

Chapitre XII

Représentation et pratiques de l'allaitement à Kigali, Rwanda

Michel Caraël, Philippe Msellati

Le Rwanda est l'un des pays africains parmi les plus touchés par l'épidémie de VIH. Après l'identification des premiers cas de sida rwandais en 1983 (Van de Perre *et al.* 1984), une enquête nationale de sérosurveillance du VIH réalisée en 1986 a montré une prévalence du VIH-1 supérieure à 15 % en milieu urbain parmi la population âgée de plus de 15 ans (Rwandan HIV seroprevalence study group 1989). Dans les consultations prénatales, plusieurs études ont montré des prévalences supérieures à 25 % en 1988 (Lepage *et al.* 1991) et également en 1995 (Leroy *et al.* 1995). À Kigali, du milieu des années 1980 jusqu'au génocide de 1994, des recherches fondamentales furent conduites par plusieurs équipes travaillant à l'hôpital, en étroite collaboration avec le Programme de lutte contre le sida (PNLS) (Van de Perre *et al.* 1985 ; Van de Perre *et al.* 1988 ; Lepage *et al.* 1989 ; Lindan *et al.* 1991 ; Batungwanayo *et al.* 1992 ; Lindan *et al.* 1992 ; Bucyendore *et al.* 1993).

À la suite de ces recherches, dès 1992, la transmission du VIH de la mère à l'enfant devint un thème prioritaire (Lepage *et al.* 1993 ; Leroy *et al.* 1994 ; Leroy *et al.* 1998). C'est dans ce contexte que des cas de transmission post-natale par l'allaitement maternel furent identifiés (Van de Perre *et al.* 1991). Un protocole de recherche fut élaboré afin de pouvoir évaluer l'importance de la transmission post-natale du VIH à l'aide d'un essai clinique comprenant deux groupes : l'un composé de femmes infectées par le VIH allaitant artificiellement et

un second groupe de femmes infectées pratiquant l'allaitement maternel. Il est apparu nécessaire au préalable de conduire une étude sur l'acceptabilité de l'allaitement artificiel dans une population urbaine où l'allaitement maternel était pratiquement universel et prolongé. Cette enquête fut réalisée en 1992 par une série d'entretiens approfondis et structurés en kinyarwanda avec l'aide d'une interprète (voir encadré). Les informations recueillies datent donc d'avant le génocide et les bouleversements de peuplement qu'ont connu Kigali et le reste du Rwanda depuis cette époque.

Il s'agissait plus précisément de définir le contexte culturel général de l'allaitement au Rwanda, d'évaluer le degré d'acceptation de l'allaitement artificiel par des femmes infectées par le VIH informées de leur statut et répondant à des critères précis en termes de niveaux d'éducation et de revenus. Enfin nous projetions d'évaluer l'impact éventuel du projet de recherche sur les pratiques d'allaitement dans la communauté de Kigali. Par ailleurs, nous disposions de résultats d'enquêtes préalables décrivant les pratiques d'allaitement de femmes, séropositives ou non, d'origine socio-économique modeste et vivant à Kigali.

Méthodologie

Les méthodes d'enquête utilisées dans ce travail de recherche furent, après une revue complète des travaux sur l'allaitement maternel au Rwanda, des entretiens avec des informateurs privilégiés du secteur moderne de la société (médecins spécialistes de l'allaitement maternel, personnels médicaux et paramédicaux, travailleurs sociaux) et du secteur traditionnel (matrones, personnes âgées, informateurs-clé). Des entretiens prolongés, semi-structurés, furent également conduits en kinyarwanda auprès de femmes enceintes ou allaitantes, salariées issues du milieu urbain, qui correspondaient au groupe de femmes auxquelles s'adressait l'étude. D'autre part, concernant les pratiques effectives d'allaitement des femmes vivant à Kigali, les données collectées au sein d'une cohorte sur l'étude de la transmission mère-enfant du VIH (Lepage 1993) furent spécialement analysées. Il s'agissait à chaque visite de recueillir des données précises concernant la poursuite ou non de l'allaitement maternel, le moment d'introduction d'aliments de sevrage et de compléments alimentaires et la nature de ces aliments.

Représentations et pratiques : quelques repères

Le lait, sous toutes ses formes, est valorisé au Rwanda, qu'il s'agisse du lait maternel ou du lait animal. En ce sens, le lait en poudre est aussi valorisé. Il est considéré comme un aliment de luxe, réservé "aux riches" à cause de son prix élevé mais il est moins apprécié que le lait frais de vache pour les enfants. Les personnes âgées ne boivent pas volontiers du lait en poudre parce qu'elles ne savent pas "de quel animal il provient".

