1083-1086.

Semba RD, Kumwenda N, Hoover DR, Taha TE, Quinn TC, Mtshavalye L, et al. Human immunodeficiency virus in breast milk, mastitis and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 1999;180:93-98.

Semba RD and Neville MC. Breast-feeding, mastitis, and HIV transmission: nutritional implications. *Nutr Rev* 1999;57:146-153.

Semega-Janneh IJ, Bohler E, Holm H, Matheson I and Holmboe-Ottesen G. Promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. *Health Policy Plan* 2001;16:199-205.

Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young NL, et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet* 1999a;353:773-780.

Shaffer N, Roongpisuthipong A, Siriwasin W, Chotpitayasunondh T, Chearskul S, Young NL, et al. Maternal virus load and perinatal human immunodeficiency type 1 subtype E transmission, Thailand. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *J Infect Dis* 1999b;179:590-599.

Shankar AV, Sastry J, Erande A, Joshi A, Suryawanshi N, Phadke MA, et al. Making the choice: the translation of global HIV and infant feeding policy to local practice among mothers in Pune, India. *J Nutr* 2005;135:960-965.

Shapiro RL, Lockman S, Thior I, Stocking L, Kebaabetswe P, Wester C, et al. Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-infected women: results from the pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child HIV transmission in Botswana. *AIDS Educ Prev* 2003;15:221-230.

Shetty AK, Coovadia A, Mirochnick M, Maldonado Y, Mofenson LM, Eshleman SH, et al. Safety and through concentration of nevirapine prophylaxis given daily, twice weekly, or weekly in breast-feeding infants from birth to six months. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003;34:482-490.

Shisana O and Davids A. Correcting gender inequalities is central to controlling HIV/AIDS. *Bull World Health Organ* 2004;82:812.

Shisana O, Hall E, Maluleke KR, Stoker DJ, Schwabe C and Colvin M. The impact of HIV/AIDS on the health sector - national survey of health personnel, ambulatory and hospitalised patients and health facilities, 2002. Research report. Pretoria: Department of Health; 2002. Available at: http://www.hsrbpress.ac.za/user_uploads/tblPDF/1986_pre_Impact_HIVAIDS_Health_Sector.pdf [Accessed 02/09/2005].

Sibanda A. A nation in pain: why the HIV/AIDS epidemic is out of control in Zimbabwe. *Int J Health Serv* 2000;30:717-738.

Siegel K and Gorey E. HIV-infected women: barriers to AZT use. *Soc Sci Med* 1997;45:15-22.

Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S and Wade A. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2002:CD001141.

Simango C. Potential use of traditional fermented foods for weaning in Zimbabwe. *Soc Sci Med* 1997;44:1065-1068.

Sinkala M, Chi BH, Stringer EM, Ng'uni C, Myzece E and Stringer JSA. Employment of off-duty staff as a strategy to meet the human resource needs of an expanding PMTCT program in Zambia. Presented at: XVth International AIDS Conference, 11-16th July; 2004; Bangkok, Thailand; Abstr N° WePeE6761.

Sinkala M, Stout JP, Vermund SH, Goldenberg RL and Stringer JSA. Zambian women's attitudes toward mass nevirapine therapy to prevent perinatal transmission of HIV. *Lancet* 2001;358:1611-1612.

Sint TT, Dabis FO, Kamenga C, Shaffer N and de Zoysa IF. Should nevirapine be used to prevent mother-to-child transmission of HIV among women of unknown serostatus? *Bull World Health Organ* 2005;83:224-228.

Sithole I. Health standards plummet on occupied farms in Zimbabwe. *Bull World Health Organ* 2003;81:231.

Sithole M. Zimbabwe: in search of a stable democracy. In: Diamond L, Linz JL and Lipset SM, editors. *Politics in developing countries. Comparing experiences with democracy*. Boulder, Colorado, USA: Lynne Rienner; 1990. p. 503.

Sombié I, Cartoux M, Meda N, Tiendrébéogo S, Ouangré A, Yaro S, et al. Socio-demographic profile of HIV-infected pregnant women in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *HIV AIDS Rev* 2004;3:22-26.

Songok EM, Fujiyama Y, Tukei PM, Vulule JM, Kiptoo MK, Adungo NO, et al. The use of short-course zidovudine to prevent perinatal transmission of human immunodeficiency virus in rural Kenya. *Am J Trop Med Hyg* 2003;69:8-13.

Spira R, Lepage P, Msellati P, Van De Perre P, Leroy V, Simonon A, et al. Natural history of human immunodeficiency virus type 1 infection in children: a five-year prospective study in Rwanda. Mother-to-Child HIV-1 Transmission Study Group. *Pediatrics* 1999;104:e56.

Stover J, Walker N, Garnett GP, Salomon JA, Stanecki KA, Ghys PD, et al. Can we reverse the HIV/AIDS pandemic with an expanded response? *Lancet* 2002;360:73-77.

Stringer EM, Sinkala M, Stringer JS, Mzyece E, Makuka I, Goldenberg RL, et al. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: successes and challenges in scaling-up a nevirapine-based program in Lusaka, Zambia. *AIDS* 2003a;17:1377-1382.

Stringer JS, Sinkala M, Goldenberg RL, Kumwenda R, Acosta EP, Aldrovandi GM, et al. Universal nevirapine upon presentation in labor to prevent mother-to-child HIV transmission in high prevalence settings. *AIDS* 2004;18:939-943.

Stringer JS, Sinkala M, Stout J, Goldenberg R, Acosta E, Chapman V, et al. Comparison of two strategies for administering nevirapine to prevent perinatal HIV transmission in high-prevalence resource poor settings. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003b;32:506-513.

Stringer JSA, Rouse DJ, Sinkala M, Marseille EA, Vermund SH, Stringer EM, et al. Nevirapine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 among women of unknown serostatus. *Lancet* 2003c;362:1850-1853.

Stringer JSA, Sinkala M, Chapman V, Acosta EP, Aldrovandi GM, Mudenda V, et al. Timing of the maternal drug dose and risk of perinatal HIV transmission in the setting of intrapartum and neonatal single-dose nevirapine. *AIDS* 2003d;17:1659-1665.

Susser I and Stein Z. Culture, sexuality, and women's agency in the prevention of HIV/AIDS in southern Africa. *Am J Public Health* 2000;90:1042-1048.

Sweat MD and Denison JA. Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS* 1995;9 Suppl A:S251-257.

Sweat MD, O' Reilly KR, Schmid GP, Denison J and de Zoysa I. Cost-effectiveness of nevirapine to prevent mother-to-child HIV transmission in eight African countries. *AIDS* 2004;18:1661-1671.

Taha TE, Biggar RJ, Broadhead RL, Mtimavalye LA, Justesen AB, Liomba GN, et al. Effect of cleansing the birth canal with antiseptic solution on maternal and newborn morbidity and mortality in Malawi: clinical trial. *BMJ* 1997;315:216-219.

Taha TE, Kumwenda NI, Gibbons A, Broadhead RL, Fiscus S, Lema V, et al. Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomised clinical trial. *Lancet* 2003;362:1171-1177.

Tarwireyi F and Majoko F. Health workers' participation in voluntary counselling and testing in three districts of Mashonaland East Province, Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 2003;49:58-62.

Taverne B. Les détenteurs du savoir et les alternatives à l'allaitement maternel en milieu mossi. In: Desclaux A and Taverne B, editors. *Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala; 2000. p. 239-267.

Temmerman M, Ndinya-Achola J, Ambani J and Piot P. The right not to know HIV-test results. *Lancet* 1995;345:969-970.

Temmerman M, Quaghebeur A, Mwanyumba F and Mandaliya K. Mother-to-child HIV transmission in resource poor settings: how to improve coverage? *AIDS* 2003;17:1239-1242.

Tharawan K, Manopaiboon C, Ellertson CE, Limpakarnjanarat K, Kilmarx PH, Coggins C, et al. Knowledge and perceptions of HIV among peripartum women and among men whose wives are of reproductive age, northern Thailand. *Contraception* 2003;68:47-53.

Thea DM, Piwoz EG, Kasonde P, Vwalika C, Shutes E, Sinkala M, et al. The feasibility of early rapid breastfeeding cessation to reduce postnatal transmission of HIV in Lusaka, Zambia. Presented at: XIVth AIDS conference, 7-12 July; 2002; Barcelona, Spain; Abstr N°.

Tijou-Traore A. Prévention du VIH/SIDA chez des jeunes adolescents ivoiriens. Des modèles de prévention aux réalités de vie quotidienne. In: Gobatto I, editor. *Les pratiques de santé dans un monde globalisé. Circulation de modèles et expériences locales dans les Afriques contemporaines*. Paris: Karthala; 2003. p. 129-144.

Tomkins A. Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene Meeting at Manson House, London, 17 May 2001 - Reducing childhood mortality in poor countries - Reducing infant mortality in poor countries by 2015 - the need for critical appraisal of intervention-effectiveness. *Trans Roy Soc Trop Med Hyg* 2003;97:16-17.

Tomlinson RJ and Madjarov A. Global voices on HIV/AIDS. Pasteurised human breast milk should be considered. *BMJ* 2002;324:1034-1035.

Tommaselli GA, Guida M, Palomba S, Barbato M and Nappi C. Using complete breastfeeding and lactational amenorrhoea as birth spacing methods. *Contraception* 2000;61:253-257.

UNAIDS. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) - Déclaration de consensus à l'issue de la consultation OMS/UNICEF sur la transmission du VIH et l'allaitement au sein. *Wkly Epidemiol Rec* 1992;67:177-184.

UNAIDS. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) - VIH et alimentation du jeune enfant: Déclaration intérimaire. *Wkly Epidemiol Rec* 1996;71:289-296.

UNAIDS. Counselling and HIV/AIDS. Geneva: UNAIDS; 1997a. Report No.: UNAIDS Best practice collection. Available at: <http://www.youandaids.org/unfiles/counselling.pdf> [Accessed 24/08/2005].

UNAIDS. HIV and infant feeding: a policy statement developed collaboratively by UNAIDS, UNICEF and WHO; 1997b. Available at: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub03/infantpol_en_pdf.pdf [Accessed 25/08/2005].

UNAIDS. Prevention of HIV transmission from mother to child - Strategic options. Geneva: UNAIDS; 1998.

UNAIDS. Peer education and HIV/AIDS: concepts, uses and challenges. Geneva: UNAIDS; 1999a. Report No.: UNAIDS/99.46E. Available at: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc291-peereduc_en_pdf.pdf [Accessed 23/06/2005].

UNAIDS. Prevention of HIV transmission from mother to child. Strategic options. Geneva: UNAIDS; 1999b August 1999. Report No.: UNAIDS/99.40E. Available at: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub05/prevention_en_pdf.pdf [Accessed 24/08/2005].

