

Université Victor Segalen – Bordeaux 2
Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement

Année 2005

Thèse N°

Thèse pour le

Doctorat de l'Université de Bordeaux 2

Mention : Sciences Humaines et Sociales
Option : Sociologie

Présentée et soutenue publiquement

le 20 octobre 2005

Par

Joanna ORNE-GLIEMANN

Née le 4 janvier 1977 à Paris (France)

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

Membres du jury

Président du jury	Pr Roger Salamon, Professeur à l'Université Victor Segalen – Bordeaux 2
Directeur	Pr François Dabis, Professeur à l'Université Victor Segalen – Bordeaux 2
Co-directeur	Dr Bernard Chérubini, Maître de conférences à l'Université Victor Segalen – Bordeaux 2
Rapporteurs	Pr Alice Desclaux, Professeur à l'Université d'Aix-Marseille III Dr Benoît Ferry, Directeur de recherche à l'Institut de Recherche pour le Développement
Invité	Dr Daniel Compagnon, Professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux

REMERCIEMENTS

Dr Alice Desclaux, Professeur de l'Université Aix-Marseille III, médecin et anthropologue, rapporteur.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être rapporteur de ce travail. Votre analyse scientifique conciliant la rigueur médicale et la sensibilité anthropologique autour des questions de santé de la mère et de l'enfant en Afrique sont essentielles dans un contexte d'évolution rapide des connaissances et des pratiques de santé publique en matière de VIH/SIDA.

Mr Benoît Ferry, Directeur de recherche, CEPED, Institut de Recherche pour le Développement, démographe, rapporteur.

Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté d'être rapporteur de cette recherche. Votre analyse multidisciplinaire des enjeux de prévention du VIH/SIDA m'est chère.

Mr Daniel Compagnon, Professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Bordeaux 1, invité.

Merci d'avoir accepté d'examiner de ce travail et de partager vos connaissances des institutions politiques et de santé du Zimbabwe.

Pr François Dabis, Professeur de l'Université Victor Ségalen Bordeaux 2, médecin épidémiologiste, directeur de thèse.

Tu m'as formé à l'épidémiologie et à la recherche en santé publique. Tu as accepté de diriger cette thèse. Merci pour tes conseils et tes encouragements dans la conduite et la réalisation de ce travail.

Mr Bernard Chérubini, Maître de Conférence de l'Université Victor Segalen – Bordeaux 2, anthropologue, codirecteur de thèse.

Vous avez accepté de co-diriger cette recherche et de cadrer ma réflexion sociologique. Je vous remercie pour votre patience, votre disponibilité et vos critiques constructives.

Pr Roger Salamon, Professeur de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2, praticien hospitalier.

Je vous remercie de m'avoir permis d'apprendre et de travailler à l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) et de m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce travail au sein de votre laboratoire.

Je souhaite remercier les femmes du district de Buhera qui ont accepté de partager leurs expériences de maternité et de participer à nos enquêtes. Face à la peur des réactions de leur entourage, ces femmes ont fait preuve d'un courage et d'une volonté exemplaires dans l'adoption de comportements de santé en faveur de la survie de leurs enfants.

Cette recherche a été réalisée en étroite collaboration avec l'équipe de l'ISPED au Zimbabwe. Le travail quotidien avec Tarisai Mukotekwa, Anna Miller, Theresa Ngoro, Paul Nesara et Barbara Engelsmann a été une expérience professionnelle et humaine précieuse. Leur ardeur et leur motivation sans faille au travail sont admirables. Je leur dois beaucoup.

Je souhaite également remercier les équipes médicales et paramédicales de l'hôpital de Murambinda et des différentes cliniques du district de Buhera visitées. Je voudrais témoigner de leur courage et de leur travail consciencieux au quotidien.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues et amis ispediens. Freddy Perez, tu m'as formé à la définition et la coordination de projets de santé publique. Ta capacité de travail et ton enthousiasme ont été exemplaires. Je tiens à te remercier sincèrement de m'avoir encouragée et encadrée au cours de ces dernières années. Charlotte Sakarovitch et Renaud Becquet, mes sauveurs techniques et spirituels, vous avez eu beaucoup de mérite à suivre mes raisonnements et mes errances, et à me recadrer tout en douceur, merci mille fois. Votre compagnie, ainsi que celle de Delphine Gabillard et Eric Balestre, a été très stimulante. Un merci tout particulier à Valériane Leroy et Xavier Anglaret qui ont su trouver les mots et m'offrir le soutien dont j'avais besoin pour poursuivre mon expérience zimbabwéenne parfois difficile. Les sourires et encouragements des membres de l'ISPED croisés dans les couloirs sont toujours réconfortants.

Merci à ma famille pour sa compréhension et son soutien (vive les relectures de ma mère). Merci de fond du cœur à Nicolas, tu as su calmer mes angoisses et me reconstruire un cadre de travail favorable au Zimbabwe. Merci à Ludovic, ta patience, ton intransigeance et ta confiance, bien dosées, n'ont pas de prix. Merci à Sophie, Emilie et Gaëlle, vous avez su me redonner le moral et le sourire dans les moments de découragement. Une thèse de doctorat ne se fait vraiment pas toute seule !

RESUME

Contexte

Le VIH/SIDA est actuellement responsable de près de 10% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans en Afrique sub-Saharienne. Au Zimbabwe, la prévalence du virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) parmi les femmes enceintes était estimée à 25% en 2003. Le Ministère de la Santé a lancé son programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) en 1999. Deux ans plus tard, des services pilotes de PTME étaient introduits en zone rurale, dans un hôpital missionnaire, Murambinda Mission Hospital (MMH) (district de Buhera, province du Manicaland). Cette initiative de PTME, la première expérience de prévention du VIH/SIDA en routine au sein de l'hôpital, a été le point de départ de quatre études de recherche opérationnelle quantitative et qualitative conduites entre juin 2001 et août 2004. Deux thématiques de recherche ont été envisagées : 1) l'évolution de la compréhension et de l'utilisation des interventions de PTME et de prévention du VIH/SIDA dans son ensemble, et 2) les pratiques de nutrition infantile adoptées dans le contexte du VIH ainsi que la disponibilité des structures de suivi maternel et infantile et de soutien après l'accouchement.

Méthodes

Un monitoringage quantitatif approfondi a permis de mesurer la couverture de chaque composante de la PTME à MMH en 2001-2003 : le conseil individuel pré/post-test, le dépistage des anticorps anti-VIH par tests rapides, la prophylaxie anti-rétrovirale (ARV) par la névirapine en mono-dose (régime HIVNET012), le conseil en nutrition infantile et le suivi après l'accouchement. L'influence de certains facteurs sociodémographiques ou comportementaux sur l'acceptabilité et l'utilisation des services de PTME a pu être appréciée. Ensuite, les activités de promotion de la PTME et de sensibilisation des membres influents de la communauté et de la population locale, conduites principalement par des éducateurs-pairs, ont été évaluées parmi des femmes fréquentant les centres de santé locaux, au cours de deux enquêtes de Connaissances-Attitudes-Pratiques (CAP) réalisées en 2002 et en 2004. De plus, une enquête communautaire transversale conduite en 2003-2004, auprès de femmes ayant bénéficié de services de PTME à MMH, a documenté les pratiques de nutrition infantile parmi des enfants de quatre à 29 mois, et les facteurs influençant ces pratiques et les décisions afférentes. Enfin, en 2004, des entretiens approfondis avec des professionnels de santé du district ont permis d'étudier leurs perceptions sur l'existence et le besoin de services d'éducation et de suivi en matière de nutrition infantile.