« Le rouge et le blanc ne se mélangent pas ». Contrairement à ce que l'on observe dans d'autres cultures comme celle des Bambara du Mali (Dettwyler 1987), le lait ne trouve pas son origine dans le sang. Il est fabriqué "dans le corps". Il ne véhicule donc pas les maladies du sang. Les femmes qui ont des maladies vénériennes peuvent allaiter leur enfant, déclarent les femmes âgées traditionnelles. Le sang ne vient dans le sein que lorsque le sein est malade. Le colostrum est considéré comme le liquide qui précède simplement le lait, favorable pour la croissance future du nouveau-né.

Le lait maternel reste attaché à la famille biologique ; un enfant allaité dont la mère est décédée ne sera pris au sein que par un autre membre de la famille, soeur de la mère, belle-mère, soeur aînée, grand-mère. On n'allaité que dans la famille, et les autres personnes sont exclues de cet échange. Rien n'est plus étranger à la culture rwandaise que le concept de nourrice.

L'allaitement à la naissance est universel ; de rares cas de non allaitement se produisent, par défaut de montée lactée ou lors d'accouchement par césarienne ; dans ce dernier cas, l'allaitement est initié après quelques jours lorsque la mère est capable de se nourrir à nouveau. L'allaitement est pratiqué à la demande, nuit et jour ; lorsque la mère se déplace, l'enfant est attaché sur le dos au moyen d'une étoffe dont le nom est identique à celui du placenta, prolongeant dans les termes la symbiose mère-enfant qui a existé pendant la grossesse (Caraël 1979).

Dans le passé, le rituel lié à l'apparition des dents chez le petit enfant autorisait le père à annoncer à la mère qu'elle pouvait donner au nourrisson une nourriture solide autre que le lait maternel. Par ailleurs l'apparition des dents avant que l'enfant n'ait commencé à marcher à quatre pattes est rare. D'où la cohérence entre ce tabou lié à

l'apparition de la première dent de l'enfant et la croyance populaire selon laquelle nourrir un nourrisson avant qu'il n'ait marché à quatre pattes par autre chose (de solide) que le lait maternel l'empêche de grandir. Cette tradition est encore souvent respectée et correspond à la période charnière des six mois post-partum, moment de l'introduction du menu adulte dans l'alimentation du nourrisson.

Les aliments de supplémentation liquide sont introduits très tôt, entre un et deux mois après la naissance, et varient beaucoup dans leur composition selon le niveau de revenu et le lieu de résidence des parents (ville/campagne). Ces aliments liquides ou semi-liquides peuvent être de l'eau, des jus de fruit, de la bouillie de sorgho mélangée à du lait de vache, de la farine de manioc blanche diluée dans de l'eau ou dans du lait, des bananes pré-machées par la mère et données de bouche à bouche et du lait artificiel. Autrefois, le lait de vache était l'aliment de supplémentation le plus apprécié ; il était donné à l'enfant très jeune, souvent versé du creux de la main dans la bouche ou grâce à un morceau de jeune bananier évidé ou encore par le bec d'une petite calebasse.

L'allaitement est arrêté en cas de maladie grave de la mère, et lorsque la femme est à nouveau enceinte ou croit l'être ; en effet, dans ce cas, le lait maternel est considéré comme "mauvais" et pouvant provoquer une maladie diarrhéique réputée dangereuse pour l'enfant allaité. Seules quelques mères instruites procèdent au sevrage volontaire. Selon la coutume, encore partiellement en vigueur en milieu rural, lorsque les deux parents sont sûrs que la mère est enceinte, ils procèdent à une cérémonie au cours de laquelle ils ont un rapport sexuel rituel. Le lendemain, le père prend l'enfant dans ses bras et dit « *Cesse d'être nourri au sein !* » Cette coutume montre l'importance du rôle du père, aux côtés de la famille élargie, dans les décisions concernant l'allaitement, sa durée, son arrêt et les aliments de sevrage. Cette importance est plus relative aujourd'hui, particulièrement en milieu urbain où le père se contente souvent d'intervenir lorsque les décisions ont des implications financières.

