

Chapitre XVIII

Enjeux concernant l'information donnée aux femmes dans le Kwazulu-Natal, Afrique du Sud

Gill Seidel

En Afrique du Sud, un pays en pleine transformation, tout est pluriel et se discute en termes de droits, mais les priorités sont parfois conflictuelles. Je me réfère ici en particulier aux représentations plurielles du corps féminin, de la fonction et de la place d'une "femme" (comme ressource familiale et nationale, ou comme citoyenne responsable elle-même de son corps), ainsi qu'aux représentations de la "maternité". Ces représentations ont été investies par le discours sur les droits, lesquels sont parfois en compétition (droits des femmes à la santé, droits des enfants, droit d'allaiter au sein), et par l'expérience historique anticapitaliste (anti-Nestlé notamment) qu'ont vécue l'ancien Kwazulu et le Natal dans les années 1970 à 1980. Une certaine mémoire de cette lutte continue de mobiliser l'action en faveur de l'allaitement au sein et renforce l'autorité que représente la promotion de l'allaitement maternel par les sage-femmes, en dépit de l'épidémie à VIH. Toutes ces représentations et constructions sociales influent sur les réponses au problème de la transmission mère-enfant, et modèlent en particulier la question de l'allaitement, dans un contexte où la plupart des femmes et mères séropositives sont jeunes et vulnérables, et où les rapports entre infirmières et patientes sont en général verticaux. Contrairement aux études de santé publique plus

¹ Traduction : M. Ricard et A. Desclaux.

conventionnelles selon lesquelles les conseils que les agents de santé doivent donner à une femme séropositive peuvent se résumer et peuvent être évalués sous forme de "checklist", nous tenons ici à mettre en lumière l'importance de "l'information", considérée non pas comme un élément neutre, mais avant tout comme des relations entre infirmières et patientes (relations de classe, et parfois d'ethnies, marquées par l'héritage de l'apartheid). Nous voulons également montrer l'importance de ces constructions et ces discours, et des valeurs qui les soutiennent.

La transmission du VIH par l'allaitement en Afrique du Sud

En Afrique du Sud, où le VIH est transmis en premier lieu par les contacts hétérosexuels, on pense que la transmission mère-enfant est maintenant le deuxième mode de transmission par ordre de fréquence. Elle représenterait entre 12 et 43 % des cas de transmission de la mère à l'enfant, avec un taux moyen de 25 % (McIntyre 1997 ; Gray *et al.* 1996). Il n'existe pas de statistiques fiables concernant la pratique de l'allaitement en Afrique du Sud, peu d'études ayant clairement défini l'"allaitement exclusif" (UCT 1997). Le Kwazulu-Natal, où cette recherche a été conduite, est la province la plus affectée par l'épidémie. Approximativement un tiers des femmes qui viennent en consultation anténatale, où des études de séro-surveillance sont menées en routine, sont séropositives². Les résultats des essais des Centers for Diseases Control en Thaïlande en 1998, concernant des populations qui n'allaitent pas, ont suscité une demande pour accroître l'accès à l'AZT. Ceci a conduit à des controverses amères en Afrique du Sud et sur le plan international. Pour quelques membres du gouvernement³ les risques de transmission mère-enfant sont faibles par

² Selon la neuvième enquête nationale de séro-surveillance concernant les femmes en consultation prénatale, le taux de séroprévalence au Kwazulu-Natal est de 32,5 % en octobre/novembre 1998, alors qu'il était de 26,9 % en 1997. Ce taux est encore plus élevé au King Edward Hospital de Durban, parmi les femmes qui se présentent en consultation prénatale hors délai, c'est-à-dire après le troisième mois de la grossesse : 45 % sur six mois en 1998 (Communication personnelle de D. Moodley, janvier 1999). Ce sont surtout des femmes âgées de 15 à 25 ans qui sont affectées.