Résultats

L'acceptabilité des services de PTME à MMH a été meilleure que dans d'autres sites ruraux introduisant la PTME à la même période. Un total de 1 776 femmes ont bénéficié de services de conseil du VIH entre août 2001 et septembre 2002 à MMH (77,2% des femmes vues en consultation prénatale). Parmi les 338 femmes identifiées comme infectées par le VIH (séroprévalence de 20,2%), 77,2% sont revenues au conseil post-test. Parmi les 146 naissances vivantes de mères infectées documentées à MMH, 94 « couples » femmes-enfants ont bénéficié d'une prophylaxie ARV. Le suivi après l'accouchement a été l'étape la plus faible de la cascade de services de PTME. Ces résultats ont été obtenus dans un contexte communautaire d'amélioration graduelle des niveaux de connaissance en matière de PTME. La proportion de femmes sensibilisées à l'existence de services de PTME a augmenté de 48,0% en 2002 à 82,8% en 2004. Des domaines de méconnaissance et de contradictions ont néanmoins été documentés. En 2004,

bien que la plupart des femmes interrogées connaissaient le risque de TME du VIH chez les femmes ayant des rapports sexuels à risque (avant ou pendant la grossesse) (66%) et recommandaient des pratiques sexuelles protégées (80%), à peine 30% des femmes interrogées ont déclaré avoir utilisé un préservatif masculin. De plus, l'allaitement maternel exclusif a été identifié comme un facteur de risque de TME du VIH par 27,1 et 55,7% des femmes interrogées en 2002 et en 2004, respectivement. L'enquête communautaire de nutrition infantile, réalisée entre juin 2003 et février 2004, a montré une tendance encourageante dans la compréhension de l'importance de l'allaitement maternel exclusif et du sevrage précoce pour les femmes infectées par le VIH. Les femmes séropositives interrogées ont déclaré initier une alimentation complémentaire significativement plus tard que les femmes séronégatives (médiane 6 vs 4 mois, $p=0,005$). La disponibilité alimentaire, les ressources financières et les messages éducatifs des professionnels de santé étaient parmi les facteurs de décision les plus importants en matière de nutrition infantile. Les femmes enquêtées ont fait part leur appréciation des services de conseil et de suivi en matière de nutrition infantile, mais ont déclaré avoir rarement bénéficié en pratique de ce soutien. Les informateurs clés interrogés, partageant leurs perceptions positives des services d'éducation, de conseil et de suivi en matière de nutrition infantile existants dans le district, ont ainsi confirmé que ces services étaient centrés sur la période de la grossesse et offerts principalement en centres de santé. Ils ont recommandé la mise en œuvre de services de soutien avancés dans la communauté, offerts à toutes les femmes quel que soit leur statut sérologique.

Discussion

Nos études de recherche opérationnelle ont permis de fournir des données directement applicables aux populations du district de Buhera ; elles s'intègrent dans le quotidien des acteurs de santé publique locaux, et, permettant en ce sens un éclairage éminemment social des enjeux de PTME en milieu rural africain. Nous avons notamment pu apprécier les difficultés logistiques et stratégiques de l'introduction de services de PTME au sein des services de santé ; les répercussions professionnelles et sociales, parmi le personnel de santé, de l'offre de nouveaux services de conseil et de soutien en matière de VIH/SIDA ; ou encore les enjeux sociaux liés à la découverte par les femmes d'un statut sérologique positif et aux contraintes à l'adoption des comportements de prévention sexuelle du VIH et de PTME dans la période postnatale. Ce travail a mis en lumière les limites d'une approche biomédicale de la PTME, trop focalisée sur les questions de maternité et qui ne prendrait pas suffisamment en compte les dimensions socioculturelles et économiques de la gestion de l'infection par le VIH. De nouveaux investissements dans des stratégies de promotion de la santé et de modification des comportements et des normes sociales en matière de VIH/SIDA semblent incontournables, notamment dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant dans les pays et zones géographiques africaines les plus touchées par le VIH/SIDA.

Mots-clés

VIH/SIDA, Transmission mère-enfant, Prévention, Développement, Système de santé, Populations, Zimbabwe, Afrique australe.

ABSTRACT

Context

More than 10% of the under-five mortality in sub-Saharan Africa is currently due to HIV/AIDS. In Zimbabwe, southern Africa, the Human Immunodeficiency Virus (HIV) prevalence among pregnant women was estimated at 25% in 2003. The Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare initiated the national prevention of mother-to-child transmission of HIV (PMTCT) programme in 1999. Two years later, pilot PMTCT services were introduced in a rural mission hospital, Murambinda Mission Hospital (MMH) (Buhera district, Manicaland province). These PMTCT interventions were the first routine HIV prevention activities within the hospital. Buhera district has provided the setting for four quantitative and qualitative operational research studies conducted between June 2001 and August 2004. Two main research issues were addressed: 1) the progress in understanding and use of PMTCT services and HIV prevention services in general; 2) the infant feeding practices adopted in the context of HIV and well as the availability of related mother and infant follow-up and support services after delivery.

Method

First, an extensive monitoring system provided quantitative data on the coverage of PMTCT services in MMH between 2001 and 2003: individual pre-test/post-test counselling, HIV rapid testing, anti-retroviral prophylaxis (ARV) using single-dose nevirapine (HIVNET012 regimen), infant feeding counselling and follow-up after delivery. The influence of socio-demographic or behavioural factors on the acceptability and use of PMTCT services were appreciated. Then, the PMTCT advocacy and social mobilisation activities, mainly conducted by peer educators, were evaluated among women using health care services, during two Knowledge-Attitudes-Practices (KAP) studies conducted in 2002 and 2004. Furthermore, a cross-sectional community-based study among women having benefited from PMTCT services in MMH documented in 2003-2004 their infant feeding practices and the main influential factors on infant feeding issues. Finally, in 2004, in-depth interviews with health professionals provided information on their perceptions on the availability and need for infant feeding education and support services within Buhera district.

Results

The acceptability of PMTCT in MMH was higher than in other rural sites in Africa at the same period. Between August 2001 and September 2002, a total of 1 776 women benefited from HIV pre-test counselling in MMH (77.2% of women attending prenatal care). Among the 338 HIV-infected women identified (HIV prevalence 20.2%), 77.2% returned for post-test counselling. Among the 146 live births on HIV-infected women documented in MMH during that period, 94 mother-infant pairs benefited from ARV prophylaxis. Follow-up after delivery was the weakest component of the PMTCT cascade of services. These PMTCT interventions were implemented within a context of overall improvement in PMTCT awareness and knowledge levels within the district. The awareness of PMTCT interventions increased from 48.0% in 2002 to 82.8% in 2004. Areas of misconceptions and contradictions were however identified. In 2004, although most women interviewed knew the risk of MTCT among individual practicing unsafe sex (66%) and recommended protected sexual practices (80%), less than 30% reported having ever used a male condom. Furthermore, exclusive breastfeeding was identified as a risk factor for MTCT by 27.1 and 55.7 of the women interviewed in 2002 and 2004, respectively. The community-based

assessment of infant feeding practices documented an encouraging understanding of the importance of exclusive breastfeeding and early weaning for HIV-infected mothers. The HIV-infected women interviewed declared having initiated complementary feeding significantly later than their HIV-negative counterparts (median 6 vs 4 months, $p=0.005$). Food availability, financial resources and educational messages from health professionals were among the main factors mentioned as influencing their infant feeding decisions. The women interviewed reported their appreciation for infant feeding education and support services, though they reported having seldom benefited directly from these services. The key informants shared their positive perceptions of the existing infant feeding education, counselling and support services within Buhera district and confirmed that these services were mainly provided peripartum and available only in health care settings. They recommended the implementation of outreach support services within the community, provided to all women, regardless of their HIV status.

Discussion

Our operational research studies provided information directly applicable to the local Buhera population, and illustrated some the main programmatic and social challenges faced by PMTCT services in a rural African setting. We appreciated the logistical and strategic constraints to the implementation of PMTCT activities within existing health services; the professional and social repercussions, among health workers, of the provision of HIV counselling and support services; the social constraints faced by mothers discovering their HIV-positive status and striving to adopt the adequate preventive behaviours for sexual transmission of HIV and postnatal transmission of HIV via breastfeeding. This research has highlighted the importance to broaden the scope of PMTCT interventions outside maternity services and to take into account the socio-cultural and economic aspects of HIV infection. Further investments in health promotion strategies and behaviour change initiatives, facilitating modifications in social norms regarding infant feeding and HIV infection, are urgently needed, especially in the domain of maternal and child health in African countries with elevated HIV prevalence.

Keywords

HIV/AIDS, Mother-to-child transmission, Prevention, Development, Health systems, Populations, Zimbabwe, Southern Africa.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
RESUME	4
ABSTRACT	6
SOMMAIRE	8
TABLE DES ILLUSTRATIONS	12
DEFINITIONS	18
INTRODUCTION	20
CHAPITRE 1. REVUE CRITIQUE DE LA LITTERATURE	32
1.1. SANTE, ALLAITEMENT MATERNEL ET VIH CHEZ L'ENFANT EN AFRIQUE	35
1.1.1 Initiatives de santé publique pour la survie de l'enfant et recommandations individuelles de nutrition infantile	35
A. Les données épidémiologiques sur les déterminants de la santé de l'enfant	35
B. Les initiatives de santé publique autour de la nutrition infantile et du VIH	60
1.1.2. Composantes d'un paquet de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH	76
A. Les initiatives opérationnelles de PTME au niveau international et national	77
B. Les interventions opérationnelles de la PTME en période postnatale	93
1.2. ENJEUX DE LA SANTE DE L'ENFANT DANS UN CONTEXTE D'EPIDEMIE DE VIH/SIDA GENERALISEE : LE CAS DU ZIMBABWE	106
1.2.1. Le Zimbabwe, un pays en crise	106
A. Le profil sociodémographique et culturel du Zimbabwe	106
B. La situation historique et politique	112
C. La crise économique et sociale	115
1.2.2. La santé des zimbabwéens en péril	118
A. La détérioration du système de santé	118
A.1. La pyramide sanitaire	118
A.2. Les restrictions en ressources humaines et financières	119
B. La couverture en services de santé de base	123
C. La dégradation de l'état de santé et de la situation nutritionnelle de la population	125
1.2.3. La pandémie de VIH/SIDA au Zimbabwe	128
A. Une des plus sérieuses épidémies d'Afrique	128
B. La politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA	130
C. Le programme national de prévention de la transmission mère-enfant du VIH	134
1.2.4. Nutrition infantile et VIH au Zimbabwe	137
A. Les pratiques de nutrition infantile	137
B. Les politiques et les initiatives de nutrition infantile dans le contexte du VIH	140
CHAPITRE 2. METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	148
2.1. LE DISTRICT DE BUHERA ET MURAMBINDA MISSION HOSPITAL (MMH)	149
2.1.1 Contexte socio-sanitaire	149
2.1.2 Contexte programmatique	154
A. Le paquet de services de PTME de MMH	154