Contrairement à d'autres cultures, en Afrique des Grands Lacs, aucun tabou sexuel *post partum* de longue durée n'est associé à l'allaitement (Bonte *et al.* 1969). Après l'accouchement, la mère est isolée et les parents passent les nuits sur des lits séparés pendant environ huit jours. Pendant cette période, le père est tenu de s'occuper du ménage et des soins aux autres enfants. Le père est interdit de rap-

ports sexuels durant cette période. Selon la coutume, la naissance du nouveau-né est fêtée le dernier jour de la période de claustration sexuelle et celle-ci se termine lors de la chute du bout du cordon ombilical. Cette fête est toujours célébrée même dans les centres urbains, mais le critère des huit jours n'est pas nécessairement respecté. L'enfant reçoit un nom, la mère réintègre la couche conjugale et reprend les relations sexuelles. Ce rapport sexuel libère les deux parents de tous les interdits liés à la nouvelle naissance. En 1990, dans une cohorte de femmes suivies à Kigali, 60 % des mères avaient repris les relations sexuelles moins de 10 jours après la naissance et 80 % moins de 30 jours après la naissance.

Un concept central de la culture rwandaise est celui d'espacement des naissances : un intervalle de deux à trois ans entre les naissances est considéré comme un minimum pour la santé de la mère et de l'enfant (Munyanshongore 1984). Toutefois, cet espacement est largement assuré par des pratiques d'allaitement — non consciemment chez les mères peu scolarisées, consciemment chez les mères plus éduquées. Au Rwanda, la fécondité est encore largement "naturelle", c'est-à-dire que les couples ne font pas d'effort conscient pour limiter le nombre des naissances. Le nombre moyen de naissances par femme en fin de vie féconde est de 8,2. L'espacement des naissances est assuré largement par l'intensité et la durée de l'allaitement.

Allaitement et maladies infectieuses

La plupart des mères interrogées à la clinique connaissaient autour d'elles une ou plusieurs femmes qui n'ont pas allaité à la naissance ; les raisons en étaient un accouchement par césarienne, l'absence de lait ou un abcès au sein. Dans la tradition rwandaise, la seule circonstance où le lait maternel pouvait transmettre une maladie était lorsque la mère continuait d'allaiter alors qu'elle était à nouveau enceinte.

À la question « *Si une mère est malade, est-ce qu'elle doit allaiter son enfant ?* » les mères interrogées et nos informateurs ont majoritairement répondu que la décision de ne pas allaiter dépendait de la nature de la maladie. Les maladies spontanément citées ont été d'abord le sida, puis la tuberculose, enfin la malaria si la mère est très malade. Ici, l'état physique de la mère était la raison pour ne pas allaiter.

Seuls la tuberculose et le sida apparaissaient, pour les personnes interrogées, comme des maladies infectieuses chez des adultes, susceptibles de se transmettre par le lait et/ou les contacts étroits lors de l'allaitement. La tuberculose fait peur, les malades sont isolés, soignés en salle particulière ; c'est une maladie que l'on cache, qui suscite la honte et la réprobation et elle apparaît proche du sida aujourd'hui. Toutefois, les personnes interrogées plaçaient le sida "au-dessus" de la tuberculose et des autres maladies : il est décrit comme plus infectieux, plus dangereux, "mauvais", qui "dessèche" et qui est susceptible de se transmettre "de toutes les façons". La crainte de la transmission du sida par le lait maternel se nourrit de l'idée que les contacts étroits mère-enfant lors de l'allaitement sont eux aussi porteurs de germes nuisibles. En ce sens, l'idée que l'allaitement puisse entraîner l'infection de l'enfant nourri au sein était déjà répandue dans la culture rwandaise, parmi les couches défavorisées aussi bien qu'éduquées. Cette croyance populaire partait de l'observation suivante : seuls les enfants allaités décèdent avec des symptômes du sida, (effectivement, la mortalité des enfants infectés se déroule majoritairement alors que l'enfant est toujours au sein) ; de plus on découvre par le décès de l'enfant et seulement par là que la mère est infectée par le virus. D'où la conclusion erronée : toutes les mères infectées transmettent le virus au nouveau-né *in utero* ou par

l'allaitement. On n'a jamais observé un enfant de mère atteinte par le virus qui soit allaité et non infecté. En somme, selon ces représentations, la preuve de la vraie infection de la mère réside dans le décès de l'enfant allaité.