UNAIDS. Evaluation of Voluntary Counselling and Testing in the National Prevention of Mother to Child Transmission Programme in Thailand. Geneva: UNAIDS, Department of Health - Ministry of Public Health of Thailand; 2001a October 2000. Available at: http://w3.whosea.org/LinkFiles/Evaluation_of_Voluntary_Counselling_complete.pdf [Accessed 24/08/2005].

UNAIDS. Working with men for HIV prevention and care. Geneva: UNAIDS; 2001b October 2001. Report No.: UNAIDS/01.64E. Available at: <http://www.umich.edu/~spp638/Coursepack/tar-men.pdf> [Accessed 24/08/2005].

UNAIDS. A conceptual framework and basis for action. HIV/AIDS stigma and discrimination. Geneva: UNAIDS; 2002a. Report No.: UNIADS/02.43E. Available at: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc891-wac%20framework_en_pdf.pdf [Accessed 24/08/2005].

UNAIDS. Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections - Zimbabwe. Geneva: UNAIDS, UNICEF, WHO; 2002b. Available at: http://www.aegis.org/files/unaid/june2000/Zimbabwe_en.pdf [Accessed 24/08/2005].

UNAIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic - 4th Global Report. Geneva: UNAIDS; 2004. Report No.: UNAIDS/04.16E. Available at: http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html [Accessed 28/08/2005].

UNAIDS and Thai Red Cross AIDS Research Centre. PMTCT of HIV: Thai Red Cross Zidovudine Donation Programme. Bangkok: Thai Red Cross Society; 2001 September 2000. Available at: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub05/mtct_thailand_en_pdf.pdf [Accessed 25/08/2005].

UNDP. Human Development Indicators. Zimbabwe; 2003. Available at: http://www.undp.org/hdr2003/indicator/cty_f_ZWE.html [Accessed 12/06/2005].

UNICEF. Innocenti Declaration on the protection, promotion and support of breastfeeding. Florence, Italy: UNICEF; 1990. Available at: <http://www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm> [Accessed 15/05/2005].

UNICEF. The state of the world's children 1997. New York: UNICEF; 1997. Available at: http://www.unicef.org/publications/files/pub_sowc97_en.pdf [Accessed 28/08/2005].

UNICEF. Mother-to-child transmission of HIV/AIDS. UNICEF support for pilot projects in sub-Saharan Africa. Geneva: UNICEF; 1999. Available at: <http://www.unicef.org/programme/hiv/focus/mtct/proj.htm> [Accessed 15/05/2005].

UNICEF. Hope never dries up: facing the challenges. Situational assessment and analysis of children in Zimbabwe. 2002 update. Harare: UNICEF; 2002.

UNICEF. The state of the world's children 2003. New York: UNICEF; 2003. Available at: <http://www.unicef.org/sowc03/> [Accessed 24/08/2005].

UNICEF. Progress for children. A child survival report card. Vol 1. New York: UNICEF; 2004a. Available at: <http://www.unicef.org/publications/files/29652L01Eng.pdf> [Accessed 13/06/2005].

UNICEF. The state of the world's children 2005. New York: UNICEF; 2004b. Available at: [http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_\(English\).pdf](http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2005_(English).pdf) [Accessed 11/06/2005].

United Nations. UN Millenium Development Goals (MDG). New York: United Nations; 2000a. Available at: <http://www.un.org/millenniumgoals/> [Accessed 14/06/2005].

United Nations. United National Millenium Declaration. Resolution adopted by the General Assembly. New York: United Nations; 2000b. Report No.: A/RES/55/2. Available at: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf> [Accessed 14/06/2005].

United Nations and Division for the Advancement of Women. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Geneva; 1979. Available at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/> [Accessed 14/06/2005].

United Nations Regional Inter-Agency Coordination Support for the Special Envoy for Humanitarian Needs in Southern Africa. Southern Africa humanitarian crisis update. Monthly update, October 2004; 2004. Available at: <http://www.who.int/disasters/repo/14980.pdf> [Accessed 17/06/2005].

United Nations Zimbabwe Country Team. "Looking forward together". United National Development Assistance Framework (UNDAF) for Zimbabwe. Harare: United Nations Inter-Agency Support Unit; 1998.

USAID, UNAIDS, WHO, UNICEF and Policy Project. Coverage of selected services for HIV/AIDS prevention, care and support in low and middle income countries in 2003. Washington: Policy Project; 2004. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/coveragereport_2003.pdf [Accessed 02/06/2005].

Van de Perre P. Mother-to-child transmission of HIV-1: the 'all mucosal' hypothesis as a predominant mechanism of transmission. *AIDS* 1999;13:1133-1138.

Van de Perre P, Hitimana DG, Simonon A, Dabis F, Msellati P, Karita P, et al. Postnatal transmission of HIV-1 associated with breast abscess. *Lancet* 1992;339:1490-1491.

van der Straten A, King R, Grinstead O, Serufilira A and Allen S. Couple communication, sexual coercion and HIV risk reduction in Kigali, Rwanda. *AIDS* 1995;9:935-944.

Varley RCG, Tarvid J and Chao DNW. A reassessment of the cost-effectiveness of water and sanitation interventions in programmes for controlling childhood diarrhoea. *Bull World Health Organ* 1998;76:617-631.

Vassiliades A. Situation économique et financière du Zimbabwe. Fiche de synthèse Janvier 2005. Harare: Ambassade de France au Zimbabwe, Services d'Expansion Economique de Harare; 2005. Available at: http://www.missioneco.org/zimbabwe/documents_new.asp?V=1_PDF_99153 [Accessed 15/08/2005].

Vermund SH and Wilson CM. Barriers to HIV testing - where next? *Lancet* 2002;360:1186-1187.

Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM, et al. Evidence for protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;2:319-322.

Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M and Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet* 2003;362:233-241.

Vidal L. Les femmes en temps de SIDA. Expériences d'Afrique. Paris: Presses Universitaire de France; 2000.

Vidal L. Le lien. De connaissances en pratiques, évaluer les risques du SIDA. In: Dozon J-P and Fassin D, editors. Critique de la santé publique. Une approche anthropologique. Paris: Balland; 2001. p. 233-256.

Vidal L. Ritualités, santé et sida en Afrique. Pour une anthropologie du singulier. Paris: Karthala; 2004.

Villamor E, Saathoff E, Msamanga G, E OBM, Manji K and Fawzi RW. Wasting during pregnancy increases the risk of mother-to-child HIV-1 transmission. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;38:622-626.

Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania, and Trinidad: a randomised trial. *Lancet* 2000;356:103-112.

Vyankandondera J, Luchters S, Hassink E, Pakker N, Mmiro F and Okang P. Reducing risk of HIV-1 transmission from mother to infant through breastfeeding using antiretroviral prophylaxis in infants (SIMBA study). Presented at: International AIDS Society Meeting; 2003; Paris, July 13-16; Abstr N° LB7.

Wabwire-Mangen F, Gray RH, Mmiro FA, Ndugwa C, Abramowsky C, Wabinga H, et al. Placental membrane inflammation and risks of maternal-to-child transmission of HIV-1 in Uganda. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999;22:379-385.

Walker N, Schwartlander B and Bryce J. Meeting international goals in child survival and HIV/AIDS. *Lancet* 2002;360:284-289.

Walraven G. Commentary: Involving traditional birth attendants in prevention of HIV transmission needs careful consideration. *BMJ* 2002;324:224-225.

Wandersman A, Valois R, Ochs L, de la Cruz D S, Adkins E and M GR. Toward a social ecology of community coalitions. *Am J Health Promotion* 1996;10:299-307.

Watts C, Keogh E, Ndlovu M and Kwaramba R. Withholding of sex and forced sex dimensions of violence against Zimbabwean women. *Reprod Health Matters* 1998;6:57-65.

Wendo C. African women denounce bride price. *Lancet* 2004;363:716.

Were W, Mermin J, Bunnell R, Ekwaru JP and Kaharuza F. Home-based model for HIV voluntary counselling and testing. *Lancet* 2003;361:1569.

WHO Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000;355:451-455.

Wiktor SZ, Ekpini E, Karon JM, Nkengasong J, Maurice C, Severin ST, et al. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: a randomised trial. *Lancet* 1999;353:781-785.

Wilfert CM. HIVNET 012 and Petra. *Lancet* 2004;363:244-245.

Williams C, Alderson P and Farsides B. Is nondirectiveness possible within the context of antenatal screening and testing? *Soc Sci Med* 2002;54:339-347.

Willumsen JF, Filteau SM, Coutoudis A, Newell ML, Rollins NC, Coovadia HM, et al. Breastmilk RNA viral load in HIV-infected South African women: effects of subclinical mastitis and infant feeding. *AIDS* 2003;17:407-414.

Willumsen JF, Newell ML, Filteau SM, Coutoudis A, Dwarika S, York D, et al. Variation in breastmilk HIV-1 viral load in left and right breasts during the first 3 months of lactation. *AIDS* 2001;15:1896-1898.

Wilson D, Dubley I, Msimanga S and Lavelle L. Psychosocial predictors of reported HIV-preventive behaviour change among adults in Bulawayo, Zimbabwe. *Cent Afr J Med* 1991;37:196-202.

Wilson D and Mehryar A. The role of AIDS knowledge, attitudes, beliefs and practices research in sub-Saharan Africa. *AIDS* 1991;5:177-188.

Winikoff B and Laukaran VH. Breastfeeding and bottle feeding controversies in the developing world: evidence from a study in four countries. *Soc Sci Med* 1989;29:859-868.

World Bank and Sector and Thematic Evaluations Group Operations Evaluation Department. Development Effectiveness in Health, Nutrition, and Population. Lessons from World Bank Experience. Washington: World Bank; 1999. Report No.: 19266. Available at: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/1999/09/14/000094946_9905260827207/Rendered/PDF/multi_page.pdf [Accessed 24/08/2005].

World Food Programme. World Hunger - Zimbabwe; 2004. Available at: http://www.wfp.org/country_brief/indexcountry.asp?country=716 [Accessed 17/06/2005].

World Health Assembly. Infant and young child nutrition. Resolution of the World Health Assembly. Forty-seventh World Health Assembly. Geneva: World Health Organisation; 1994. Report No.: WHA47.5.

World Health Assembly. Global strategy for infant and young child feeding. Report by the Secretariat. Resolution of the World Health Assembly. Fifty-fourth World Health Assembly. Geneva: World Health Organisation; 2001. Report No.: A54.7. Available at: http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA54/ea547.pdf [Accessed 16/04/2004].

World Health Organisation. Declaration of Alma-Ata. International conference on primary health care. Alma-Ata, USSR; 1978. Available at: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf [Accessed 28/08/2005].

World Health Organisation. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva: World Health Organisation; 1981. Available at: http://www.who.int/nut/documents/code_english.PDF [Accessed 21/06/2005].

World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva: World Health Organisation; 1986. Report No.: WHO/HPR/HEP/95.1. Available at: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf [Accessed 20/07/2005].