B	Le suivi des activités et le monitoring	163
2.2.	MATERIELS ET METHODES	164
2.2.1.	Monitoring des services de PTME à MMH	166
2.2.2.	Enquêtes de Connaissances, Attitudes et Pratiques sur la PTME	168
2.2.3.	Enquête sur les pratiques de nutrition infantile	169
2.2.4.	Enquête sur les services d'éducation et de suivi en matière de nutrition infantile	171
2.2.5.	Saisie et analyse des données	174
	CHAPITRE 3. ENQUETES DE TERRAIN	175
3.1	DIFFICULTES OPERATIONNELLES DE MISE EN ŒUVRE DES SERVICES DE PTME	176
3.1.1.	Cascade des services de PTME	177
3.1.2.	Profil de la cohorte d'étude à chaque étape du programme de PTME	182
A	Les activités de conseil et dépistage VIH	182
B	L'intervention anti-rétrovirale	191
C	Le suivi de la mère et de l'enfant	194
3.1.3.	Les intentions et pratiques de nutrition infantile	198
3.2.	CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN MATIERE DE PTME	207
3.2.1.	Description des échantillons d'enquêtes	207
3.2.2.	Sensibilisation et connaissances en matière de TME et PTME	208
3.2.3.	Connaissance des facteurs de risque et des populations à risque de TME	211
A.	Les populations à risque	211
B.	Les facteurs de risque	211
C.	Les facteurs préventifs	212
3.2.4	Attitudes en matière de TME	216
3.2.5	Pratiques et recommandations de prévention du risque de TME	218
A.	Les pratiques de prévention du VIH	218
B.	Les recommandations de PTME	218
3.2.6	Relations entre les connaissances de la TME et de la PTME et l'utilisation des services de PTME à Murambinda	220
3.3.	ENQUETE SUR LES PRATIQUES DE NUTRITION INFANTILE DANS LE CONTEXTE D'UN PROGRAMME DE PTME	223
3.3.1.	Profil de l'échantillon d'enquête	223
A.	Le taux de réponse	223
B.	Le profil des répondants	225
3.3.2.	Pratiques de nutrition infantile	228
A.	Les pratiques d'allaitement maternel	228
B.	Les pratiques d'alimentation complémentaire	229
C.	Les pratiques de sevrage	232
3.3.3.	Acteurs de nutrition infantile	234
A.	Les décideurs des pratiques de nutrition infantile	234
B.	La participation de la famille aux pratiques de nutrition infantile	236
3.3.4.	Appréciation par les femmes de leurs pratiques de nutrition infantile	237

3.3.5.	Soutien en matière de nutrition infantile	238
A.	L'aide alimentaire	238
B.	Les visites de suivi de PTME	240
C.	La santé maternelle	241
D.	L'éducation, le conseil et le soutien en matière de nutrition infantile	243
3.4	PERCEPTIONS DES SERVICES D'EDUCATION ET DE SOUTIEN EN MATIERE DE NUTRITION INFANTILE	246
3.4.1	Description des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile existants dans le district de Buhera	247
A.	Les objectifs et l'offre des services	247
B.	La disponibilité et l'utilisation des services	248
C.	La participation du partenaire et de la famille aux services	251
3.4.2	Evaluation des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile	252
A.	Quelle acceptabilité des services par les familles et communautés ?	252
B.	Quelle influence des services sur les pratiques de nutrition infantile ?	253
C.	Quelle perception de l'adéquation des services aux besoins de la communauté ?	254
3.4.3	Perception des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile dans le contexte du VIH/SIDA	255
3.4.4	Description des services de conseil en matière de nutrition infantile	257
3.4.5	Recommandations pour les services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile	259
CHAPITRE 4.	DISCUSSION GENERALE	263
4.1	INTERET ET LIMITES DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE OPERATIONNELLE EN SANTE PUBLIQUE	264
4.2.	LE DIFFICILE PASSAGE DE LA CONNAISSANCE A LA PRATIQUE EN MATIERE DE PTME	270
4.2.1.	Mise en œuvre des interventions de PTME en milieu rural africain	270
A	Les obstacles programmatiques à chaque étape de la PTME	270
A.1	L'engagement politique et financier en faveur de la PTME	271
A.2	L'importance de la couverture en services de santé	273
A.3	L'intégration des services de PTME au sein des autres services de santé	274
A.4	Les ressources humaines en conseil et dépistage du VIH	278
A.5	La couverture de la prophylaxie ARV	280
A.6	Le suivi après l'accouchement	282
B	La PTME dans les pays en développement : interventions médicales et/ou communautaires?	285
4.2.2	Niveau de sensibilisation et utilisation par les femmes des services de PTME	291
A	Le contexte global d'acceptabilité des services de PTME	291
B	Les facteurs d'utilisation du paquet de services de PTME	294
C	Le contexte de prévention primaire du VIH	299
4.2.3	Enjeux de la promotion d'un nouveau service de prévention du VIH/SIDA	303
A	Les stratégies de promotion de la PTME	303
B	La PTME comme intervention médicale de santé reproductive et/ou comme intervention comportementale de prévention du VIH/SIDA ?	309
4.3	LA NUTRITION INFANTILE ET LA PTME	318
4.3.1	Recommandations, connaissances et pratiques de nutrition infantile	318
4.3.2	Suivi en matière de nutrition infantile : centre de santé et communauté, la nécessaire combinaison	327
A	Stratégies programmatiques au niveau national et local	327
B	Perceptions des femmes et des professionnels de santé	329

<i>4.4 SYNTHÈSE : IMPACT SOCIAL ET ENJEUX SOCIAUX DE LA PTME DU VIH AU ZIMBABWE</i>	334
<i>PERSPECTIVES DE SANTÉ PUBLIQUE</i>	344
<i>REFERENCES</i>	355
<i>ANNEXES</i>	385
<i>ANNEXE 1. OUTILS DE MONITORAGE DES SERVICES DE PTME.</i>	386
<i>ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE DES ENQUÊTES DE CONNAISSANCE, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE TME DU VIH .</i>	395
<i>ANNEXE 3. QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SUR LES PRATIQUES DE NUTRITION INFANTILE.</i>	397
<i>ANNEXE 4. QUESTIONNAIRE DE L'ENQUÊTE SUR LES SERVICES D'ÉDUCATION ET DE SUIVI EN MATIÈRE DE NUTRITION INFANTILE.</i>	410
<i>ANNEXE 5. MANUSCRIT PUBLIÉ BRITISH MEDICAL JOURNAL 2004.</i>	420
<i>ANNEXE 6. MANUSCRIT REVISÉ TROPICAL MEDICINE INTERNATIONAL HEALTH 2005.</i>	421
<i>ANNEXE 7. MANUSCRIT REVISÉ PUBLIC HEALTH NUTRITION 2005.</i>	423

TABLE DES ILLUSTRATIONS

CARTES

Carte 1. Localisation du Zimbabwe.....	25
Carte 2. Proportion de la mortalité des moins de cinq ans attribuable au VIH/SIDA en Afrique sub-Saharienne en 1999.....	37
Carte 3. Localisation du district de Buhera, Zimbabwe.....	149
Carte 4. Centres de santé offrant des services de PTME dans le district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2004.....	155

ENCADRES

Encadré 1. Concepts clés – Allaitement maternel.....	42
Encadré 2– Stratégies connues ou étudiées pour la PTME.....	60
Encadré 3. Les dix étapes clés pour le succès de l’allaitement maternel.....	63
Encadré 4. Extraits de la stratégie mondiale pour l’alimentation du nourrisson et du jeune enfant – 2003.....	65
Encadré 5 – Paquet minimum de services de PTME applicable aux pays en développement.....	77
Encadré 6 – Etat des lieux : conseil et dépistage du VIH pour la PTME.....	81
Encadré 7 – Etat des lieux : prophylaxie anti-rétrovirale pour la PTME.....	87
Encadré 8 – Etat des lieux : le suivi et le soutien pour la PTME après l’accouchement.....	90
Encadré 9 – Etat des lieux : conseil en nutrition infantile.....	98
Encadré 10 – Dilemmes, recommandations et pratiques de nutrition infantile dans le contexte du VIH.....	99
Encadré 11 – Extrait de la politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA au Zimbabwe, 1999.....	141
Encadré 12. Résumé des services de PTME offerts aux femmes en consultation prénatale, MMH (2001-2003).160	