La majorité des femmes interrogées et des informateurs pensaient que si une mère était séropositive pour le VIH et qu'elle avait la possibilité de s'offrir une alternative à l'allaitement, elle ne devait pas allaiter pour le bien de son enfant et aussi pour elle-même, pour lui permettre de se reposer. Les mères étaient unanimes à déclarer que ne pas allaiter était justifié si cela augmentait les chances de survie de l'enfant. En fait, l'opinion des répondants était que la plupart des mères qui se savent séropositives sont "obligées" d'allaiter, faute d'alternative vu le prix du lait en poudre.

Parmi 49 mères ayant accouché à la maternité en juillet 1992 et interrogées dans le cadre de cette étude, 43 ont estimé qu'en cas d'infection par le VIH chez la mère, le nouveau-né devait être nourri exclusivement au lait artificiel, trois mères estimaient qu'il fallait allaiter l'enfant, et trois mères ne savaient pas ou pensaient alterner les deux modes.

La question de savoir si une mère pouvait prendre seule la décision de donner le biberon à son enfant a suscité l'étonnement tant il était évident pour toutes les femmes interrogées que le mari devait être consulté et donner son autorisation, non seulement à cause des implications financières mais aussi parce que traditionnellement le mari a autorité sur la nourriture de l'enfant. Ni la belle-mère, ni les autres membres de la famille ne prennent part à ce type de décision, particulièrement en ville, chez les couples scolarisés au-delà du secondaire.

Les personnes interrogées n'envisageaient pas de problème particulier par rapport aux réactions ou aux pressions de l'entourage face à une mère qui n'allaiterait pas à la naissance. La majorité d'entre elles pensaient que la mère pouvait se justifier en déclarant qu'elle était malade ou qu'elle n'avait pas de lait. Elles soulignaient qu'en ville et particulièrement chez les salariés, la sphère familiale reste privée et que ce qui se déroule entre une mère et son enfant n'est connu que du père et des enfants plus âgés. En outre, l'usage du biberon était bien intégré parmi les femmes salariées ou d'un certain niveau scolaire ; ce qui était nouveau et plus rare était de le donner à la naissance, et à l'exclusion du lait maternel, mais ce fait ne serait pas connu à l'extérieur de

l'espace familial restreint et s'il l'était, il susciterait plutôt la commisération et la compassion que l'étonnement. Ceci tient vraisemblablement au fait qu'une spécificité de la société rwandaise est la séparation entre le domaine social et privé et l'importance attachée à la sphère privée, aussi bien en milieu rural qu'urbain. Contrairement à d'autres sociétés, la famille élargie au Rwanda ne vit pas dans un même logement : chaque couple restreint tend à disposer de son propre logement, toujours entouré de hautes haies ou de barrières pour se protéger des regards extérieurs.

Les modalités d'allaitement et leur évolution

Les pratiques d'allaitement au Rwanda en 1983

L'enquête nationale sur la fécondité menée au Rwanda en 1983 par l'Office National de la Population a permis d'obtenir des informations importantes sur les pratiques d'allaitement. En 1983, la durée moyenne d'allaitement au Rwanda était de 20,4 mois avec de fortes variations selon l'âge, le niveau d'instruction et le lieu urbain ou rural de résidence. À Kigali, la moyenne s'établissait à 16,7 mois, l'accroissement du niveau de scolarisation des mères entraînant un abaissement de la durée moyenne d'allaitement. Elle passait ainsi de 21,7 mois pour les mères non scolarisées, à 15,7 mois lorsque la mère avait terminé ses études secondaires.

En 1983, l'allaitement, sans nourriture solide, pendant lequel l'enfant ne reçoit que le lait de sa mère et éventuellement un supplément liquide, durait en moyenne 5,7 mois et était quasi systématique dès la naissance. Le moment du passage à l'alimentation solide variait en fonction du niveau de scolarisation ; les mères avec un niveau d'éducation secondaire l'introduisaient vers l'âge de 5 mois.

L'introduction précoce de la nourriture en complément du lait maternel n'entraîne pas nécessairement une diminution de la durée d'allaitement. En milieu rural traditionnel, où les durées d'allaitement sont les plus longues, la coutume est de supplémenter le lait maternel par des aliments liquides dès le premier ou le deuxième mois et par des aliments solides à six mois ; mais cette pratique va de pair avec un allaitement à la demande et un contact physique quasi permanent entre mère et enfant. Ce n'est pas le cas lorsque le lait artificiel donné par biberon s'ajoute au lait maternel comme le font une majorité de

femmes salariées ; là, l'allaitement à la demande est affecté et avec lui le nombre de têtées et l'intervalle entre têtées, deux variables importantes pour maintenir élevé le taux de prolactine.