³ Cette position a été relayée au cours d'une conférence des ministres de la SADC à Johannesburg en Novembre 1999.

rapport au coût des médicaments, toujours astronomique⁴. La toxicité de l'AZT, en particulier, est maintenant soulignée par le gouvernement⁵. Des informations encourageantes, même si elles sont très récentes, issues de l'essai NIH-HIVNET en Ouganda (Guay *et al.* 1999), à propos de la névirapine, très abordable, pourraient avoir changé les paramètres. Mais pour le ministre de la santé, la névirapine ne fait pas avancer la question, puisque des enfants seraient orphelins : « *Trouvez-moi une solution pour les mères* », tel fut son commentaire⁶ ; ce propos met en cause le droit des enfants à la santé et à la vie.

De toutes façons, la question de l'alimentation du nourrisson doit encore être traitée, et elle est loin d'être résolue. Dans le même temps, la question associée de l'approvisionnement en substituts du lait maternel, pour les mères qui choisissent de ne pas allaiter mais qui n'ont pas les moyens d'acheter du lait en poudre sous forme générique ou autres, a reçu une attention insuffisante. L'idée de fournir des substituts du lait maternel sous forme générique serait en accord avec la politique du gouvernement sud-africain qui développe les médicaments génériques⁷. Un programme opérationnel de prévention de la transmission mère-enfant financé par l'UNICEF, puis par le Fonds de Solidarité Thérapeutique International, à Abidjan, en Côte-d'Ivoire, a déjà pris cela en compte (Msellati *et al.* 2000). Mais cette option n'a pas été prise en compte en Afrique du Sud ou en Afrique australe, où la prise en charge des substituts du lait maternel n'est pas prévue. La solution controversée qu'envisagent l'Ouganda et le Zimbabwe est d'acheter les médicaments, mais le "lait artificiel" n'a pas été mentionné⁸. G. Gray de l'hôpital Chris Hani Baragwanath a constamment demandé que l'ONUSIDA et le gouvernement procurent des substituts du lait maternel aux femmes dans le besoin, et a accusé ONUSIDA d'avoir opté pour la solution de facilité en ne s'engageant pas davantage⁹. Mais l'influence du lobby de l'allaitement maternel a été

⁴ Certains cliniciens sud-africains ont des points de vue différents sur la faisabilité de l'utilisation de l'AZT pour les femmes enceintes. Voir McIntyre *et al.* 1998 et Wilkinson *et al.* 1998.

⁵ Déclaration de l'ANC, 9 septembre 1999.

⁶ Commentaire rapporté par C. Evian, communication personnelle, février 2000.

⁷ *Daily Mail* et *Guardian*, Johannesburg, 10 février 1999.

⁸ Novembre 1999.

⁹ "In War against AIDS, Battle over Infant Formula flares again", *New-York Times*,

telle que sa voix est presque restée solitaire.

En 1998, de nouvelles recommandations internationales, et une première version de déclaration stratégique en matière d'allaitement et VIH en Afrique du Sud, tout en continuant de souligner les bénéfices de l'allaitement maternel, mettaient en avant un nouveau droit : le droit des femmes à pouvoir faire un choix informé concernant le meilleur moyen de nourrir leur bébé, et à être soutenues dans leur choix. On a cherché à développer la place, dans les discours et les politiques, des "droits" et du "choix" reproductifs, ce qui implique un droit individuel de la femme à l'auto-détermination concernant son corps et sa vie reproductive. Des médecins ont remarqué que ce discours en termes de droits est l'un des traits distinctifs de ces documents stratégiques (Pillay 1999).

Ce changement de politique de l'ONUSIDA/OMS/ UNICEF constitue une re-évaluation majeure de la position de l'OMS, selon laquelle les mères séropositives vivant dans des pays développés ne devraient plus allaiter, alors que celles des pays les moins développés devraient continuer à le faire. Pour ceux qui l'ont critiquée, la première position de l'OMS n'était pas tant une stratégie qu'un abandon (Desclaux 1994). En Afrique du Sud, l'ouvrage *Primary AIDS care* de C. Evian (1993), un court article paru dans "Aids Bulletin" (Gray *et al.* 1994) et une conférence internationale sur le transmission mère-enfant et l'alimentation du nourrisson tenue à Durban en 1996 (Pillay 1996), ont très tôt alerté les professionnels de la santé sur les risques de transmission mère-enfant. Cinq ans plus tard, une version provisoire d'un document stratégique, différent mais comparable, également basé sur les droits, était ébauchée et a circulé au nom du STD/AIDS Directorate et du Nutrition Directorate (Evian 1998). Cependant, ce document n'a pas été mis en pratique et, d'après des déclarations récentes de l'African National Congress, il semble maintenant largement ignoré dans ce qui apparaît clairement comme un contexte politique¹⁰ traversé de tensions.