FIGURES

Figure 1. Cadre conceptuel: les déterminants de la santé de l’enfant.....	38
Figure 2. Approches stratégiques de prévention du VIH pédiatrique recommandées par les Nations Unies en 2001.....	48
Figure 3. Déterminants des comportements en matière d’allaitement maternel.....	72
Figure 4. Etapes du conseil en nutrition infantile.....	94
Figure 5. Exemples de brochures éditées par le MOHCW pour la prévention de la TME postnatale du VIH au Zimbabwe.....	145
Figure 6. Cascade de services de PTME offerts à MMH, Zimbabwe (août 2001-juin 2003).....	157
Figure 7. Représentation schématique du programme de mobilisation communautaire en matière de PTME dans le district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).....	162
Figure 8. Populations cibles des quatre études de recherche opérationnelle conduites dans le district de Buhera, Zimbabwe (2001–2004).....	172
Figure 9. Calendrier d’activités et d’études (2001-2004).....	173
Figure 10. Cascade de services de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.....	180

GRAPHIQUES

Graphique 1. La répartition des sources de financement du secteur de la santé au Zimbabwe en 1994.....	123
Graphique 2. Evolution de la couverture vaccinale au Zimbabwe (1995-2003).....	124
Graphique 3. Evolution du taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) au Zimbabwe (1978-1997).....	127
Graphique 4. Evolution de la prévalence estimée du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans au Zimbabwe (1980-2003).....	129
Graphique 5. Evolution de la couverture en services de PTME au Zimbabwe (2002-2003).....	136
Graphique 6. Couverture des services de conseil et dépistage du VIH pour la PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.....	178

Graphique 7. Couverture de la prophylaxie anti-rétrovirale de PTME par névirapine à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.....	179
Graphique 8. Prévalence de l'infection par le VIH selon le groupe d'âge, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.....	186
Graphique 9. Prévalence de l'infection par le VIH selon le niveau d'éducation, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.....	186
Graphique 10. Intention pré-partum et pratique post-partum de l'allaitement maternel exclusif parmi les femmes infectées par le VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.....	205
Graphique 11. Couverture de visites de suivi de PTME après l'accouchement parmi les femmes infectées par le VIH, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.....	240

PHOTOS

Photo 1. Rue de Murambinda Growth Point, district de Buhera, Zimbabwe (J Orne-Gliemann, 10/2003).....	150
Photos 2 et 3. Petits villages de la province du Manicaland, Zimbabwe (J Orne-Gliemann, 08/2004).....	152
Photo 4 et 5. Murambinda Mission Hospital, district de Buhera, Zimbabwe (J Orne-Gliemann, 10/2003).	153
Photo 6. Salle de soins prénatals de MMH, Zimbabwe (Dr Engelsmann, 02/2004). Photo 7. "Matomba", abri pour femmes enceintes de MMH, Zimbabwe (J Orne-Gliemann, 10/2003).	158
Photo 8. Salles de conseil du VIH utilisées lors de la période pilote de PTME à MMH, Zimbabwe (Dr Engelsmann, 02/2004).....	158

TABLEAUX

Tableau 1. Principaux facteurs de risque de la TME du VIH.....	46
Tableau 2. Aperçu des résultats des essais de prophylaxie anti-rétrovirale de PTME.....	50
Tableau 3. Evolution des recommandations internationales en matière d'allaitement maternel (1980-2004).....	67
Tableau 4. Principaux textes de recommandations internationales en matière de PTME (1999-2004).	76
Tableau 5. Sélection d'expériences de programmes opérationnels de PTME dans les pays en développement – atouts et difficultés aux différentes étapes de l'intervention (2000 et 2004).	91
Tableau 6. Pratiques de nutrition infantile évaluées au sein de programmes opérationnels de PTME dans les pays en développement (2000 - 2004).	101
Tableau 7. Pénuries en ressources humaines dans le secteur de la santé du Zimbabwe en 2004.....	121
Tableau 8. Répartition du budget annuel du gouvernement du Zimbabwe de lutte contre le VIH/SIDA (2004). 133	
Tableau 9. Sélection de recommandations adoptées et études conduites en matière de nutrition infantile au Zimbabwe (1980-2003).....	142
Tableau 10. Profil démographique du district de Buhera, Zimbabwe (2002).	150
Tableau 11. Personnel de santé en poste dans le district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).....	153
Tableau 12. Premières sessions de formation du personnel en matière de PTME à MMH, Zimbabwe (2001)...	160
Tableau 13. Questionnaires analysés/supprimés à chaque étape des interventions de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.....	176
Tableau 14. Activités de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-juin 2003.	177
Tableau 15. Opportunités manquées de PTME à MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	181
Tableau 16. Profil sociodémographique des femmes au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	182
Tableau 17. Acceptabilité du dépistage VIH pendant le conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	183
Tableau 18. Profil sociodémographique des femmes dépistées pour le VIH selon leur statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	185
Tableau 19. Prévalence de l'infection par le VIH selon le groupe d'âge et l'éducation, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	186
Tableau 20. Délai de retour au conseil post-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	187
Tableau 21. Intention de partage des résultats du dépistage VIH selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.....	187
Tableau 22. Age gestationnel des femmes au conseil post-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.....	188
Tableau 23. Caractéristiques sociodémographiques et acceptabilité du conseil et dépistage du VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.....	190

Tableau 24. Données de naissance des enfants exposés au VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	191
Tableau 25. Données de sortie de maternité des enfants exposés au VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	192
Tableau 26. Couverture de l'intervention anti-rétrovirale de PTME, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	192
Tableau 27. Circonstances de la prise de la névirapine maternelle, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	193
Tableau 28. Circonstances de la prise de la névirapine infantile, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	193
Tableau 29. Evaluation clinique des femmes infectées par le VIH à la sortie de maternité, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	194
Tableau 30. Visites de suivi infantile de PTME, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	195
Tableau 31. Caractéristiques sociodémographiques et acceptabilité de la prophylaxie ARV de PTME et des services de suivi après l'accouchement, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	197
Tableau 32. Intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	198
Tableau 33. Caractéristiques sociodémographiques et intention en matière d'allaitement maternel exclusif au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	199
Tableau 34. Comparaison des intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	199
Tableau 35. Caractéristiques sociodémographiques et intentions en matière d'allaitement maternel exclusif au conseil post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	200
Tableau 36. Caractéristiques sociodémographiques et maintien ou changement d'intention en matière de nutrition infantile entre le conseil pré- et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	200
Tableau 37. Intentions en matière d'allaitement mixte au conseil pré-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	201
Tableau 38. Comparaison des intentions en matière d'allaitement mixte au conseil pré et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	201
Tableau 39. Intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	202
Tableau 40. Intentions en matière de nutrition infantile au conseil post-test selon le statut sérologique, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	202
Tableau 41. Comparaison des intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré et post-test parmi les 243 femmes infectées par le VIH, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	203
Tableau 42. Caractéristiques sociodémographiques des femmes infectées par le VIH et maintien ou changement d'intention de nutrition infantile entre le conseil pré- et post-test, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	203
Tableau 43. Comparaison des intentions en matière de nutrition infantile au conseil pré et post-test parmi les 973 femmes séronégatives, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	204
Tableau 44. Pratiques de nutrition infantile parmi les femmes infectées par le VIH pendant les visites de suivi de PTME, MMH, Zimbabwe. Août 2001-septembre 2002.	204
Tableau 45. Description des échantillons CAP, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).	208
Tableau 46. Sensibilisation et connaissances de la TME et de la PTME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).	210
Tableau 47. Connaissance des facteurs de risque et de prévention du risque de TME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).	213
Tableau 47 (suite). Analyse univariée et multivariée des résultats des enquêtes de 2002 et 2004 en matière de connaissance des facteurs de risque et de prévention du risque de TME du VIH, district de Buhera.	214
Tableau 47 (suite 1). Analyse univariée et multivariée des résultats des enquêtes de 2002 et 2004 en matière de connaissance des facteurs de risque et de prévention du risque de TME du VIH, district de Buhera.	215
Tableau 48. Attitudes en matière de TME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).	217
Tableau 49. Comportements et recommandations en matière de prévention du risque de TME, district de Buhera, Zimbabwe (2002-2004).	219
Tableau 50. Niveau de connaissance en matière de PTME et acceptabilité des interventions de PTME de MMH, Zimbabwe (2002-2003).	221
Tableau 51. Taux de réponse à l'enquête, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	224
Tableau 52. Décès infantiles et maternels, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	224
Tableau 53. Tuteurs des enfants, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	225