World Health Organisation. Community Involvement in health development: challenging health services. Geneva: World Health Organisation; 1991. Available at: http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_809.pdf [Accessed 27/07/2005].

World Health Organisation. Breastfeeding counselling: a training course. Geneva: World Health Organisation; 1993. Report No.: WHO/CDR/93.3-5. Available at: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm> [Accessed 16/06/2005].

World Health Organisation. The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century. Geneva: World Health Organisation; 1997. Report No.: WHO/HPR/HEP/4IHP/BR/97.4. Available at: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf [Accessed 20/07/2005].

World Health Organisation. Guidance modules on antiretroviral treatments. Geneva: World Health Organisation; 1998a. Report No.: WHO/ADS.98.1.

World Health Organisation. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organisation; 1998b. Report No.: WHO/HPR/HEP/98.1. Available at: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf [Accessed 19/08/2005].

World Health Organisation. HIV in pregnancy: a review. Geneva: World Health Organisation; 1999. Report No.: WHO/CHS/RHR/99.15.

World Health Organisation. HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course (director's guide). Geneva: World Health Organisation, UNAIDS, UNICEF; 2000a. Report No.: WHO/FCH/CAH/00.2, UNICEF/PD/NUT/(J)00-1, UNAIDS/99.55E. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_Inf_Feeding/Director's_Guide.pdf [Accessed 15/05/2005].

World Health Organisation. HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course (participant's manual). Geneva: World Health Organisation, UNAIDS, UNICEF; 2000b. Report No.: WHO/FCH/CAH/00.4, UNICEF/PD/NUT/(J)00-3, UNAIDS/99.57E. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_Inf_Feeding/Participants_Manual.pdf [Accessed 15/05/2005].

World Health Organisation. HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course (trainer's guide). Geneva: World Health Organisation, UNAIDS, UNICEF; 2000c. Report No.: WHO/FCH/CAH/00.2-4, UNICEF/PD/NUT/(J)00-2, UNAIDS/99.56E. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_Inf_Feeding/Trainers%20_Guide.pdf [Accessed 15/05/2005].

World Health Organisation. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: World Health Organisation; 2000d. Available at: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf [Accessed 29/08/2005].

World Health Organisation. Breastfeeding and replacement feeding practices in the context of Mother-To-Child Transmission of HIV - An assessment tool for research. Geneva: World Health Organisation; 2001a. Report No.: WHO/RHR/01.12. Available at: www.who.int/reproductive-health/rtis/docs/Tool_breast_feeding.doc [Accessed 15/02/2003].

World Health Organisation. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Technical Consultation. UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. Geneva, 11-13 October 2000: World Health Organisation; 2001b. Report No.: WHO/RHR/01.28. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/publications/new_data_prevention_mtct_hiv/text.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an expert consultation. Geneva: World Health Organisation; 2001c 28-30 March 2001. Report No.: WHO/NHD/01.09 - WHO/FCH/CAH/01.24. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CAH_01_24.pdf [Accessed 03/06/2005].

World Health Organisation. Prevention of mother to child transmission of HIV. Use of nevirapine among women of unknown status. Report of a technical consultation. Geneva: World Health Organisation; 2001d 5-6

December 2001. Report No.: WHO/HIV/2002.03. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/isbn9241562129.pdf> [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation. Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. Selection and use of nevirapine. Technical notes. Geneva: World Health Organisation, Department of HIV/AIDS, Department of Reproductive Health and Research, Department of Essential Drugs and Medicines; 2001e May. Available at: http://www.who.int/docstore/hiv/PMTCT/who_hiv_aids_2001.03.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation. Sexual relations among young people in developing countries. Geneva: World Health Organisation; 2001f. Report No.: WHO/RHR/01.8. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_8/sexual_relations_among_young_people_developing_countries.pdf [Accessed 27/08/2005].

World Health Organisation. Prevention of HIV in infants and young children. Review of the evidence and WHO's activities. Geneva: World Health Organisation, HIV/AIDS Department; 2002. Report No.: WHO/HIV/2002.08. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/hiv_2002_08_en.pdf [Accessed 13/05/2005].

World Health Organisation. Community-based strategies for breastfeeding promotion and support in developing countries. Geneva: World Health Organisation; 2003a. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publication/NUTRITION/ISBN_92_4_159121_8.pdf [Accessed 24/08/2005].

World Health Organisation. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva: World Health Organisation; 2003b. Available at: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf> [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation. HIV and infant feeding: framework for priority action. Geneva: World Health Organisation; 2003c. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_Framework_pp.pdf [Accessed 15/06/2005].

World Health Organisation. Nevirapine for the prevention of mother-to-child transmission of HIV. WHO reconfirms its support for the use of nevirapine to prevent mother-to-child transmission of HIV. July 2003. Geneva; 2003d. Available at: <http://www.who.int/reproductive-health/rtis/nevirapine.htm> [Accessed 14/06/2005].

World Health Organisation. Saving mothers, saving families: the MTCT-plus initiative: perspectives and practice in antiretroviral treatment. Case Study. Geneva: World Health Organisation; 2003e. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Saving_Mothers_E.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation. Strategic approaches to the prevention of HIV infection in infants. Report of a WHO meeting, Morges (Switzerland), 20-22 March 2002. Geneva: World Health Organisation; 2003f. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/StrategicApproachesE.pdf> [Accessed 14/08/2005].

World Health Organisation. Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings. Recommendations for use. 2004 revision. Geneva: World Health Organisation; 2004a. Available at: http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/pmtct_2004.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. Geneva: World Health Organisation; 2004b. Available at: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugswomenguidelinesfinal.pdf> [Accessed 24/08/2005].

World Health Organisation. National guide to monitoring and evaluating programmes for the prevention of HIV in infants and young children. Geneva: World Health Organisation; 2004c. Available at: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/nationalguideyoungchildren.pdf [Accessed 14/06/2005].

World Health Organisation. Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-limited settings. Recommendations for public health approach (2005 revision). Geneva,

Switzerland, 28-29 June 2005; 2005a. Available at: http://www.who.int/3by5/PMTCTreport_June2005.pdf [Accessed 02/09/2005].

World Health Organisation. World Health Report 2005. Make every mother and child count. Geneva: World Health Organisation; 2005b. Available at: http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation and 3 by 5. Summary country profile for HIV/AIDS treatment scale-up - Zimbabwe June 2005. Geneva: World Health Organisation; 2005. Available at: http://www.who.int/3by5/june2005_zwe.pdf [Accessed 20/07/2005].

World Health Organisation and Department of Child and Adolescent Health. IMCI planning guide - Gaining experience with the IMCI strategy in a country. Geneva: World Health Organisation; 1999. Report No.: WHO/CHS/CAH/99.1. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/IMCI/WHO_CHS_CAH_99.1.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation and Department of Reproductive Health and Research. Effect of breastfeeding on mortality among HIV-infected women. WHO statement 7 June 2001; 2001. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/WHO_Statement_on_breast_feeding_June_2001.html [Accessed 24/03/2005].

World Health Organisation, Department of Reproductive Health and Research and Family and Community Health. HIV-infected women and their families: psychosocial support and related issues. Geneva: World Health Organisation; 2003a. Report No.: WHO/RHR/03.07. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_03_07/hiv_infected_women_and_families_psychosocial_support.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation and Division of Child Health and Development. Indicators for assessing breastfeeding practices. Geneva: World Health Organisation; 1991. Report No.: WHO/CDD/SER/91.4. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CDD_SER_91.14.pdf [Accessed 20/10/2004].

World Health Organisation and Division of Child Health and Development. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organisation; 1998. Report No.: WHO/CHD/98.9. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation and Division of Diarrhoeal and Acute Respiratory Disease Control. Integrated management of the sick child. Bull World Health Organ 1995;73:735-740.

World Health Organisation and Global Forum for Health Research. Child health research: a foundation for improving child health. Geneva: WHO; 2002. Report No.: WHO/FCH/CAH/02.3. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/GC/WHO_FCH_CAH_02.3.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation and Health Action in Crises. Emergency country profile - Zimbabwe. Geneva: World Health Organisation; 1998. Available at: http://www.who.int/hac/crises/zwe/background/Zimbabwe_Feb05.pdf [Accessed 20/07/2005].

World Health Organisation and Technical Consultation on behalf on the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications: conclusions and recommendations at Geneva, 11-13 October 2000. Geneva: World Health Organisation; 2001. Report No.: WHO/RHR/01.28. Available at: http://www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/mtct_consultation_october_2000/consultation_documents/new_data_on_mtct_conclusions/table_of_contents_en.html [Accessed 14/06/2005].

World Health Organisation and UNAIDS. Provisional WHO/UNAIDS secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa; 2000. Available at: http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub04/recommendation_en_pdf.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation and UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. The special role of maternity services. Geneva: World Health Organisation; 1989.

World Health Organisation, UNICEF, UNFPA and UNAIDS. HIV and infant feeding: a guide for health care managers and supervisors. Geneva: World Health Organisation; 1998a. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FRH_NUT_CHD_98.2.pdf [Accessed 20/05/2005].

World Health Organisation, UNICEF, UNFPA and UNAIDS. HIV and infant feeding: a review of HIV transmission through breastfeeding. Geneva: World Health Organisation; 1998b. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FRH_NUT_CHD_98.3.pdf [Accessed 20/05/2005].

World Health Organisation, UNICEF, UNFPA and UNAIDS. HIV and infant feeding: guidelines for decision makers. Geneva: World Health Organisation; 1998c. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/WHO_FRH_NUT_CHD_98.1.pdf [Accessed 20/05/2005].

World Health Organisation, UNICEF, UNFPA and UNAIDS. HIV and infant feeding: a guide for health care managers and supervisors. Geneva: World Health Organisation; 2003b. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation, UNICEF, UNFPA and UNAIDS. HIV and infant feeding: guidelines for decision makers. Geneva: World Health Organisation; 2003c. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation, UNICEF, UNFPA and UNAIDS. HIV transmission through breastfeeding: a review of the available evidence. Geneva: World Health Organisation; 2004. Available at: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/ISBN_92_4_156271_4.pdf [Accessed 26/08/2005].

World Health Organisation and US Centres for Disease Control and Prevention. Prevention of mother-to-child transmission of HIV infection generic training package. Geneva: World Health Organisation; 2004. Available at: http://www.womenchildrenhiv.org/pdf/p03-pi/pi-60-00/Complete_TMr.pdf [Accessed 26/08/2005].

Wright AL, Holberg CJ, Martinez FD, Morgan WJ and Taussig LM. Breast feeding and lower respiratory tract illness in the first year of life. Group Health Medical Associates. BMJ 1989;299:946-949.

Ziegler JB, Cooper DA, Johnson RO and Gold J. Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant. Lancet 1985;1:896-898.

Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Prevention of Parent-To-Child HIV Transmission. A communication strategy for Zimbabwe 2001-2005. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, UNICEF; 2000.

Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Zimbabwe National Health Accounts. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2001. Available at: www.afro.who.int/dsd/nha/country-nha/zimbabwe-nha.pdf [Accessed 28/07/2005].

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

ANNEXES

Annexe 1. Outils de monitoring des services de PTME.

Date | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

PMTCT N°

Individual pre-test HIV counselling

Form completed by:

Pre-test session n°

1- Socio-demographics

1.1. Date of birth | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ | Age | _ || _ |

1.2. Village of permanent residence

1.3. Marital status :
 never married married
 living with partner separated
 divorced widowed

1.4. Level of education:
 none primary
 secondary post secondary

1.5. Employment
 formally employed self employed
 other (specify)

1.6. Number of children | _ || _ | of pregnancies | _ || _ | of live births | _ || _ |

2- Contraception and syphilis testing

2.1. Was she using a contraceptive before her pregnancy ? which one

2.2. After this pregnancy, does she wish to use a contraceptive? which one

2.3. RPR test results negative positive undeterminate

2.4. Estimated date of delivery | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

3- Feeding choice of the infant

3.1. How does she intend to feed her child in the first 4-6 months?

exclusive breastmilk exclusive artificial milk
 breastmilk and other feeds artificial milk and other feeds

If non exclusive, specify other feeds.....

4- HIV Testing proposal

4.1. Does she accept HIV testing yes no

4.2. Reasons for refusing HIV testing today

4.3. Does she intend to propose HIV testing to her partner? yes no
 no contact with the partner does not know

Laboratory request form

NOTES This form should be taken to the lab by the client who wants to be tested.
The tear-off portion will be collected by the counsellors **AT ALL TIME.**

Laboratory No..... Site Code.....

PMTCT No. ANC No.....

Date Drawn Time Drawn

HIV TEST RESULT

RTK	1st test	Repeat Test
Determine	1. Positive 2. Negative 3. Invalid	1. Positive 2. Negative 3. Invalid
Capillus	1. Positive 2. Negative 3. Invalid	1. Positive 2. Negative 3. Invalid

Final Results 1. Positive 2. Negative 3. Indeterminate

Confirmatory Result: Oraquick 1. Positive 2. Negative 3. Indeterminate

Tested by:

Tear off

CLIENT RESULT SHEET

PMTCT No ANC No.....

HIV TEST RESULT

RTK	1st test	Repeat Test
Determine	4. Positive 5. Negative 6. Invalid	4. Positive 5. Negative 6. Invalid
Capillus	4. Positive 5. Negative 6. Invalid	4. Positive 5. Negative 6. Invalid

Final Results 1. Positive 2. Negative 3. Indeterminate

Tested by:

Date | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

PMTCT N°

Individual post-test HIV counselling

Form completed by:

Post-test session n°

1. Sharing of the HIV test results

1.1. What are the test results? sero+ sero-

If present post-test counselling session on the same day as the testing,

1.2. Does she intend to share the results with someone? yes no

1.3. If yes, to whom?:

If present post-test counselling session on an ulterior day as the testing,

1.4. Has the woman spoken to anyone of her serological status? yes no

1.5. If yes, to whom?:

2. Feeding choice of the infant

2.1. After receiving her HIV test results, how does she intend to feed her child in the first 4-6 months?

- exclusive breastmilk exclusive artificial milk
- breastmilk and other feeds artificial milk and other feeds

If non exclusive, specify other feeds.....

2.2. Estimated date of delivery | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

3. Participation to PMTCT intervention

3.1. Does the woman plan to deliver in Murambinda hospital maternity?

- yes no (specify other).....

If woman HIV-positive

3.2. Is the woman interested in a 2-year follow-up for her and her child?

- yes no

If no, what reasons ?

Comments from the counsellor

.....
.....
.....

halshs-00007787, version 1 - 26 Jan 2006

Date | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

PMTCT N°

PMTCT intervention

Form completed by:

Mother

1- Nevirapine

1.1. Date of distribution of nevirapine | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

1.2. Date of onset of labour | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

1.3. Hour of onset of labour | _ || _ || h

1.4. Did the woman take nevirapine at the onset of labour? yes no

If yes go to 1.5., if no go to 1.10

1.5. Date of first nevirapine intake | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

1.6. Hour of first nevirapine intake | _ || _ || h

1.7. Date of delivery | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

1.8. Hour of delivery | _ || _ || h | _ || _ | mn

1.9. Second dose of nevirapine? yes no

If yes, specify the date and hour | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ | and | _ || _ || h

Specify the reasons

1.10. Have there been any intake problems? yes no

If yes, which problems ?

2- Delivery

2.1. Site of ANC visits

2.2. Delivery location Murambinda hospital maternity home

other maternity (specify).....

2.3. Mode of expulsion normal forceps, suction cups

planned caesarean emergency caesarean

halshs-00007787, version 1 - 26 Jan 2006

Child

3- Birth

If twins, fill in a second form

- 3.1. Sex male female
- 3.2. Birth status alive still birth
- 3.3. Anthropometrics Birth weight | _ | _ | | _ | _ | g Height | _ | _ | , | _ | cm
- 3.4. Date of maternity discharge | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |
- 3.5. Status of the child at maternity discharge
 alive home alive referred dead

4- Nevirapine

- 4.1. Date of distribution of the paediatric syrup bottle | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |
- 4.2. Date of nevirapine intake | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |
- 4.3. Hour of nevirapine intake | _ || _ || h | _ || _ | mn
- 4.4. Age of the child at nevirapine intake | _ || _ | hours
- 4.5. Age of the child at data collection | _ || _ || _ | hours
- 4.6. If late intake (after D3) or no intake of nevirapine, what were the reasons?
-

Date | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

PMTCT N°

Maternity discharge

Form completed by:

Clinical staging criteria

1. History (verbal/from hand held record card of mother):

Stage Two

Weight loss in last 6 months but <10% of bodyweight	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Herpes Zoster in last five years	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Recurrent sinusitis	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no

Stage three

Chronic diarrhoea >1 month	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Fever >1 month	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
PTB within last 1 year	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Severe bacterial infections (pneumonia, pyomyositis)	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Bedridden <50% of the day in last 1 month	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Weight loss >10% of body weight	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no

Stage four

Extra-pulmonary TB	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
“HIV Wasting Syndrome”	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Mucocutaneous Herpes >1 month	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
HIV encephalopathy	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Bedridden >50% of the day in last 1 month	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no

2. Physical examination:

Stage two

Minor mucocutaneous manifestations (eg. seborrhoeic dermatitis, prurigo, fungal nail infections recurrent oral ulcers, angular cheilitis)	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
---	--------------------------	-----	--------------------------	----

Stage three

Oral candidiasis	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Oral hairy leukoplakia	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no

Stage four

Presence of Stage Four illnesses i.e “AIDS?”	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no
Overall clinical stage of woman	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> IV
Cotrimoxazole prescribed	<input type="checkbox"/>	yes	<input type="checkbox"/>	no

Date | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

PMTCT N°

Mother and child follow-up <i>From D1 to M2</i> D _ - W _ - M _

Form completed by:

Mother

Date of first VCT session

| _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

1- Clinical data and treatment

1.1. Has the mother been hospitalised since last contact? yes no

1.2. If yes, specify reason and dates:
.....

1.3. Is the woman receiving the following treatments?

1.3.1. Nevirapine yes no

1.3.2. Antiretroviral for herself yes no

Specify

1.3.3. Cotrimoxazole yes no

If yes to cotrimoxazole: since when? | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

1.4 Has the woman been clinically evaluated ? yes no

If yes, which stage ? I II III IV

2- Clinical staging criteria

2.1. History (verbal/from hand held record card of mother):

Stage Two

- Weight loss in last 6 months but <10% of bodyweight yes no
- Herpes Zoster in last five years yes no
- Recurrent sinusitis yes no

Stage three

- Chronic diarrhoea >1 month yes no
- Fever >1 month yes no
- PTB within last 1 year yes no
- Severe bacterial infections (pneumonia, pyomyositis) yes no
- Bedridden <50% of the day in last 1 month yes no
- Weight loss >10% of body weight yes no

Stage four

- Extra-pulmonary TB yes no
- "HIV Wasting Syndrome" yes no
- Mucocutaneous Herpes >1 month yes no
- HIV encephalopathy yes no
- Bedridden >50% of the day in last 1 month yes no

2.2. Physical examination:

Stage two

- Minor mucocutaneous manifestations (eg. seborrhoeic dermatitis, prurigo, fungal nail infections recurrent oral ulcers, angular cheilitis) yes no

Stage three

- Oral candidiasis | yes no
- Oral hairy leukoplakia yes no

Stage four

- Presence of Stage Four illnesses i.e "AIDS?" yes no

2.3. Overall clinical stage of woman I II III IV

2.4. Cotrimoxazole prescribed yes no

3. Follow up on cotrmoxazole

3.1. Are there obvious clinical manifestations of adverse drug effects? yes no

If yes, has there been one of the following adverse drug effects?

- 3.1.1 Skin (Stevens Johnstone) yes no
- 3.1.2 Liver (hepatomegaly/jaundice) yes no
- 3.1.3 Renal (signs of renal failure – admittedly unlikely!!) yes no

3.2. Are there signs/symptoms about possible resistance to other pathogens/drug treatments? yes no

If yes, was this to

- 3.2.1 Strep pneumoniae yes no
- 3.2.2 Non typhi salmonella yes no
- 3.2.3 P. falciparum malaria yes no
- 3.2.3.1 If yes, was quinine required? yes no

3.3. Were there any difficulties in adherence/acceptability? yes no

If yes, which difficulties.....

4. Contraception

4.1. Does the woman currently use a contraceptive? Which one

Child

Date of birth | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ | (1)

Date of birth | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ | (2, if twins, and fill a second form)

5. Clinical data and treatment

5.1. Anthropometrics

Weight | _ | _ || | _ | _ | kg

Height | _ | _ |, | _ | cm

Cranial Perimeter | _ | _ |, | _ | cm

Brachial perimeter | _ | _ |, | _ | cm

5.2. Has the child been hospitalised since birth/ last visit? yes no

5.3. If yes, specify reason and dates:

5.4. Is the child receiving cotrimoxazole treatment? yes no

If yes since when? | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

6. Follow up on cotrimoxazole

6.1. Are there obvious clinical manifestations of adverse drug effects? yes no

If yes, which effects

6.2. Were there any difficulties in adherence/acceptability? yes no

If yes, which difficulties

7. Feeding practice

7.1. Current feeding practice exclusive breastmilk exclusive artificial milk
 breastmilk and other feeds artificial milk and other feeds

7.2. Is the child weaned? yes no

7.2.1. Date of complete weaning | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ | on-going

7.2.2. Reasons for weaning

8. HIV test

8.1. Date of HIV testing | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

8.2. What are the test results? sero+ sero-

Date of the next visit | _ || _ || . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |

Bus warrant given? yes no

Annexe 2. Questionnaire des enquêtes de Connaissance, Attitudes et Pratiques en matière de TME du VIH.