Discours concurrents sur les droits des femmes et les représentations de la "maternité"

8 juin 1997 : 12.

¹⁰ Au sens de "policy".

Ces débats à propos de l'alimentation des nourrissons ne soulèvent pas seulement des questions biomédicales et nutritionnelles, bien que ce soit l'impression donnée par les commentaires convenus de professionnels de santé et, de fait, par la plupart des réseaux VIH-sida. Toutes sortes d'engagements et de représentations sont en jeu, parmi lesquels la célébration et la défense d'un certain passé triomphal majeur, où l'allaitement constituait une "good news story" pour les pays en développement, incluant l'ancien Kwazulu. La lutte contre les multinationales qui a vu le triomphe de David contre Goliath dans les années 1970 peut être considérée comme une lutte politique exemplaire qui a modelé l'identité des agents de santé dans le Kwazulu-Natal ; beaucoup d'entre eux occupent maintenant des postes d'autorité en nutrition. Cet épisode a fait de l'allaitement maternel un acte "symbolisant la culture de la santé". Bien que le sida soit dépeint officiellement comme "la nouvelle lutte", pour beaucoup d'agents des services de santé de la mère et de l'enfant, en particulier des nutritionnistes, le nouveau combat n'est pas le sida. Il demeure l'allaitement maternel et sa promotion ininterrompue. Cela induit un conflit de priorités qui peut être résumé à une opposition entre allaitement maternel et sida. Alors que les études cliniques internationales ont toutes, jusqu'à présent, insisté sur le fait que n'importe quelle période de l'allaitement est porteuse de risque (Burns et Mofenson 1999), le fil conducteur dans le Kwazulu-Natal a été "de rendre l'allaitement maternel sûr". Cette position a été défendue par les Professeurs H. Coovadia et A. Coutsoudis en Pédiatrie à Durban¹¹, non en termes de droits, mais en termes de priorités nutritionnelles (Coovadia *et al.* 1996 ; Coutsoudis *et al.* 1999). C'est aussi à Durban que la première étude majeure sur les déterminants de la transmission mère-enfant a été conduite (Bobat *et al.* 1997). Cette position a été considérée comme "la troisième voie"¹². L'étude de l'effet de la vitamine A réalisée à Durban (Coutsoudis *et al.* 1999) a montré que l'option la plus sûre est celle d'un allaitement exclusif pendant trois mois. Cette étude a attiré beaucoup d'attention, car c'est la seule à être arrivée à cette conclusion, bien qu'elle n'apporte aucun élément lorsque la durée d'allaitement est plus longue. Cette étude a été bien accueillie dans le Kwazulu-Natal et par le lobby de l'allaitement maternel. Une déclaration révélatrice sur les priorités des chercheurs a

¹¹ Medical School, University of Natal.

¹² Halpern AF-Aids communication, Novembre 1999.

été faite par H. Coovadia en février, durant la Durban VIH Update Conference, juste avant la publication des résultats de l'étude concernant la vitamine A : « *Nous avons résolu la question de l'allaitement maternel. Maintenant il nous faut considérer le sida* ».