Tableau 54. Profil sociodémographique des femmes enquêtées, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	226
Tableau 55. Age des enfants au moment de l'entretien, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	227
Tableau 56. Données anthropométriques infantiles, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	227
Tableau 57. Pratiques d'allaitement maternel, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	228
Tableau 58. Introduction de fluides/aliments complémentaires, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	230
Tableau 59. Caractéristiques sociodémographiques maternelles et âge à l'introduction de liquides/solides autres que le lait maternel, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	230
Tableau 60. Type de liquides/solides autres que le lait maternel donnés aux enfants lors des sept jours précédant l'entretien, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	231
Tableau 61. Ustensile d'alimentation du nourrisson, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	232
Tableau 62. Processus de sevrage, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	233
Tableau 63. Difficultés de sevrage, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	234
Tableau 64. Décideurs en santé infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	235
Tableau 65. Participation de la famille aux pratiques de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	237
Tableau 66. Appréciation des pratiques de nutrition infantile actuelles, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	237
Tableau 67. Désir de changer de pratique de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	238
Tableau 68. Aide alimentaire, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	239
Tableau 69. Disponibilité alimentaire dans les foyers le jour de l'entretien, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	239
Tableau 70. Raisons expliquant l'absence de suivi de PTME après l'accouchement parmi les femmes infectées par le VIH, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	241
Tableau 71. Santé mammaire, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	242
Tableau 72. Pratiques contraceptives, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	242
Tableau 73. Education, conseil et soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Juin 2003-février 2004.	243
Tableau 74. Caractéristiques sociodémographiques des informateurs-clés interrogés, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	246
Tableau 75. Composantes des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	247
Tableau 76. Objectifs des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	248
Tableau 77. Thématiques d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	248
Tableau 78. Types de personnels dispensant des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	249
Tableau 79. Période privilégiée de l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	249
Tableau 80. Localisation de l'offre de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	250
Tableau 81. Eléments d'accessibilité des services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	250
Tableau 82. Participation des partenaires et autres membres de la famille aux services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	251
Tableau 83. Composantes du conseil en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	258
Tableau 84. Thématiques abordées par le conseil en matière de nutrition infantile, district de Buhera, Zimbabwe. Août 2004.	258

Acronymes

AMS	Assemblée Mondiale de la Santé
ARV	Anti-rétroviral
BM	Banque Mondiale
CAP	Connaissances, Attitudes, Pratiques
CDC	Centres for Disease Control and Prevention (USA)
CE	Consultation externe
CESVI	Cooperazione e sviluppo (Italie)
CHNRI	Child Health and Nutrition Research Initiative
COSV	Comitato di Coordinamento delle Organizzazioni per il Servizio Volontario (Italie)
CPN	Consultation prénatale
CSO	Central Statistics Office (Zimbabwe)
EGPAF	Elizabeth Glaser Paediatric AIDS Foundation (USA)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FMI	Fonds Monétaire International
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
GAVI	Global Alliance for Vaccination and Immunisation
GFHR	Global Forum for Health Research
GOBI	Growth monitoring, Oral re-hydration salts, Breastfeeding, Immunisation
IAEA	Agence internationale de l'énergie atomique
IBFAN	International Baby Food Action Network
IC	Intervalle de Confiance
IEC	Information, Education, Communication
IFES	Buhera Infant Feeding Education and Support survey
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébés
ISPED	Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (France)
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
MDC	Movement for Democratic Change
MMCHS	Murambinda Maternal and Child Health Survey
MMH	Murambinda Mission Hospital
MOH/CW	Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare
NAC	National AIDS Council (Zimbabwe)
NACP	National AIDS Control Programme (Zimbabwe)
NANGO	Zimbabwe National Association of Non-Governmental Organisations
NVP	Névirapine

OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PCIME	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PETRA	Perinatal Transmission
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PIB	Produit Intérieur Brut
PSI	Population Services International (USA)
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH
PTPE	Prévention de la Transmission Parent-Enfant du VIH
SAINT	South African Intrapartum Nevirapine Trial
SIDA	Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis
SLM	Substituts au Lait Maternel
SRO	Sels de Réhydratation Orale
SWAPs	Sector Wide Approach Programmes
TME	Transmission Mère-Enfant du VIH
UNHCR	Haut Comité des Nations Unies aux Réfugiés
UNGASS	Session Spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA
UNICEF	Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development
URC/QAP	University Research Co/Quality Assurance Project (USA)
VIH	Virus de l'Immunodéficiency Humaine
WABA	World Alliance on Breastfeeding Action (USA)
WADCO	Ward Area Development Committees
ZANU	Zimbabwe African National Union
ZANU-PF	Zimbabwe African National Union – Patriotic Front
ZAPP	Zimbabwe AIDS Prevention Project
ZDHS	Zimbabwe Demographic and Health Survey
ZDV	Zidovudine
ZNFPC	Zimbabwe National Family Planning Council
ZVITAMBO	Zimbabwe Vitamin A Study

DEFINITIONS

La liste de définitions ci-dessous présente une sélection de termes et concepts utilisés dans ce document de thèse. Ces définitions ont été inspirées du dictionnaire Petit Robert, puis adaptées à notre sujet en fonction de notre connaissance du contexte local zimbabwéen et en référence à certains ouvrages de référence, institutions spécialisées ou auteurs particuliers.

Acceptabilité

L'acceptabilité fait référence à la perception sociale et culturelle d'un service de santé qui est compris, admis et peut donc être utilisé. Nous utilisons ce terme pour caractériser la compréhension, par la communauté (voir définition ci-dessous) ou par les femmes, des objectifs, composantes en enjeux soulevés par les interventions de PTME. La recevabilité de ces services permet alors leur utilisation (voir définition ci-dessous).

Allaitement maternel exclusif

Un enfant bénéficiant d'un allaitement maternel exclusif a été nourri au sein par sa mère ou par une nourrice, ou a reçu du lait maternel exprimé, sans aucun autre liquide ou solide à l'exception de vitamines, de suppléments minéraux ou de médicaments administrés sous forme de gouttes ou de sirops (World Health Organisation and Division of Child Health and Development, 1991).

Communauté

Une communauté se définit par un groupe formé autour d'une localité, de relations sociales, d'identité ou d'intérêts communs partagés. Dans notre cas, il s'agit de communautés géographiques, à l'échelle d'un district administratif : les populations avoisinant les sites de PTME, l'entourage des femmes ayant bénéficié de ces services. Nous utilisons indifféremment les termes « communauté » et « population locale ».

Conseil

Le conseil est un type de service de santé. Il permet à des conseillers, des spécialistes de santé, de mettre leurs connaissances à disposition de patients qui en font la demande. Dans notre cas, ce conseil concerne les questions relatives au dépistage du VIH et aux pratiques de nutrition infantile. Il a pour objectif de permettre aux femmes (et à leur partenaire) de prendre des décisions informées pour leur santé et celle de leur enfant en matière de VIH/SIDA.

Couverture en soins prénatals

La couverture en soins prénatals exprime la proportion de femmes enceintes, dans une région donnée, bénéficiant d'au moins une consultation prénatale au cours de leur grossesse.

Intégration

L'intégration signifie littéralement l'incorporation de nouveaux éléments à un système. Dans notre cas, le principe de l'intégration s'applique aux services de santé et met en opposition une approche verticale (indépendante, séparée) et une approche horizontale (intégrée, partagée) de la mise en œuvre des services de PTME. La finalité de l'intégration des interventions de PTME au sein des services préexistants de maternité, de santé mère-enfant et de prévention du VIH/SIDA est de pouvoir proposer l'ensemble de ces nouveaux services de santé et des anciens de base lors de chaque contact de santé de la mère et de l'enfant ; il s'agit de limiter les opportunités manquées de prévention et de soins.

Mobilisation communautaire

La mobilisation communautaire est une stratégie de promotion de la santé. Elle a pour objectif d'encourager la communauté, une population donnée, à comprendre, planifier, promouvoir et mettre en œuvre des activités précises. Dans notre cas, il s'agit de mobiliser la population, en l'informant et la responsabilisant pour développer un contexte social favorable à l'utilisation, par les femmes, des services de PTME.

Promotion de la santé

Ce concept a été défini par l'OMS en 1986 (World Health Organisation, 1986). Il s'agit à la fois d'une idéologie de santé publique et de l'ensemble de pratiques spécifiques permettant à la population de renforcer le contrôle de leur santé et d'améliorer leur santé (O'Neill, 2004). La promotion de la santé représente un processus politique et social, comprenant non seulement des actions ciblant l'amélioration des compétences et des capacités des individus, mais aussi des actions de changement des conditions sociales, environnementales et économiques permettant d'alléger leur impact sur la santé individuelle et publique. Les principales stratégies de promotion de la santé sont l'*advocacy* (définition littérale : le plaidoyer), l'éducation pour la santé et la mobilisation communautaire.