Form completed by Date | _ || _ | . | _ || _ | . | _ || _ || _ || _ |
 District Ward Village

1. Demographics

- 1.1. Age | _ || _ |
- 1.2. Sex female male
- 1.3. Marital status never married married
 living with partner separated
 divorced widowed
- 1.4. Level of education none primary
 secondary post secondary
- 1.5. Employment formally employed self employed
 other (specify)

2. MTCT awareness

- 2.1. Have you ever heard of mother-to-child transmission of HIV yes no
- 2.2. Have you ever heard of HIV being transmitted from the mother to the baby through (read)
 - pregnancy yes no
 - delivery yes no
 - breastfeeding yes no
- 2.3. Have you ever heard that MTCT could be prevented yes no

3. MTCT knowledge

- 3.1. Can HIV be transmitted from mother to the baby yes no
 does not know
- 3.2. How is HIV transmitted? (Do not read answers but tick)
 during pregnancy at delivery during breastfeeding
 does not know other (specify).....
- 3.3. Who is at risk of transmitting HIV to their baby?
 couples practising unsafe sex
 HIV positive pregnant women
 HIV positive women breastfeeding their babies
 Other(specify).....
- 3.4. Do all HIV-infected mothers transmit HIV to their baby? yes no
 does not know
- 3.5. Do the following factors increase the risk of transmission of HIV from mother to baby?
 - severity of HIV infection yes no does not know
 - recent HIV infection yes no does not know
 - infection with STIs yes no does not know
 - obstetric procedures yes no does not know

- duration of breastfeeding yes no does not know
- exclusive breastfeeding yes no does not know
- condition of the breast yes no does not know
- condition of the baby's mouth yes no does not know

3.6. What can be done to reduce the risk of transmission from mother to child?

- practice safe sex yes no does not know
- avoid unwanted pregnancies yes no does not know
- use antiretrovirals yes no does not know
- exclusive breastfeeding yes no does not know
- good breast health yes no does not know
- good baby oral health yes no does not know

4. MTCT Attitudes

- 4.1. Babies can contract HIV during delivery agree disagree not sure
- 4.2. Babies can contract HIV during pregnancy agree disagree not sure
- 4.3. Babies can contract HIV during breastfeeding agree disagree not sure
- 4.4. Parents practising unsafe sex are at risk of transmitting HIV to their baby
 agree disagree not sure
- 4.5. Use of condoms during pregnancy or lactation reduces the risk of transmitting HIV to the baby
 agree disagree not sure
- 4.6. Women who contract HIV during pregnancy increase the risk of transmitting HIV to the baby
 agree disagree not sure
- 4.7. Women practising mixed feeding are at risk of transmitting HIV to their baby
 agree disagree not sure
- 4.8. Women who contract HIV infection during lactation increase the risk of transmitting HIV to the baby
 agree disagree not sure
- 4.9. Preventing HIV in men and women is the best way to prevent the risk of transmitting HIV to the baby
 agree disagree not sure

5. MTCT Practices

- 5.1. Have you ever used
 - Male condom yes no
 - Female condom yes no
- 5.2. Do you use condoms each time you have sex yes no
- 5.3. What do you think should be done in this community to prevent transmitting HIV to the baby?
(Respondents should give their first three preferred interventions) ?
 - avoid HIV infection in men avoid HIV infection in women
 - stop breastfeeding use antiretrovirals
 - use condoms avoid promiscuous behaviour
 - avoid getting pregnant other (specify)

Annexe 3. Questionnaire de l'enquête sur les pratiques de nutrition infantile.

Section 1. Caregiver socio-demographics

Survey N° |__|__|__|

Date |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Questionnaire completed by Clinic

Visit number first second third or above.....

This form presents all the baseline information from the mother/caregiver and infant.

Say "I'm going to ask you a few questions concerning the baby and the person responsible for looking after the baby, and also see if the baby is in good health".

1. Identification of caregiver

For all this section, do not read responses initially, then read and prompt if necessary

1.1. What is your relationship to the baby? (respondent a first clinic visit)

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - mother | <input type="checkbox"/> | - grandmother | <input type="checkbox"/> | |
| - aunt/sister | <input type="checkbox"/> | - elder sister/brother | <input type="checkbox"/> | |
| - friend | <input type="checkbox"/> | - other (specify) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.2. Who is responsible for the baby?

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - mother | <input type="checkbox"/> | - grandmother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - aunt/sister | <input type="checkbox"/> | - elder sister/brother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - friend | <input type="checkbox"/> | - other (specify) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.3. Who **usually** prepares fluids/foods for the baby?

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - mother | <input type="checkbox"/> | - grandmother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - aunt/sister | <input type="checkbox"/> | - elder sister/brother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - friend | <input type="checkbox"/> | - other (specify) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.4. Who **usually** feeds the infant?

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - mother | <input type="checkbox"/> | - grandmother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - aunt/sister | <input type="checkbox"/> | - elder sister/brother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - friend | <input type="checkbox"/> | - other (specify) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

1.5. Interviewer conclusion: the caregiver of the infant is:

- | | | | | |
|---------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - mother | <input type="checkbox"/> | - grandmother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - aunt/sister | <input type="checkbox"/> | - elder sister/brother of the baby | <input type="checkbox"/> | |
| - friend | <input type="checkbox"/> | - other (specify) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

If the respondent is not the usual caregiver, make an appointment for a next clinic visit with the usual caregiver

2. Vital statistics

2.1. If mother is not the usual caregiver, specify vital status of mother

- | | | | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | mother reported alive by family | <input type="checkbox"/> | mother reported alive by health worker | |
| <input type="checkbox"/> | mother reported dead by family | <input type="checkbox"/> | mother reported dead by health worker | |
| <input type="checkbox"/> | vital status unknown | | | <input type="checkbox"/> |

- 2.2. If mother alive but not the usual caregiver, specify reasons
- mother working in town mother living away mother too ill
- mother abandoned baby other (specify).....
- 2.3. Vital status of the baby
- alive seen by interviewer baby reported alive by family
- baby reported alive by health worker baby reported dead by family
- baby reported dead by health worker vital status unknown

3. Usual caregiver demographics

- 3.1. Marital status married living with partner
- single separated
- divorced widowed
- 3.2. N° children alive pregnancies live births
- 3.3. Level of education none primary
- secondary post-secondary
- 3.4. Employment formally employed self-employed
- homemaker volunteer
- other (specify)
- 3.5. Religion Apostolic Protestant Zion
- Muslim Roman Catholic
- No religion other (specify)
- 3.6. Number of people living in the household

4. Infant anthropometrics on day of survey

- 4.1. Date of birth / /
- 4.2. Weight g
- 4.3. Height cm
- 4.4. Head circumference cm
- 4.5. Middle Upper Arm Circumference cm

Section 2. Infant feeding practices.

1. Breastfeeding practices

1.1. Have you ever breastfed the baby? yes no

If no, go to 1.3

1.2. Are you currently breastfeeding the baby? yes no

1.3. Has anyone else ever breastfed the baby? yes no

If no, go to 1.7. If yes, ask whom, don't read the responses initially, then read and prompt if necessary

- sister yes no - aunt yes no

- baby's grand-mother yes no - other female (specify)..... yes no

1.4. For how long did this other person breastfeed the baby?

|__|__|__| days |__|__|__| weeks |__|__| months

1.5. Is anyone else currently breastfeeding the baby?

If no, go to 1.7. If yes, ask whom, don't read the responses initially, then read and prompt if necessary

- sister yes no - aunt yes no

- baby's grand-mother yes no - another female (specify)..... yes no

1.6. For how long has this other person been breastfeeding the baby?

|__|__|__| days |__|__|__| weeks |__|__| months

If the usual caregiver is currently breastfeeding (answer yes at 1.2):

1.7. Up to what age do you intend to breastfeed the child? |__|__| months

1.8. How many times did you breastfeed the child yesterday? Tick according to the answers given

Frequency of feeding	During daylight	During night
Less than 5		
5 to 10		
More than 10		
Doesn't know		

daylight night

2. Foods other than breastmilk

2.1. Has the baby ever received fluids/foods other than breast milk? yes no

If the usual caregiver answers "no", go to 4.

2.2. Here is a list of fluids/foods, have you been feeding the baby any of these “ever”, “yesterday”, “in the past 7 days”? Prompt line by line and tick according to the answers given

	Ever	Yesterday	In the past 7 days
Plain water	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soft drink	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Fruit juice	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Fruit mash	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Cooking oil on its own	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Cooking oil with other food	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Tea with milk	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Tea without milk	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Thin porridge made with milk	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Thin porridge made without milk	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Infant formula	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Powdered milk	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Liquid milk from shops	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Fresh milk from cows	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Cereals	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Custard	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Cooked/mashed meat	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Cooked/mashed vegetables	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Sadza	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
ORS	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Medicine (specify)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Vitamins (specify)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Other (specify)..... <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> How many times <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

2.3. So yesterday you've been feeding your baby with (recap her answers). Is this the usual fluid/foods you feed the baby or is it different? usual different

If usual, go to 2.5

2.4. If different, for what reasons?

- caregiver illness/weakness yes no
- infant illness/weakness yes no
- usual caregiver absent yes no
- food unavailable yes no
- other (specify)..... yes no

2.5. Does anyone else apart from you prepare these fluids/foods for the baby?

- grand-mother of the baby yes no
- aunt/sister yes no
- elder sister/brother of the baby yes no
- friend yes no
- other (specify) yes no

2.6. Does anyone else apart from you feed the baby?

- grand-mother of the baby yes no
- aunt/sister yes no
- elder sister/brother of the baby yes no
- friend yes no
- other (specify) yes no

2.7. How is the food **usually** given?

- bottle bottle with a teat spoon ordinary cup
- baby cup from the hand other (specify)

3. Weaning process

If usual caregiver answered "no" to 2.1, do not complete this section and go to section 4

3.1. How old was the child when you started feeding him other fluids/foods than breast milk?
 |__| |__| |__| days |__| |__| weeks months |__| |__|

3.2. Do you still put your baby to the breast at any time? yes no

If "yes", go to 3.9

3.3. How old was your baby when you completely stopped breastfeeding?
 |__| |__| |__| days |__| |__| weeks months |__| |__|

3.4. How long did it take you to completely stop breastfeeding your child from the day you decided to stop to the day your baby no longer suckled from your breasts?
 |__| |__| |__| days |__| |__| weeks months |__| |__|

For questions 3.5 to 3.12, do not read responses initially, then read and prompt if necessary

3.5. For what reasons did you stop breastfeeding your baby?

- mother illness/weakness yes no
- infant illness/weakness yes no
- breast problem yes no
- insufficient milk yes no
- work yes no
- child refusal yes no
- contraception yes no
- concern about HIV yes no
- health worker's advice yes no
- family/friend advice yes no