Les pratiques d'allaitement à Kigali

Il faut tout d'abord noter que le lait maternisé et le lait de vache en poudre étaient disponibles sur le marché à Kigali mais les ruptures de stock étaient fréquentes. Le prix oscillait entre 15 et 18 FF la boîte de 500 grammes, ce qui correspondait à une dépense mensuelle de l'ordre de 200 FF. Cette dépense n'était pas envisageable pour la majorité de la population dont le revenu mensuel était inférieur à 500 FF. Elle ne devenait accessible qu'aux couples dont les deux membres travaillaient, ce qui permet de recourir à une aide familiale pour préparer l'alimentation de l'enfant (et pose des problèmes de formation de cette aide familiale à la bonne pratique de l'allaitement artificiel).

Pratiques d'allaitement dans les familles aisées

Dans les milieux aisés, une étude conduite en 1980 (Munyanshongore 1984) auprès de femmes ayant un revenu mensuel familial supérieur à 500 FF et ayant réalisé des études supérieures montrait que la durée moyenne d'allaitement était de 14 mois. 60 % d'entre elles allaitaient à la demande durant les six premiers mois de vie (90 % en milieu urbain pauvre). Le travail à l'extérieur était un des motifs d'introduction de complément alimentaire chez les salariées. Presque toutes les femmes de milieu aisé avaient à leur domicile des formes commerciales d'aliments pour bébé.

Le cas particulier des femmes salariées

Les femmes salariées, qui ont fait l'objet d'entretiens spécifiques au cours de ce travail, représentaient un groupe social où l'usage du lait artificiel et du biberon est pratiqué depuis plusieurs décennies. Dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, toutes les mères initiaient l'allaitement, sauf celles ayant subi une césarienne.

Près de la moitié des mères donnent une nouvelle grossesse comme principale raison pour l'arrêt définitif de l'allaitement, et l'autre moitié un manque de lait et/ou l'abandon par l'enfant.

Les femmes qui travaillaient dans le secteur public ou privé avaient droit à un congé de maternité de deux mois. À la fin de leur congé ou une ou deux semaines avant, toutes les mères salariées avec un niveau de scolarité au delà du primaire, initiaient l'enfant au biberon et l'utilisaient en alternance avec l'allaitement du matin, du soir et de la nuit, jusqu'à ce que l'enfant ait environ neuf à 12 mois. Avant leur départ au travail, les mères stérilisent et préparent les biberons du jour (deux ou trois) puis les laissent sous la responsabilité d'une aide ménagère qui les donne à l'enfant aux moments prévus ou lorsqu'il pleure. Éventuellement, de l'eau chaude dans un thermos servira à réchauffer le biberon. Ces aides ménagères étaient généralement des jeunes filles de la campagne de 12 à 20 ans venues chercher du travail en ville ; leur mobilité était très élevée, fonction du salaire (de 20 à 150 FF par mois) et des facilités offertes. Leur niveau d'instruction était faible et c'étaient les mères qui leur donnaient les conseils d'hygiène à respecter.

L'usage du biberon était vécu comme une nécessité liée au travail, le lait en poudre n'étant pas valorisé en soi. Les mères alternant biberon et allaitement déclaraient qu'elles préféraient donner le sein « pour avoir un beau et gros bébé », que cela prenait du temps et de l'énergie de préparer un biberon et que l'allaitement maternel était plus facile. Elles soulignaient également le coût du lait en poudre bien qu'elles appartiennent à une couche sociale au revenu mensuel supérieur à 1000 FF. Le lait en poudre n'était donc pas préféré compte tenu d'une identification au modèle occidental promu par les publicités, inexistantes au Rwanda, mais choisi par nécessité lorsque la mère travaillait à l'extérieur dans un contexte urbain.

La plupart des mères qui travaillaient habitaient un logement équipé d'électricité, plus rarement d'eau courante. L'eau se vend au bidon dans le voisinage. Même quand une famille disposait de l'électricité, celle-ci n'était pas souvent utilisée pour la cuisson des aliments ou pour la cuisine, l'usage de la cuisinière au charbon de bois étant le plus fréquent.