Soins de santé primaires

Les soins de santé primaire définissent l'ensemble des soins de santé rendus accessibles et abordable au sein d'un pays et d'une communauté donnée, et ce, au moyen d'approches pratiques, scientifiques et sociales (World Health Organisation, 1978). Les principes défendus par cette stratégie sont ainsi l'équité, la participation communautaire, l'intersectorialité, les technologies appropriées et les coûts abordables. Parmi les principales activités de soins de santé primaires sont l'éducation pour la santé des individus et des communautés permettant la compréhension des problèmes de santé et des moyens de les prévenir et de les contrôler ; la promotion de l'accès à l'eau et à la nourriture ; l'accès à l'assainissement ; les soins materno-infantiles (dont le planning familial et la vaccination) ; le traitement des infections et blessures les plus communes ; et la disponibilité en médicaments essentiels.

Utilisation

L'utilisation d'un service de santé est un indicateur de processus. Il décrit en général le rapport numérique entre un nombre de personnes bénéficiant d'un service de santé et un nombre de personnes ciblées. Nous employons ce terme dans sa signification opérationnelle de recours aux interventions de PTME.

Vulnérabilité

La vulnérabilité exprime la fragilité, la facilité à être atteint, la difficulté à se défendre. En matière de VIH/SIDA, on parle de vulnérabilité biologique ou de vulnérabilité sociale. La vulnérabilité biologique des femmes aux VIH exprime le fait qu'une femme est plus facilement infectée par le VIH qu'un homme. La vulnérabilité sociale des femmes au VIH/SIDA exprime notamment les difficultés voire l'impossibilité pour une femme infectée par le VIH de partager son statut sérologique avec son partenaire, de négocier l'utilisation du préservatif ou de demander une aide financière pour se soigner (Vidal, 2004).

INTRODUCTION

L'amélioration de la santé de l'enfant est une priorité de santé publique, de développement des populations et de solidarité internationale. Les progrès continus de la recherche dans le domaine des sciences médicales et humaines ont permis, au cours des dernières décennies, de développer des techniques relativement simples et coût-efficaces de prévention des causes majeures de mortalité infantile et juvénile. Aujourd'hui, il est estimé que 63% des décès d'enfants de moins de cinq ans dans le monde peuvent être prévenus par des interventions disponibles et abordables (Jones, et al., 2003).

Dans les années 1970 et 1980, les stratégies de santé publique ciblant l'enfant ont été mises en place principalement au moyen de programmes verticaux. Des initiatives telles que le Programme Elargi de Vaccination (PEV), la définition d'algorithmes de traitement des diarrhées par les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et l'initiative GOBI (Growth monitoring, Oral rehydration salts, Breastfeeding, Immunisation – surveillance de la croissance, SRO, allaitement maternel et vaccination) avaient pour mission de réduire rapidement et à l'échelle mondiale la mortalité des moins de cinq ans liée à la pneumonie, à la diarrhée, au paludisme, à la rougeole et à la malnutrition. Ces stratégies de santé publique ont été essentiellement mises en œuvre dans le cadre d'une démarche de soins de santé primaires (World Health Organisation, 1978). Il s'agissait de rendre ces services de base accessibles à une proportion maximale de la population vivant dans les pays aux taux de mortalité infantile les plus élevés, c'est-à-dire les pays aux ressources limitées (Victora, et al., 2003). Ainsi, l'amélioration de la couverture vaccinale et l'utilisation à grande échelle des SRO ont permis de sauver des millions de vies d'enfants. De 1990 à 1999, la mortalité des enfants liée à la rougeole a ainsi été diminuée de 40% et celle liée aux diarrhées de 20% dans certains pays¹.

Le même principe d'intervention ciblée a été développé pour faire face, depuis une quinzaine d'années, à un nouveau défi à la survie de l'enfant, la pandémie du Virus de l'Immunodéficience Humaine/Syndrome d'ImmunoDéficience Acquis (VIH/SIDA). Le VIH/SIDA est aujourd'hui responsable de 4 à 10% de la mortalité des enfants de moins de cinq ans (UNICEF, 2004a). En 2003, 490 000 d'enfants de moins de 15 ans sont décédés du VIH/SIDA, essentiellement suite à la transmission mère-enfant du VIH (TME). La TME du VIH est devenue, à l'échelle mondiale, le deuxième mode le plus important de transmission du VIH après la transmission hétérosexuelle (UNAIDS, 2004). Grâce à la recherche clinique, épidémiologique et opérationnelle conduite au cours des années 1990, des interventions anti-

¹ Voir <http://www.unicef.org>

rétrovirales (ARV) et obstétricales et des stratégies de nutrition infantile adaptées, bien développées initialement pour les pays développés, sont désormais disponibles et plus accessibles aux pays en développement pour prévenir la TME du VIH. La mise en œuvre de ce paquet de services de prévention de la TME du VIH (PTME), d'abord dans des sites pilotes puis à plus grande échelle, est encouragée par l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) et la plupart des gouvernements du monde depuis le début des années 2000. Une enquête de l'USAID (*United States Agency for International Development*) a montré que la couverture mondiale en services de PTME avait augmenté de 80% au début des années 2000, avec trois millions de femmes à qui les interventions de PTME ont été proposées en 2001 contre 5,5 millions en 2003 (USAID, et al., 2004).

En dépit de leur simplicité et de leur efficacité, ces interventions de santé publique présentent d'importantes insuffisances intrinsèques telles que leur manque de prise en compte globale des besoins de l'enfant et leur absence de couverture universelle de la population (World Health Organisation, 2005b). Ainsi, la couverture universelle (90%) de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, qui pourrait éviter 13% des décès d'enfants de moins de cinq ans (pas seulement liés au VIH pédiatrique), était estimée à seulement 39% en 2002 (Jones, et al., 2003). Malgré les progrès de la recherche et l'engagement international dans la lutte contre l'épidémie du VIH/SIDA et ses conséquences sur la santé de la mère et de l'enfant, plusieurs indicateurs témoignent en réalité d'une disponibilité et d'une utilisation insuffisantes et inadéquates des services de PTME dans les pays en développement. Malgré le coût-efficacité des interventions de conseil et dépistage du VIH et de prophylaxie ARV (Creese, et al., 2002), en 2003 seulement 5% des femmes enceintes en Afrique avaient accès aux interventions de PTME, contre 37% en Europe de l'Est par exemple (USAID, et al., 2004). Les enjeux pour la mise en œuvre à large échelle des interventions de PTME, prioritaires pour la survie de l'enfant, sont considérables (Dabis, et al., 2000; Mofenson and McIntyre, 2000; Newell, 2001).

Si la plupart des systèmes de santé ne parviennent pas à maintenir une couverture élevée d'interventions simples pour la survie de l'enfant (Bryce, et al., 2003), ceci s'explique par un contexte de mise en œuvre opérationnelle souvent complexe, surtout dans les pays aux ressources limitées. En effet, la situation économique et financière d'un pays influence largement la qualité du système de santé en place, en particulier les ressources humaines et

logistiques disponibles, et par-là même la capacité à proposer des services de PTME de qualité. Les conditions environnementales et de pauvreté, l'insuffisance des niveaux d'instruction et la prégnance de certaines normes socioculturelles sont également des obstacles considérables, bien que généralement sous-estimés, à la mise en œuvre opérationnelle et l'utilisation à large échelle des stratégies pour la survie de l'enfant. Ainsi, de nombreux facteurs sociaux (tels que le sexe, l'âge, la vie en zone rurale) jouent un rôle déterminant dans l'acceptabilité et l'accès aux interventions de PTME. **En vue d'améliorer la couverture des services de PTME, il apparaît donc aujourd'hui prioritaire de mieux comprendre les connaissances et des attitudes (motivations et représentations) à l'égard des services de PTME, ainsi que d'analyser les comportements et les pratiques en matière d'éducation pour la santé et de prévention des risques de santé, tant au niveau élémentaire des relations interpersonnelles entre femmes et professionnels de santé que dans l'ensemble des groupes sociaux impliqués dans la problématique de PTME.**

La problématique qui vient ainsi d'être développée peut se résumer comme suit : *Comment concilier, dans une région donnée, les impératifs épidémiologiques et médicaux au court terme avec les enjeux politiques, sociaux et culturels au long terme, et renforcer l'application des résultats de la recherche de santé publique ? Comment tenir compte des perceptions des différents responsables et bénéficiaires des interventions de santé publique tout en faisant la promotion d'outils démontrés efficaces pour la santé de l'enfant ? Comment encourager le soutien et l'utilisation de ces interventions de santé publique auprès des professionnels de santé, des familles et des individus concernés ?*

Les interventions pour la survie de l'enfant, largement standardisées par les grandes institutions internationales telles que l'OMS, l'UNICEF ou l'ONUSIDA, sont d'autant plus complexes à mettre en œuvre lorsqu'elles n'ont pas obtenu de consensus scientifique absolu. Ceci est particulièrement explicite dans le domaine de la prévention de la TME dans la période postnatale. Si les alternatives à l'allaitement maternel représentent en effet des stratégies adaptées aux pays industrialisés, les circonstances d'adoption de ces pratiques dans les pays en développement sont beaucoup moins aisées. Dans ces contextes de ressources limitées, les recommandations internationales peinent à concilier les certitudes sur les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de l'enfant et les risques de TME du VIH par le lait maternel. Les conséquences de ce dilemme, que ce soit en termes de politiques de santé publique pour les professionnels de santé, de stratégies d'éducation et de suivi des mères, et

d'acceptation sociale et culturelle des pratiques de nutrition infantile par les populations locales, sont encore peu maîtrisées. Dans les pays à forte prévalence du VIH, souvent aussi aux ressources limitées, le besoin de concilier les recommandations et les pratiques de nutrition infantile est plus que jamais d'actualité.