- new pregnancy yes no
- baby old enough yes no
- doesn't remember yes no
- other (specify) yes no

3.6. How did you stop breastfeeding your infant?

- put something on breast yes no
- gave infant other milk/food yes no
- took medicine to stop milk yes no
- sent infant to friend/neighbour yes no
- did nothing special yes no
- other (specify)..... yes no

3.7. Did you encounter problems when you stopped breastfeeding? yes no

3.8. If yes, specify reasons?

- infant cried/unhappy yes no
- breast pain yes no
- breast engorgement yes no
- mother became ill yes no
- infant became ill yes no
- disapproval family/neighbours yes no
- disapproval of health worker yes no
- no food/milk to feed the infant yes no
- other (specify)..... yes no

3.9. Did you encounter problems when you introduced complementary fluids/foods? yes no

3.10. If yes, specify reasons?

- infant cried/unhappy yes no
- infant poor appetite yes no
- infant became ill yes no
- infant requesting breast yes no
- disapproval family/neighbours yes no
- other (specify)..... yes no

3.11. Who decided when to introduce complementary foods?

- personal decision yes no
- husband decision yes no
- other family member decision yes no
- doesn't remember yes no
- other (specify)..... yes no

3.12. Have you ever received food support from district organisations for you or your baby? yes no

3.13. If yes, which organisation?

- | | | | | | |
|------------------------|--|--------------------------|----------|--|--------------------------|
| - Murambinda Hospital | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - UNICEF | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - Red Cross | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - CRS | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - Dananai | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - Rujeko | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - Batsiranai | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - DAAC | <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - Other (specify)..... | | <input type="checkbox"/> | | | |

3.14. If yes, which type of support?

- | | | | | | | | |
|------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - infant formula | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - porridge | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - millie meal | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - cooking oil | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - beans | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | | | <input type="checkbox"/> |

4. Determinants of infant feeding choice

Just after delivery

If usual caregiver responded "yes" to 1.1, start with 4.1 else go straight to 4.3

4.1. Who decided on breastfeeding the baby?

Do not read responses, tick yes as many as applies

- usual caregiver choice yes no
- husband choice yes no
- health worker's advice yes no
- family/friend advice yes no
- doesn't remember yes no
- other (specify)..... yes no

4.2. What were the main reasons for you to breastfeed?

Do not read responses initially, then read and prompt if necessary

- best for infant health yes no
- husband insisted yes no
- family insisted yes no
- afraid of stigmatisation yes no
- financial constraint yes no
- cultural expectation yes no
- other (specify)..... yes no

If mother/caregiver responded "yes" to 1.1, skip 4.3 and go to 4.4

4.3. What were the main reasons for you not to ever breastfeed?

Do not read responses initially, then read and prompt if necessary

- mother illness/weakness yes no
- infant illness/weakness yes no
- breast problem yes no
- insufficient milk yes no
- work yes no
- baby refusal yes no
- use of contraception yes no
- concern of HIV yes no
- health worker's advice yes no
- family/friend advice yes no
- doesn't remember yes no
- other (specify)..... yes no

Present context

4.4. Today, which family member or members decides about how to feed your baby?

Tick yes as many as applies

- | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - usual caregiver | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - mother | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - grandmother of the baby | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - another senior male | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - another senior female | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - father of the baby | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify) | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | | | | |

4.5. Do you think you should feed something else to your child than what he/she currently receives? yes no

If no, go to 4.9

4.6. What would this other fluid/food be?

Do not read responses initially, then read and prompt if necessary

- | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|----|--------------------------|
| - breast milk | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - plain water | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - soft drink | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - fruit juice | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - fruit puree | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - cooking oil on its own | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - tea with milk | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - cooking oil with other foods | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - thin porridge (milk) | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - tea without milk | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - infant formula | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - thin porridge (no milk) | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - liquid milk from shops | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - powdered milk | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - cereals | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - fresh milk from cows | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - cooked, mashed meat | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - custard | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - sadza | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - cooked, mashed vegetables | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - vitamins (specify) | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | - medicine (specify)..... | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> | yes | <input type="checkbox"/> | no | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

4.7. Why do you want to feed something else to your child?

Do not read responses initially, then read and prompt if necessary

- current practice too expensive yes no
- current practice feels inadequate yes no
- health worker told to change practice yes no
- family/friends told to change practice yes no
- other (specify) yes no

4.8. For what reasons can't you currently feed something else to your child?

- not enough money yes no
- the fluid/food is not available yes no
- family/friends disapprove yes no
- health workers disapprove yes no
- other (specify) yes no

4.9. Do you have any other comments on your current infant practices and how you might want to improve them?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.10. Check the positioning of the baby on the breast

- appropriate not appropriate

5. Counselling

5.1. Have you ever had discussions on infant feeding practices? yes no

5.2. If yes, with whom? *Do not read responses initially, then read and prompt if necessary*

- with health workers yes no

- with the PMTCT team yes no

- with friends yes no

- other (specify)..... yes no

If caregiver answers "no" to 5.1, go to 5.6

5.3. How did you find these discussions? useful not useful

If not useful go to 5.4

5.4. If useful, what did you like in the discussion? *(Do not read responses initially, then read and prompt if necessary)*

- gave new information yes no

- meant someone to talk to yes no

- helped for feeding decision yes no

- other (specify) yes no

Go to 5.6

5.5. If not useful, explain why *(Do not read responses initially, then read and prompt if necessary)*

- information too complicated yes no

- health worker bad attitude yes no

- information can't be used yes no

- caregiver disagrees yes no

- other (specify) yes no

5.6. Have you ever received home visits? yes no

5.7. If yes, by whom?

- community carers yes no

- nurses yes no

- counsellors yes no

- other (specify)..... yes no

5.8. Have you ever been taught how to :

- express breast milk yes no

- heat treat breast milk yes no

- prepare commercial formula yes no

- prepare home modified formula yes no

6. Mother/caregiver health

Because infant feeding practices depend a lot upon the mother (caregiver) eating well and being healthy, explain that you're going to ask a few questions targeted at the mother/usual caregiver.

6.1. Ask about the availability of the following foods in the household (tick according to availability today)

Food	Yes (available today)	No (not available today)	Code
Millie meal			<input type="checkbox"/>
Vegetables			<input type="checkbox"/>
Cooking oil			<input type="checkbox"/>
Salt			<input type="checkbox"/>
Sugar			<input type="checkbox"/>
Bread			<input type="checkbox"/>
Milk			<input type="checkbox"/>

6.2. What is the **main** reason for these foods not being available in the house today?

- not in the shops yes no - can't afford it yes no

6.3. Have you eaten any of the following foods in the past 24 hours (tick all eaten foods)

- sadza yes no - meat yes no
 - milk yes no - bread yes no
 - beans yes no - fruits yes no
 - vegetables yes no - other (specify)..... yes no

6.4. Was this diet similar or different to most days? similar different

If similar, go to 6.5

6.5. If different, for what reasons?

- mother/caregiver illness/weakness yes no
 - mother/caregiver work yes no
 - food unavailable yes no
 - other (specify)..... yes no

6.6. Have you eaten the following foods in the past 7 days (tick all eaten foods)

- sadza yes no - meat yes no
 - milk yes no - bread yes no
 - beans yes no - fruits yes no
 - other (specify)..... yes no

6.7. Have you experienced the following health problems in the past 7 days?

- breast swelling yes no - breast tenderness yes no
 - sore nipples yes no - cracked nipples yes no
 - pain during feeding yes no - fever yes no
 - other (specify)..... yes no

If mother/caregiver answered yes to one of the items listed in 6.7 (health pb), continue this section, else go to 6.11

6.8. Have you been treated for these breast problems? yes no

- 6.9. From whom?
- doctor yes no
 - TM yes no
 - relative yes no
 - nurse yes no
 - traditional healer yes no
 - other (specify)..... yes no
- 6.10. What kind of treatment?
- painkillers yes no
 - skin cream yes no
 - traditional remedy yes no
 - other drug yes no
 - advice, counselling yes no
 - other (specify)..... yes no
- 6.11. Are you currently using any form of contraception? yes no
- 6.12. If yes which one? (*do not prompt initially*)
- oral contraceptive pill depo provera injection norplant
 - natural method (rhythm) IUCD condoms only
 - condoms and other method (specify).....
 - other (specify).....
- 6.13. If no, what are the reasons for not using a contraceptive? (*do not prompt initially*)
- clinic out of stock yes no - trying to become pregnant yes no
 - do not like using FP yes no - husband does not want yes no
 - has had tubal ligation yes no - not aware of FP options yes no
 - other (specify)..... yes no

7. Infant health

Because infant feeding practices have an impact on infant health, explain you're going to ask a few questions to see if the child is in good health.

- 7.1. How long ago was the last visit made to the well-baby clinic?
- |__|__|__| days |__|__| weeks |__|__| months
- 7.2. When was the last time your baby was unwell?
- |__|__|__| days |__|__| weeks |__|__| months
- 7.3. Did you change your way of feeding when this occurred? yes no
- If no, go to 7.5*
- 7.4. What did you do differently when baby was unwell? *Do not read responses initially, then read and prompt if necessary*
- stop breastfeeding yes no
 - stop non-human milks yes no
 - stop other liquids yes no
 - stop solid foods yes no
 - begin giving non-human milks yes no
 - begin giving other liquids yes no
 - begin giving other solid foods yes no
 - other (specify) yes no

7.5. Has the child been hospitalised since birth? yes no

7.6. If yes, how many times?

Check health card. Use it as a guide to discuss the information provided by the mother/caregiver

7.7. Date of hospitalisation 1 / / to / /

7.8. Specify reasons (self reported from caregiver)

- fever diarrhoea malnutrition
- respiratory infection other (specify)

7.9. Date of hospitalisation 2 / / to / /

7.10. Specify reasons (self reported from caregiver)

- fever diarrhoea malnutrition
- respiratory infection other (specify)

7.11. Date of hospitalisation 3 / / to / /

7.12. Specify reasons (self reported from caregiver)

- fever diarrhoea malnutrition
- respiratory infection other (specify)

7.13. Date of hospitalisation 4 / / to / /

7.14. Specify reasons (self reported from caregiver)

- fever diarrhoea malnutrition
- respiratory infection other (specify)

Section 3 – Infant follow-up

1. Frequency of infant follow-up

*This section can be answered by the mother OR the usual caregiver **ONLY IF** he/she stated explicitly they have knowledge of the mother HIV status*

Visit number	Expected date of PMTCT follow-up	Date of true PMTCT follow-up	Main reason for not attending PMTCT follow-up visits	Other reasons for not attending PMTCT follow-up visits
206	____/____/____ _	____/____/____ _	____, If other, specify	Reason 2 ____ , If other, specify Reason 3 ____ , If other, specify
303	____/____/____ _	____/____/____ _	____, If other, specify	Reason 2 ____ , If other, specify Reason 3 ____ , If other, specify
306	____/____/____ _	____/____/____ _	____, If other, specify	Reason 2 ____ , If other, specify Reason 3 ____ , If other, specify
309	____/____/____ _	____/____/____ _	____, If other, specify	Reason 2 ____ , If other, specify Reason 3 ____ , If other, specify
312	____/____/____ _	____/____/____ _	____, If other, specify	Reason 2 ____ , If other, specify Reason 3 ____ , If other, specify
315	____/____/____ _	____/____/____ _	____, If other, specify	Reason 2 ____ , If other, specify Reason 3 ____ , If other, specify
318	____/____/____ _	____/____/____ _	____, If other, specify	Reason 2 ____ , If other, specify Reason 3 ____ , If other, specify

Annexe 4. Questionnaire de l'enquête sur les services d'éducation et de suivi en matière de nutrition infantile.