Pratiques d'allaitement au sein d'un groupe de femmes suivies à Kigali de 1988 à 1992

215 femmes infectées par le VIH et 216 femmes non infectées ont été suivies mensuellement à Kigali de 1988 à 1991 au moins

(Lepage 1993). Il faut souligner qu'en 1988 très peu de travaux avaient montré une transmission possible par l'allaitement et qu'aucun conseil spécifique n'était alors donné chez les femmes infectées par le VIH dans les pays en développement. Ces femmes, âgées de 25 ans et ayant effectué six ans d'études en moyenne, étaient pour 67 % d'entre elles des ménagères habitant à Kigali depuis plus de 10 ans en moyenne et disposant pour 40 % d'entre elles de moins de 250 FF de revenu mensuel.

Eau et jus de fruit étaient introduits tôt en complément de l'allaitement maternel dans les deux à trois premiers mois de vie. Le premier aliment de sevrage introduit était soit du lait artificiel dans la moitié des cas, soit une bouillie (sorgho essentiellement), soit des purées à base de bananes ou d'avocats. Cet aliment de sevrage était introduit en moyenne vers l'âge de quatre mois, soit quatre mois d'allaitement exclusif ou prédominant. Dans cette cohorte, les données recueillies concernaient la durée de l'allaitement. Aucune donnée n'a été collectée sur la quantité de lait donnée à l'enfant ou le nombre de tétées. Le motif le plus fréquent d'interruption de l'allaitement était la survenue d'une nouvelle grossesse. La durée moyenne d'allaitement était de 21 mois. La durée moyenne d'allaitement était plus brève chez les femmes infectées par le VIH mais restait de 18 mois en moyenne. Un peu moins de 15 % des femmes, quel que soit leur statut vis-à-vis de l'infection par le VIH, allaitaient encore à 36 mois¹.

L'allaitement maternel dans la population générale en 1992

La reconnaissance de la valeur de l'allaitement maternel pour ses propriétés nutritionnelles et anti-infectieuses et le rôle essentiel qu'il joue dans l'espacement des naissances sont acquis depuis longtemps au Rwanda. En 1992, il n'existait pas de publicité sous la forme d'échantillons gratuits de lait ou de biberons dans les établissements de soins, ni de publicité commerciale pour le lait en poudre et le biberon. La protection de l'allaitement figurait dans de nombreux documents officiels sur la politique de santé. Au niveau des consultations pré-natales, dans les maternités et cliniques, dans les

¹ Les femmes avaient été recrutées au moment de l'accouchement ; un test de dépistage leur était alors proposé. Près de 50 % des femmes sont venues chercher les résultats de leur test de dépistage au cours de l'étude. Sur les conditions et circonstances de la démarche pour connaître le statut sérologique, voir Raynaud et Muhongayire 1993 ; 1994.

consultations PMI, la promotion de l'allaitement dès la naissance et le plus longtemps possible était affirmée.

Conclusion de l'enquête : faisabilité d'un essai clinique

En conclusion, en 1992, le contexte culturel de l'allaitement au Rwanda paraissait favorable pour y réaliser un essai clinique comparant deux modes d'allaitement, maternel et artificiel, chez des femmes infectées par le VIH. L'allaitement y était de longue durée, y compris en milieu urbain. L'usage exclusif du biberon dès la naissance était extrêmement rare et ne trouvait de justification sociale que dans la maladie de la mère et/ou l'absence de lait.

Le fait d'utiliser des alternatives à l'allaitement, et en particulier du lait en poudre pour une femme qui se sait séropositive, était perçu favorablement par la grande majorité des personnes interrogées, y compris dans les milieux traditionnels. Le choix du mode d'alimentation du nourrisson devait impliquer nécessairement le mari et pas uniquement pour les aspects économiques.

Enfin, la pauvreté de la majorité des familles de Kigali, l'importance culturelle attachée à l'allaitement et le caractère privé de la sphère domestique, semblaient exclure un effet indirect de promotion ou de diffusion du lait artificiel sur l'ensemble de la population, suite à une étude comme celle qui était envisagée.

Remerciements

Nous remercions Laurent Vidal pour sa lecture attentive d'une première version de ce texte.

Références bibliographiques

- Batungwanayo J, H. Taelman, R. Dhote *et al.*
1992 Pulmonary tuberculosis in Kigali, Rwanda. Impact of Human Immunodeficiency Virus infection on clinical and radiographic presentation. *Am Rev Respir Dis* 146 : 53-56.
- Bonte M. et H.V. Van Balen
1969 Prolonged lactation and family spacing in Rwanda. *J Biosoc Sci* 1 :

97-100.