D'après l'ONUSIDA, plus de 65% des adultes et d'enfants infectées par le VIH, soit 25 millions de personnes, vivaient en Afrique sub-Saharienne en 2003 (UNAIDS, 2004). L'Afrique australe est aujourd'hui la région au monde la plus touchée par l'épidémie de VIH/SIDA, avec une augmentation de la prévalence anténatale du VIH de 5% à 25% de 1990 à 2002 (UNAIDS, 2004). Les conséquences de l'épidémie sur les progrès en matière de survie de l'enfant sont considérables. Au Zimbabwe, le taux de mortalité infantile, un des plus bas d'Afrique jusque dans les années 1990, augmente depuis quinze ans largement en raison de l'impact du VIH/SIDA.

Le Zimbabwe est un pays d'Afrique australe, enclavé, d'une superficie de 390 575 km² (Carte 1), et dont la population totale était estimée à 11,6 millions en 2002. Ancienne colonie de peuplement britannique, le pays est indépendant depuis le 18 avril 1980. La population du Zimbabwe est principalement noire et rurale, les zimbabwéens blancs (2%) se concentrant essentiellement dans les villes. Le peuple Shona, le plus important du pays, est traditionnellement patriarcal (Owomoyela, 2002).

Le régime politique actuel est particulièrement instable et peu démocratique, et contribue largement aux conditions de crise économique et sociale à laquelle doit faire face le pays. Le secteur de la santé connaît des nombreuses difficultés économiques, affectant en particulier la disponibilité de ressources humaines et de médicaments essentiels, et impactant sur la qualité des services de santé offerts aux populations.

De plus, le Zimbabwe est confronté à l'une des plus sérieuses épidémies de VIH/SIDA au monde. En 2003, il était estimé que plus d'un quart de la population était infectée par le VIH². Le gouvernement zimbabwéen a engagé à la fin des années 1990 une politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA. Le cadre conceptuel de cette stratégie politique présente des

² Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare, Zimbabwe Centres for Disease Control, UNAIDS. Zimbabwe National HIV and AIDS estimates 2003. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 2003.

objectifs et des activités éminemment multisectoriels³. Mais il est chaque jour plus évident que le Zimbabwe peine à mobiliser les ressources financières et techniques suffisantes à la mise en œuvre d'activités holistiques de prévention et de soins du VIH/SIDA. La réponse gouvernementale à l'épidémie, tardive et lente, a contribué à renforcer le déni de l'épidémie par les populations et à multiplier les contraintes socioculturelles au changement des comportements. Par ailleurs, les activités de lutte contre le VIH/SIDA, et en particulier celles du programme national de PTME initié au début des années 2000, mises en œuvre par le Ministère de la santé zimbabwéen, sont largement dépendantes du soutien financier et technique international. Cette faiblesse intrinsèque des interventions de PTME au Zimbabwe est aggravée par la détérioration du système de santé et la difficulté de promouvoir des messages de santé publique simples et efficaces en faveur de la santé des mères et des enfants dans des contextes socioéconomiques de plus en plus fragiles.

Carte 1. Localisation du Zimbabwe.



³ Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare. Strategic framework for a national response to HIV/AIDS (2000-2004), Republic of Zimbabwe. Harare: Zimbabwe Ministry of Health and Child Welfare; 1999.

Au sein de la région d'Afrique australe, très fortement touchée par l'épidémie de VIH/SIDA, la publication des expériences de PTME concerne principalement pour l'instant le Botswana et la Zambie. L'expérience du Zimbabwe est encore peu étudiée et valorisée. *Comment les populations rurales du Zimbabwe ont-elles accepté l'introduction de services de VIH/SIDA au sein des centres de santé locaux ? Comment est perçu le risque de TME du VIH par les femmes, les communautés, les professionnels de santé concernés ? Comment les femmes comprennent-elles et adaptent-elles les pratiques de nutrition infantile promues dans le cadre d'interventions de PTME ? Quelle est la réponse collective des systèmes de santé face aux questions individuelles de nutrition infantile ?*

Notre hypothèse générale de recherche est que dans un contexte d'épidémie de VIH/SIDA généralisée, où la majorité de la population du pays vit en dehors des villes, les interventions opérationnelles de PTME telles qu'elles sont mises en œuvre dans le contexte rural ont une couverture insuffisante au Zimbabwe. Pour confirmer ou infirmer notre hypothèse, nous avons choisi comme cadre d'étude un hôpital missionnaire et rural du district de Buhera (province du Manicaland), situé à 300 km au sud-est d'Harare la capitale. Murambinda Mission Hospital (MMH) est l'hôpital de référence du district, desservant une population de 280 000 habitants.

Dans le cadre d'un appel d'offres international de santé publique, le *Call to Action (CTA)* de la fondation Elisabeth Glaser pour le SIDA pédiatrique (EGPAF) diffusé en 2000, notre laboratoire, l'Institut de Santé Publique, d'Epidémiologie et de Développement (ISPED) de l'Université Victor Segalen Bordeaux 2, ainsi que les autorités locales du district de Buhera, ont soumis un projet de financement d'une initiative pilote de PTME à MMH, proposition approuvée par ce bailleur en mars 2001. Mon travail de recherche de thèse s'est effectué dans le cadre de la coordination de ces activités de PTME au Zimbabwe. De janvier 2001 à avril 2003, basée à l'ISPED à Bordeaux, j'ai participé à la gestion des activités de PTME soutenues par l'ISPED au Zimbabwe : gestion administrative et financière, collaboration technique au monitoring des activités et définition des activités de recherche opérationnelle. Puis j'ai effectué un séjour au Zimbabwe de 18 mois, d'avril 2003 à octobre 2004, dans le cadre d'un volontariat international du Ministère des Affaires Etrangères, pour préparer la mise en place d'un programme de PTME dans trois districts ruraux du pays. Parallèlement, j'ai contribué à la coordination administrative, financière et technique des activités de PTME du bureau de l'ISPED au Zimbabwe, en assurant ponctuellement la supervision générale des activités, mais

surtout en coordonnant la définition et la mise en œuvre des études de recherche opérationnelle. C'est dans ce cadre que s'est développé ce projet de thèse en sciences sociales et santé publique.

Dès la conception du document stratégique des interventions de PTME pour MMH, nous avons formulé un certain nombre de réserves potentielles sur la couverture et l'efficacité des services de PMTE proposés. Ces questionnements programmatiques ont fait progressivement place à des interrogations de recherche. Nos hypothèses de travail ont été les suivantes. 1) Nous pensions tout d'abord que la mise en œuvre opérationnelle du paquet de services de PTME au niveau de MMH atteignait un nombre insuffisant de femmes. Les facteurs inhérents à la réalité du système de santé zimbabwéen, au contexte rural et socioculturel du district de Buhera limitaient l'acceptabilité de chaque composante des services de PTME. 2) Nous avons ensuite admis que si les connaissances de la population locale en matière de TME et PTME du VIH pouvaient progresser grâce à des initiatives de mobilisation communautaire, elles étaient encore insuffisantes et trop souvent erronées même après le début d'une expérience de PTME locale. Les perceptions et les pressions socioculturelles rendaient plus complexes l'acceptation et l'application de messages de santé publique par la population que ne le prévoyaient les décideurs et les planificateurs. 3) Notre troisième hypothèse de recherche était liée à la composante postnatale des interventions de PTME. Les freins à l'adoption de pratiques de nutrition infantile à moindres risques étaient nombreux et les pratiques adoptées étaient souvent différentes des recommandations nationales. Le manque de disponibilité alimentaire, le manque de conseil, les difficultés économiques plutôt que le manque de connaissances ou les contraintes sociales, étaient parmi les facteurs expliquant des pratiques de nutrition infantile inadéquates en milieu rural au Zimbabwe. 4) Enfin, nous avons supposé que l'ensemble des stratégies de prévention de la TME postnatale du VIH reposait sur l'utilisation de services d'éducation et de suivi en matière de nutrition infantile insuffisamment disponibles et accessibles. Le nombre de personnel formé était insuffisant et trop centré sur les centres de santé, les acteurs potentiels de suivi et de soutien des mères dans cette communauté rurale n'étaient pas suffisamment mobilisés.