Interview N° |__|__|__|

Date |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Clinic |__|

Informant DHE sister in charge health staff |__|

1. Socio-demographics

1.1. Age |__|__|

1.2. Sex female male |__|

1.3. Marital status married living with partner single
 separated divorced widowed |__|

1.4. Number of children: alive |__|__| total |__|__|

1.5. Level of education none primary secondary post-secondary |__|

2. Definition of infant feeding education and support services

2.1 What do you think constitutes infant feeding education and support? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- group education	__	- training	__
- medical consultation	__	- psychological support	__
- home visits	__	- food support	__
- community education	__	- referral to community groups	__
- counselling	__	- other (specify).....	__

2.2. What do you think is the purpose of infant feeding education and support services? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- provide new information to mothers	__
- provide new information to families	__
- enable women to make their own informed decisions	__
- build up the skills of mothers	__
- improve infant feeding practices at community level	__
- ensure cultural approach to infant feeding	__
- provide IEC material	__
- build-up community support	__
- provide food	__
- other (specify)	__

2.3. What issues do you think infant feeding education and support address in priority? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- breastfeeding position	__	- duration of breastfeeding	__
- exclusive breastfeeding	__	- mixed feeding	__
- cessation of breastfeeding	__	- weaning foods	__
- breast health	__	- baby oral health	__
- mother's worries	__	- enabling family environment	__
- safer breastfeeding	__	- other (specify).....	__

2.4. Can you describe what safer breastfeeding practices means to you?

.....

3. Accessibility/use of education and support services

3.1. Who provides infant feeding education and support services in this community?

- | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - nurse | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - medical doctor | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - VCT counsellor | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - other counsellor (specify) | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - support group | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - village health worker | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - community worker | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - home-based care worker | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - volunteer | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - NGO member | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - nutritionist | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - psychologist | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - traditional midwife | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - family/friend | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - peers | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |

3.2. In addition to mothers, who are these infant feeding education and support services delivered to?

- | | | | | | | | |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - partners | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - families | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify) | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | | | | |

3.3. When are these infant feeding education and support services delivered to mothers?

- | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - during pregnancy | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - just after delivery | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - during first six months | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - during first year | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - after one year | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | | | | |
| - whenever mothers asks at the clinic | | | | | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify) | | | | | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |

3.4. How often is infant feeding education and support offered to mothers? (*Tick one*)

- | | | | |
|--|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> once a month | <input type="checkbox"/> once every three months | <input type="checkbox"/> once every six months | |
| <input type="checkbox"/> every year | <input type="checkbox"/> whenever mother is at the clinic | | |
| <input type="checkbox"/> whenever mother receives a home visit | | | |
| <input type="checkbox"/> other (specify)..... | | | <input type="checkbox"/> |

3.5. Where is infant feeding education and support provided to mothers?

- | | | | |
|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - home | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - FCH department (clinic) | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - counselling room (clinic) | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - community centre | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - NGO | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - VCT centre | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify) | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |

3.6. Why is this education and support provided there (*specify place mentioned in 3.5.*) and not elsewhere?

- | | | | |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - it's easily accessible for the mother | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - the mother is alone, no family around | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - the family is around | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - the appropriate staff is available | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - the place is neutral | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |

3.7. Do you think this education and support is easily accessible to mothers in your community?

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|

If no, go to 3.9.

3.8. Why do you think it is accessible?

- | | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - it is a free service | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - the service is close | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - the service is well promoted | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |

- there are many support facilities yes no
- there are many staff yes no
- there are many trained support staff yes no
- it is provided in the same facility as other services yes no
- other (specify)..... yes no

3.9. Why do you think it is not accessible?

- this service is too expensive yes no
- this service is too far yes no
- this service is not well promoted yes no
- there are not enough support facilities yes no
- there are not enough staff yes no
- there are not enough trained staff yes no
- other (specify)..... yes no

3.10. Do you think ALL mothers currently benefit from infant feeding education and support? yes no

If yes, go to 4.

3.11. Which specific mothers currently benefit from infant feeding education and support services?

3.12. Which specific mothers currently do not benefit from infant feeding education and support services?

4. Involvement partner/other family members and friends

4.1. Is the partner (father of child) usually involved in infant feeding education and support? yes no

If no, go to 4.3.

4.2. How is the partner involved in infant feeding education and support? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- partner decides infant feeding practices
- partner discusses infant feeding with mother
- partner supports mothers psychologically
- partner supports mothers financially
- other (specify).....

4.3. Why is the partner usually not involved in infant feeding education and support? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- partner not asked to - mother refuses
- other family members pressure - friends pressure
- health worker attitude - community worker attitude
- other (specify).....

4.4. Do you think the partner should be involved in infant feeding support? yes no

If no, go to 4.6.

4.5. Why should the partner be involved in infant feeding education and support? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- partner is a parent so has to be informed
- partner is influential on infant feeding
- partner has financial resources
- partner can better support the mother
- socio-cultural norm
- other (specify).....

- 4.6. Why should the partner not be involved in infant feeding education and support?
- partner does not understand infant feeding yes no
 - socio-cultural norm yes no
 - other (specify)..... yes no

- 4.7. Are other family members than partner usually involved in infant feeding education and support? yes no

If no, go to 4.10

- 4.8. Specify which family members? **(relationship to mother)**
- sister yes no - sister in law yes no
 - mother yes no - mother-in-law yes no
 - other (specify)..... yes no

4.9. How is the family involved in infant feeding education and support? (Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)

- family decides infant feeding practices
- family discusses infant feeding with mother
- family supports mothers psychologically
- family supports mothers financially
- other (specify).....

4.10. Why is the family not involved in infant feeding education and support? (Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)

- family not asked to - mother refuses
- friend pressure - partner pressure
- health worker attitude - community worker attitude
- other (specify)

- 4.11. Do you think the family should be involved in infant feeding education and support? yes no

If no, go to 4.13.

4.12. Why should the family be involved in infant feeding education and support? (Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)

- family are parents so has to be informed
- family is influential on infant feeding
- family has financial resources
- family can better support the mother
- socio-cultural norm
- other (sp)

4.13. Why should the family not be involved in infant feeding education and support?

- family does not understand infant feeding yes no
- socio-cultural norm yes no
- other (specify)..... yes no

- 4.14. Are the friends of mothers usually involved in infant feeding education and support? yes no

If no, go to 4.16

4.15. How are friends involved in infant feeding education and support? (Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)

- friends decide infant feeding practices
- friends discuss infant feeding with mother
- friends support mothers psychologically
- friends support mothers financially
- other (specify).....

4.16. Why are friends not involved in infant feeding education and support? (Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)

- friends not asked to - mother refuses
- family pressure - partner pressure

- health worker attitude
 - community worker attitude
 - other (specify).....
- 4.17. Do you think the friends should be involved in infant feeding education and support? yes no

If no, go to 4.19.

4.18. Why should friends be involved in infant feeding education and support? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- friends are influential on infant feeding
- friends have financial resources
- friends can better support the mother
- socio-cultural norm
- other (specify).....

4.19. Why should friends not be involved in infant feeding education and support?

- friends does not understand infant feeding yes no
- socio-cultural norm yes no
- other (specify)..... yes no

5. Evaluation of infant feeding education and support

5.1. Please describe briefly how infant feeding practices are influenced by any type of education and support the mothers receive? *(specify the type of support the interviewee is talking about)*

.....

.....

.....

5.2. Do you think mothers are able to practice and sustain their infant feeding choices after infant feeding education and support? yes no

5.3. Please explain why yes/no?

.....

.....

.....

5.4. Do you think the follow-up provided to mothers for infant feeding education and support is adequate?

- yes no

5.5. Please explain why yes/no?

.....

.....

.....

6. Need for infant feeding education and support services

6.1. Do you think there needs to be more infant feeding education and support services available in Buhera district? yes no

6.2. Please explain why yes/no?

.....

.....

.....

6.3 What type of infant feeding education and support is needed? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| - group education | <input type="checkbox"/> | - training | <input type="checkbox"/> |
| - medical consultation | <input type="checkbox"/> | - psychological support | <input type="checkbox"/> |
| - home visits | <input type="checkbox"/> | - food support | <input type="checkbox"/> |
| - community education | <input type="checkbox"/> | - referral to community groups | <input type="checkbox"/> |
| - counselling | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> |

6.4. What issues should this infant feeding education and support emphasise? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| - breastfeeding position | <input type="checkbox"/> | - duration of breastfeeding | <input type="checkbox"/> |
| - exclusive breastfeeding | <input type="checkbox"/> | - mixed feeding | <input type="checkbox"/> |
| - cessation of breastfeeding | <input type="checkbox"/> | - weaning foods | <input type="checkbox"/> |
| - breast health | <input type="checkbox"/> | - baby oral health | <input type="checkbox"/> |
| - mother's worries | <input type="checkbox"/> | - enabling family environment | <input type="checkbox"/> |
| - safer breastfeeding | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> |

6.5. Where should this infant feeding education and support be provided? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 3)*

- | | | | |
|-------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| - at home | <input type="checkbox"/> | - at the health centre | <input type="checkbox"/> |
| - at a community centre | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> |

6.6. Who, when trained, should provide infant feeding education and support (even if staff currently unavailable)? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - nurse | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - medical doctor | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - VCT counsellor | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - other counsellor (specify) | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - support group | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - village health worker | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - community worker | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - home-based care worker | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - volunteer | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - NGO member | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - nutritionist | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - psychologist | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - traditional midwife | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - family/friend | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |
| - peers | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> yes | <input type="checkbox"/> no | <input type="checkbox"/> |

6.7. Who should be targeted by this infant feeding education and support? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- | | | | |
|------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| - mothers | <input type="checkbox"/> | - partners/husbands | <input type="checkbox"/> |
| - families | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> |

6.8. Do you think ALL mothers need infant feeding education and support? yes no

6.9. Please explain why yes/no?

.....

.....

.....

7. Perception of infant feeding education and support services

7.1. Do you think some people providing infant feeding education and support are more socially and culturally acceptable to mothers than others? yes no

If no, go to 7.3.