Bucyendore A., P. Van de Perre, E. Karita *et al.*

1993 Estimating the seroincidence of HIV-1 in the general adult population in Kigali, Rwanda. *AIDS* 7 : 275-277.

Caraël M.

1979 Allaitement, aménorrhée du post-partum et nutrition en Afrique centrale. *Population et famille* 43 : 131-153.

Dettwyler K.

1987 Breatsfeeding and weaning in Mali : cultural context and hard data. *Soc Sci Med* 8 : 633-644.

Lepage P., F. Dabis, D-G. Hitimana *et al.*

1991 Perinatal transmission of HIV-1 : lack of impact of maternal HIV infection on characteristics of livebirths and on neonatal mortality in Kigali, Rwanda. *AIDS* 5 : 295-300.

Lepage P., P. Van de Perre, F. Dabis *et al.*

1989 Evaluation and simplification of the World Health Organization clinical case definition for paediatric AIDS. *AIDS* 3 : 221-225.

Lepage P., P. Van de Perre, P. Msellati *et al.*

1993 Mother-to-child transmission and its determinants. A cohort study in Kigali, Rwanda. *Am J Epidemiol* 137 : 589-599.

Leroy V., J. Ladner, M. Nyiraziraje *et al.*

1998 Effect of HIV-1 infection on pregnancy outcome in women in Kigali, Rwanda, 1992-1994. *AIDS* 12 : 643-650.

Leroy V., P. Ntawiniga, A. Nziyumvira *et al.*

1995 HIV prevalence among pregnant women in Kigali, Rwanda. *Lancet* 346 : 1488-1489.

Leroy V., P. Van de Perre, P. Lepage *et al.*

1994 Seroincidence of HIV-1 infection in African women of reproductive age: a prospective cohort study in Kigali, Rwanda, 1988-1992. *AIDS* 8 : 893-896.

Lindan C., S. Allen, M. Caraël *et al.*

1991 Knowledge, attitudes, and perceived risk of AIDS among urban Rwandan women: relationship to HIV infection and behavior change. *AIDS* 5 : 993-1002.

Lindan C., S. Allen, A. Serufilira *et al.*

1992 Predictors of mortality among HIV-infected women in Kigali, Rwanda. *Ann Intern Med* 116 : 320-328.

Munyanshongore C.

1984 *Allaitement maternel en milieu urbain et rural au Rwanda*. Université Libre de Bruxelles. Thèse de doctorat en Santé Publique. Bruxelles.

Raynaut Cl. et F. Muhongayire

- 1993 «Chronique d'une mort annoncée : problèmes d'éthique et de méthode posés par l'application de la démarche anthropologique au suivi des familles touchées par le sida (à partir du cas rwandais) ». In : J.P.Dozon et L. Vidal (éds.), *Les sciences sociales face au sida. Cas africains autour de l'exemple ivoirien* : 37-39. Centre ORSTOM Petit Bassam, Abidjan.
- Raynaut Cl. et F. Muhongayire
1994 « Connaitre ou ignorer, dire ou taire : les ambiguïtés de l'annonce du statut sérologique chez les femmes de Kigali (Rwanda) ». In : *Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale*. Paris, ANRS, Collection Sciences sociales et sida.
- Rwandan HIV seroprevalence study group
1989 Nationwide community-based serological survey of HIV-1 and other human retrovirus infections in a central African country. *Lancet* i : 941-944.
- Van de Perre P., N. Clumeck, M. Caraël *et al.*
1985 Female prostitutes : a risk group for infection with Human T-Cell Lymphotropic Virus type III. *Lancet* ii : 524-527.
- Van de Perre P., A. De Clercq, J. Cogniaux-Leclerc *et al.*
1988 Detection of HIV p17 antigen in lymphocytes but not epithelial cells from cervicovaginal secretions of women seropositive for HIV : implications for heterosexual transmission of the virus. *Genitourin Med* 62 : 30-33.
- Van de Perre P., A. Simonon, P. Msellati *et al.*
1991 Postnatal transmission of Human Immunodeficiency Virus type-1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *New Engl J Med* 325 : 593-598.
- Van de Perre P., D. Rouvroy, P. Lepage *et al.*
1984 Acquired Immunodeficiency Syndrome in Rwanda. *Lancet* ii : 62-65.