L'objectif général de ce travail de recherche a donc été d'étudier les contraintes programmatiques et socioculturelles de la mise en œuvre opérationnelle des interventions de PTME, en focalisant notre réflexion sur les enjeux de nutrition infantile en milieu rural au Zimbabwe. Plus spécifiquement, nous nous sommes attachés à 1) décrire les données de suivi

quantitatives et qualitatives collectées en routine dans le cadre des services de PTME de MMH, en mesurant en particulier l'influence des caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes dans l'acceptabilité des services de PTME ; 2) évaluer l'influence du programme de mobilisation communautaire du district de Buhera sur la connaissance et les pratiques locales en matière de PTME ; 3) documenter les pratiques de nutrition infantile des femmes ayant bénéficié de services de PTME de MMH et définir le contexte socioculturel des pratiques de nutrition infantile dans des familles rurales ; et 4) apprécier les perceptions des professionnels de santé sur l'existence, les besoins et les stratégies d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile.

Notre méthodologie de recherche a consisté en deux grandes approches. Nous avons tout d'abord procédé à une *revue critique de la littérature* publiée et non publiée dans le domaine de la santé et de la nutrition de l'enfant dans les pays aux ressources limitées. Plus spécifiquement, nous avons entrepris, d'une part, de faire un état des lieux des connaissances scientifiques en matière de PTME et de présenter les différents outils et stratégies disponibles aux décideurs et gestionnaires des programmes opérationnels de PTME. Nous nous sommes efforcés, d'autre part, de décrire le contexte particulier des initiatives de PTME au Zimbabwe, en mettant en lumière l'importance des circonstances politiques, économiques et socioculturelles sur la gestion de l'épidémie du VIH/SIDA. Cette synthèse de la littérature a permis de confronter les grandes avancées internationales en matière de PTME aux enjeux locaux d'un des pays d'Afrique australe les plus touchés par l'épidémie de VIH/SIDA.

Nous avons ensuite conduit plusieurs *études de terrain* afin de confronter les résultats de la revue de la littérature à la situation concrète et quotidienne vécue par les communautés rurales du district de Buhera. Dans un premier temps, notre attention s'est focalisée sur les difficultés de la mise en œuvre opérationnelle du paquet de services de PTME, au niveau du système de santé ainsi qu'au niveau des communautés. L'analyse des statistiques de PTME collectées en routine à MMH a permis d'explorer et décrire le profil sociodémographique de la population cible ainsi que son parcours au sein de la cascade de services qui leur était proposée. La conduite d'une enquête de Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP) en 2002, répétée en 2004, avait pour objectif de décrire l'évolution des connaissances en matière de TME et de PTME parmi un échantillon de femmes fréquentant les services de santé du district de Buhera. Dans un second temps, notre recherche a eu pour objectif d'étudier les enjeux opérationnels et sociaux des stratégies de PTME et en particulier de la PTME dans la période

postnatale, dans un contexte de pauvreté et de prévalence du VIH très élevées. Une enquête communautaire auprès de mères ayant récemment bénéficié de services de PTME à MMH a permis de documenter leurs pratiques de nutrition infantile et d'apprécier les facteurs médicaux, économiques et socioculturels susceptibles d'influencer ces pratiques. Par le biais d'entretiens avec des informateurs clés, conduits dans le district de Buhera, il s'agissait ainsi de mieux comprendre le contexte socioculturel des choix et pratiques de nutrition infantile de femmes ayant été « exposées » aux interventions de PTME, en explorant la disponibilité et l'utilisation de services d'éducation et de soutien en matière de nutrition infantile

Ces stratégies d'enquête répondaient principalement à des besoins de recherche opérationnelle, et à la nécessité de mieux comprendre le contexte et les caractéristiques de mise en œuvre des services de PTME dans le district de Buhera, en particulier dans le domaine de la nutrition infantile. La recherche opérationnelle est en effet une approche particulièrement intéressante pour observer, décrire, et comprendre le contexte d'intégration des stratégies et des recommandations de santé publique au sein d'une réalité et d'un contexte local et unique. Mais ce contexte opérationnel d'activités de prévention du VIH/SIDA a été particulièrement propice à une réflexion que j'ai pu initier sur les enjeux sociologiques soulevés par les interventions de PTME à MMH. Directement issue des résultats de la recherche opérationnelle, ou parfois extrapolée au regard des études sociologiques publiées autour d'expériences de PTME comparables, dans d'autres pays, cette réflexion avait notamment pour objectif d'apprécier la capacité d'adaptation du système de santé local lors de l'intégration de nouveaux services de prévention du VIH/SIDA. Elle a permis également d'étudier le rôle des structures familiales et des systèmes de soutien informels et formels dans la démarche de recours aux services de PTME et dans l'adhésion aux recommandations de nutrition infantile.

Nous développerons, en *première partie*, des éléments de compréhension de l'épidémie de VIH pédiatrique dans les pays en développement et des initiatives mises en œuvre pour prévenir la TME du VIH. Tout d'abord, nous dresserons un état des lieux de la santé de l'enfant dans les pays en développement et particulièrement en Afrique. Cet exercice de synthèse se focalise sur les questions liées à la nutrition de l'enfant dans le contexte de l'épidémie pédiatrique du VIH/SIDA (*partie 1.1*). Notre objectif est ainsi de mieux comprendre le contexte et les enjeux de mise en œuvre des interventions de PTME en présentant quelques expériences publiées à ce jour. Puis, nous décrirons le cas particulier du

Zimbabwe (*partie 1.2*). Faisant face à une crise économique et politique, aux conséquences sociales et sanitaires inquiétantes, le Zimbabwe est l'un des pays au monde les plus affectés par l'épidémie de VIH/SIDA et se trouve aussi être parmi les premiers pays à avoir mis en œuvre un programme national de PTME. Nous discuterons des contraintes opérationnelles et programmatiques de ces interventions de PTME, et particulièrement les dimensions socioculturelles de la PTME dans la période de post-partum. Cette revue du sujet et du contexte nous permet de comprendre que les stratégies pour définir, mettre en œuvre et pérenniser les services de PTME sont éminemment contextuelles, basées sur des cas concrets et expériences de terrain (Bryce, et al., 2003).

Notre *deuxième partie* expose le contexte de la recherche et les stratégies et méthodologies d'enquête utilisées.

Les résultats de notre travail sont présentés en *troisième partie*. Tout d'abord, nous décrivons l'expérience du programme pilote de PTME dans un hôpital rural du Zimbabwe, en mettant l'accent sur les caractéristiques sociodémographiques des femmes ayant bénéficié de ces interventions (*partie 3.1*). Nous exposons dans un second point l'état des connaissances, attitudes et pratiques de la population locale en matière de TME et de PTME afin de mieux comprendre le contexte de mise en œuvre de services de PTME (*partie 3.2*). Les enjeux en matière de prévention de la TME dans la période postnatale sont abordés par l'étude des pratiques de nutrition infantile des femmes ayant bénéficié de services de PTME (*partie 3.3*) ainsi que l'analyse des perceptions d'acteurs clés dans le champ de l'éducation et du soutien en nutrition infantile (*partie 3.4*).

Nous discutons dans une *quatrième et dernière partie* de la signification et de la pertinence de nos résultats. Nous évoquons tout d'abord l'existence de certaines limites de nos enquêtes de recherche opérationnelle (*partie 4.1*). Nous analysons ensuite les différentes contraintes programmatiques et socioéconomiques liées à l'application des connaissances en matière de VIH/SIDA et à l'utilisation des interventions de PTME, en insistant sur les enjeux liés à la promotion de la santé et à la promotion de services de santé (*partie 4.2*). Nous insistons dans un troisième point sur les contraintes à la mise en œuvre de stratégies de prévention de la TME dans la période postnatale, en soulignant la complexité des décisions de nutrition infantile pour les femmes infectées par le VIH (*partie 4.3.1*) et en évoquant le rôle potentiel des services d'éducation et de conseil en nutrition infantile. Enfin nous proposons une brève

synthèse des différents enjeux sociaux soulevés par les interventions de PTME, que ce soit par leur signification intrinsèque ou par leur mise en œuvre dans un contexte rural et de fragilité économique grandissante (*partie 4.4*).

Dans notre *conclusion*, nous proposons quelques perspectives et pistes de recherche future en matière de PTME et de prévention du VIH/SIDA en Afrique.