7.2. Who would be most socially and culturally acceptable to provide infant feeding education and support to mothers? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| - nurse | <input type="checkbox"/> | - medical doctor | <input type="checkbox"/> |
| - VCT counsellor | <input type="checkbox"/> | - other counsellor (specify) | <input type="checkbox"/> |
| - support group | <input type="checkbox"/> | - village health worker | <input type="checkbox"/> |
| - community worker | <input type="checkbox"/> | - home-based care worker | <input type="checkbox"/> |
| - volunteer | <input type="checkbox"/> | - NGO member | <input type="checkbox"/> |

- nutritionist
- traditional midwife
- peers
- psychologist
- family/friend
- other (specify).....

7.3. Do you think infant feeding education and support is socially and culturally acceptable by families?
 yes no

7.4. Please explain why yes/no?

7.5. Do you think infant feeding education and support is socially and culturally acceptable by the community?
 yes no

7.6. Please explain why yes/no?

7.7. Do you think families/friends encourage mothers to benefit from infant feeding education and support?
 yes no

7.8. Please explain why yes/no?

8. Infant feeding education and support services and HIV/AIDS

8.1. Do you think the community understands that the health of mothers may influence infant feeding practices?
 yes no

8.2. Please explain why yes/no?

8.3. Do you think the community accepts different infant feeding practices between HIV-infected and HIV-negative mothers?
 yes no

8.4. Please explain why yes/no?

8.5. What type of education and support do HIV-negative mothers need?

8.6. What type of education and support do HIV-infected mothers need?

8.7. Do you think HIV-infected mothers need more infant feeding education and support than HIV-negative mothers?
 yes no

8.8. Please explain why yes/no, and what aspects of infant feeding education and support HIV-infected mothers need more?

8.9. Are there any barriers to HIV-infected mothers benefiting from appropriate infant feeding education and support?
 yes no

8.10. Please explain why yes/no?

.....
.....
.....

8.11. If yes, what do you think could be done to improve access of HIV-infected mothers to infant feeding education and support?

.....
.....
.....

8.12. In general, what do you think could be done to improve access of mothers to infant feeding education and support?

.....
.....
.....

9. Infant feeding counselling

9.1 Are you familiar with the expression "infant feeding counselling"? yes no

If no, explain and continue interview

9.2 What do you think infant feeding counselling means to individuals? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4, adding one "other" category if needed)*

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| - sharing of information | <input type="checkbox"/> | - answers to questions | <input type="checkbox"/> |
| - discussion | <input type="checkbox"/> | - lecture | <input type="checkbox"/> |
| - assistance for choice | <input type="checkbox"/> | - building up of confidence | <input type="checkbox"/> |
| - once-off support | <input type="checkbox"/> | - ongoing support | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify) | | | <input type="checkbox"/> |

9.3. What do you think is the purpose of infant feeding counselling services? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4, adding one "other" category if needed)*

- | | |
|---|--------------------------|
| - provide new information to mothers | <input type="checkbox"/> |
| - provide new information to families | <input type="checkbox"/> |
| - enable women to make their own informed decisions | <input type="checkbox"/> |
| - build up the skills of mothers | <input type="checkbox"/> |
| - improve infant feeding practices at community level | <input type="checkbox"/> |
| - ensure cultural approach to infant feeding | <input type="checkbox"/> |
| - provide IEC material | <input type="checkbox"/> |
| - build-up community support | <input type="checkbox"/> |
| - other (specify) | <input type="checkbox"/> |

9.4. What issues do you think infant feeding counselling/support address in priority? *(Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4)*

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| - breastfeeding position | <input type="checkbox"/> | - duration of breastfeeding | <input type="checkbox"/> |
| - exclusive breastfeeding | <input type="checkbox"/> | - mixed feeding | <input type="checkbox"/> |
| - cessation of breastfeeding | <input type="checkbox"/> | - weaning foods | <input type="checkbox"/> |
| - breast health | <input type="checkbox"/> | - baby oral health | <input type="checkbox"/> |
| - mother's worries | <input type="checkbox"/> | - enabling family environment | <input type="checkbox"/> |
| - safer breastfeeding | <input type="checkbox"/> | - other (specify)..... | <input type="checkbox"/> |

9.5. Can you describe what safe infant feeding practices means to you?

.....
.....
.....

9.6. Have you been trained in infant feeding counselling? yes no

If no, go to 9.10

9.7. By whom? MOHCW other (specify).....

9.8. When? (*Tick one*) less than six months ago more than six months ago

9.9. How many hours was the infant feeding component of the course?

9.10. Why have you not been trained? (*Tick one*)

works in wrong department no opportunity planned by health authorities

inadequate profile other (specify).....

9.11. Are you currently providing infant feeding counselling? yes no

If no, go to 9.18

9.12. Please describe what you do as infant feeding counselling?

.....

9.13. Where do you provide infant feeding counselling?

.....

9.14. How often are you involved in providing infant feeding counselling? (Number of women per week?)

.....

9.15. How many women have you counselled so far? (*Tick one*)

few some many

9.16. How long does each infant feeding counselling session take?

.....

9.17. What is the target population you are dealing with?

.....

9.18. You are trained and not practicing, please describe how you use your counselling skills or wish to use them?

.....

10. Recommendation – framework for infant feeding education and support DHE	ONLY FOR
--	-----------------

10.1. What do you think needs to be improved in the infant feeding education and support services provided in Buhera district?

.....

10.2. What specifically needs to be improved? (*Show responses to interviewee, instruct him/her to choose and prioritise by importance from 1 to 4, adding one "other" category if needed*)

- additional staff
- additional training of staff
- continuous training and supervision of staff
- better location
- increased networking between stakeholders
- increased home visits
- increased involvement of families
- increased involvement of communities
- other (specify)

10.3. Why don't infant feeding education and support services provided in Buhera district need to be improved?

.....
.....
.....

10.4. Do you think infant feeding education and support is well integrated within existing health services?

yes no

10.5. Please explain why yes/no?

.....
.....
.....

10.6. Do you think infant feeding education and support is well integrated within community services?

yes no

10.7. Please explain why yes/no?

.....
.....
.....

Annexe 5. Manuscrit publié British Medical Journal 2004.

halshs-00007787, version 1 - 26 Jan 2006

Annexe 6. Manuscrit révisé Tropical Medicine International Health 2005.

Improved knowledge and practices among end-users of mother-to-child transmission of HIV prevention services in rural Zimbabwe.

Orne-Gliemann J^{1,2}, Mukotekwa T², Perez F¹, Miller A^{2,3}, Sakarovitch C¹, Glenshaw M⁴, Engelsmann B², Dabis F².

1. Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) – Université Victor Segalen - Bordeaux 2, 146 rue Leo Saignat, 33076 Bordeaux, France
2. ISPED Zimbabwe. 33 Lawson Avenue. Milton Park. Harare. Zimbabwe
3. Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation (EGPAF) Zimbabwe. 33 Lawson Avenue. Milton Park. Harare. Zimbabwe
4. Murambinda Mission Hospital, PO Box 20. Murambinda Growth Point, Buhera district, Zimbabwe

Abstract 215 words, Text 2770 words, 4 tables, 1 figure, 23 references.

Abstract

Background

Murambinda Mission Hospital was the first pilot site in rural Zimbabwe to initiate, in August 2001, prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) services. These services were scaled-up within the overall Buhera district in November 2002, with permanent community mobilisation (2001-2004).

Method

A Knowledge, Attitudes and Practices (KAP) survey collected baseline data in November 2002 and was repeated in July 2004 for evaluation purposes.

Results

351 women attending health care services were interviewed each time. The proportion of women aware of PMTCT increased from 48.0% in 2002 to 82.8% in 2004 (odds ratio [OR]=4.9, 95% confidence interval [CI] [3.3-7.3], $p=0.001$). Exclusive breastfeeding was identified as a MTCT risk factor by 27.1% and 55.8% of the respondents in 2002 and 2004, respectively (OR=2.9, CI [2.1-4.2], $p=0.001$). Though most interviewees agreed that the prevention of sexual transmission of HIV was the best strategy for PMTCT (88.3% in 2002 and 96.4% in 2004), few reported having ever used a male condom (24.8% in 2002 vs 29.8% in 2004, $p=0.16$).

Discussion

PMTCT strategies at individual as well as at community level, though in progress, were still insufficiently understood and applied within Buhera district in 2004. Targeted educational messages as well as communication for social change need to be combined. KAP assessments can be used to monitor programme progress.

Annexe 7. Manuscrit révisé Public Health Nutrition 2005.

Community-based assessment of infant feeding practices within a prevention of mother-to-child transmission of HIV programme in rural Zimbabwe

Orne-Gliemann J^{1,2}, Mukotekwa T², Miller A^{2,3}, Perez F¹, Glenshaw M⁴, Nesara P², Dabis F¹.

1. ISPED – Université Victor Segalen - Bordeaux 2, 146 rue Leo Saignat, 33076 Bordeaux, France
2. ISPED Zimbabwe. 33 Lawson Avenue. Milton Park. Harare. Zimbabwe
3. EGPAF Zimbabwe. 33 Lawson Avenue. Milton Park. Harare. Zimbabwe
4. Murambinda Mission Hospital, PO Box 20. Murambinda Growth Point. Zimbabwe

Abstract 230 words, Text 2300 words, 3 tables, 1 figure, 26 references.

Keywords: HIV, mother-to-child transmission, breastfeeding, programme evaluation, Zimbabwe

Abstract

Objective

To describe infant feeding practices and attitudes of women having used Prevention of Mother-To-Child Transmission of HIV (PMTCT) services in rural Zimbabwe.

Design

A cross-sectional study including structured interviews and focus group discussions was conducted between June 2003 and February 2004.

Setting

The study took place in Murambinda Mission Hospital (Buhera district, Manicaland province), the first rural site offering PMTCT services in rural Zimbabwe.

Subjects

The interviews targeted HIV-infected and HIV-negative women having received prenatal HIV counselling and testing and minimal infant feeding counselling, and having delivered between August 15th 2001 and February 15th 2003. The focus groups were conducted among young and elderly men and women.

Results

Overall, 71 HIV-infected and 93 HIV-negative mothers were interviewed in clinics or at home. Most infants (97%) had ever been breastfed. HIV-negative mothers introduced other fluids/foods than breastmilk significantly sooner than HIV-infected mothers (median 4.0 vs 6.0 months, $p=0.005$). Infants born to HIV-negative mothers were weaned significantly later than HIV-exposed infants (median 19.0 vs 6.0 months, $p=10^{-5}$). More than 90% of mothers reported that breastfeeding their infant was a personal decision, a third of whom also mentioned having taken into account health workers' messages.

Conclusion

HIV-infected mothers interviewed reported to be gradually, although insufficiently, implementing recommended HIV-related infant feeding practices. Increased infant feeding support capacity in resource-limited rural populations is required, namely training of counselling staff, decentralised follow-up and weaning support.