La formation en matière d'allaitement maternel fait l'objet d'un investissement important, y compris dans le cadre de l'Initiative "Hôpitaux Amis des bébés" de l'UNICEF, selon laquelle les biberons ne doivent pas être admis sur les lieux de soin (WHO/UNICEF 1992). Du fait d'un important lobbying datant des années 1970, l'allaitement maternel a été exalté comme un droit, tout comme le droit à la vie pour les enfants et les mères. Cette approche a été promue en Afrique du Sud dans des initiatives multisectorielles, comme la "Nutrition strategy" et le "National Plan of Action for Children". L'allaitement maternel a été réaffirmé comme un droit dans le contexte de la "Convention for Elimination of Discrimination against Women" (CEDAW) et de la Plateforme d'Action de Beijing en 1995.

Indépendamment de la légitimité nutritionnelle réaffirmée de l'allaitement maternel, les controverses qui entourent le VIH et l'alimentation du nourrisson engagent aussi des discours antagonistes sur le corps des femmes et les représentations de la "maternité". Les discours promotionnels universels autour de l'allaitement maternel véhiculent un ensemble de significations et de valeurs à propos de ce qu'est un comportement approprié pour une femme. Ces représentations sont basées sur une vision "traditionnelle" de la femme, restreinte à la sphère domestique. Dans cette perspective, les femmes sont des ressources "naturelles". Le phénomène de l'épuisement physiologique des femmes qui allaitent¹³ est "indicible" (Maher 1996), alors que les "besoins", incluant les besoins nutritionnels d'une mère qui allaite, ou son besoin de rechercher un emploi rétribué, sont toujours contestés (Fraser 1989). Ce discours est en contradiction avec le discours des droits reproductifs et les débats sur le genre et la citoyenneté (McClintock 1991 ; Williams 1992 ; Walby 1994 ; Lewis 1999).

« - Je regrette énormément le déclin de l'allaitement au sein de ma communauté, par exemple.

- Pourquoi l'allaitement maternel a-t-il décliné ?

- Parce que les femmes disent qu'elles veulent faire autre

¹³ "Maternal depletion".

chose de leur temps ».

Entretien avec le Professeur H. Coovadia, Durban, 1998.

En réalité, beaucoup de femmes sont obligées de chercher du travail pour des raisons économiques ; elles ont probablement tendance à favoriser l'alimentation au biberon pour cette raison. Ceci apparaît clairement dans les données de notre étude dans le Kwazulu-Natal, réalisée à partir d'entretiens avec des femmes en consultation infantile. Les agents de santé de la région de Pietermaritzburg nous ont informé que c'était généralement le cas, aussi, pour la plupart des mères écolières soutenues par leur parents ; l'alimentation au biberon leur permet de continuer leurs études. En faisant comme cela, elles mettent en cause les représentations hégémoniques du "rôle" et de "la place" des femmes, de la fonction du corps (reproductif) des femmes, et de la "maternité". De nombreux aspects de cet ordre concernant le genre n'ont pas été pris en compte dans les publications scientifiques sur la transmission mère-enfant.

Une nouvelle tournure a été donnée à une représentation dominante particulière de la "maternité", qui fait appel à différents registres : "Allaitez pour construire une nation en bonne santé" ("Breastfeed for a healthy nation"). Des versions idéalisées de la maternité et de la naissance ont été utilisées comme des métaphores puissantes pour les changements politiques et idéologiques en Afrique du Sud. À propos de l'invention des discours nationaux, de l'idéologie et des politiques, la sociologue S. Meintjes a écrit :

« En Afrique du Sud, les femmes sont identifiées comme "mères de la nation". Dans ce sens les femmes blanches et noires ont pu influencer la substance de la politique dans leur communauté propre.[...]. Cependant, le discours idéologique employé pour définir la sphère d'action des femmes était basé principalement autour de la maternité, et de la responsabilité concernant les enfants. [...] C'était un discours national qui existait à l'intérieur des différents groupes politiques.[...] Pour le succès du projet national, que ce soit chez les Afrikaners ou chez les nationalistes africains, il était essentiel que les femmes fassent partie du processus. Ceci reflétait la signification donnée à leur rôle nourricier, les femmes étant considérées comme nourrissant la nation. Il était impératif que les femmes soient pourvoyeuses de ce nationalisme pour les garder dans le "patrimoine". Ceci a donné aux femmes une place particulière et vénérée, mais a aussi permis

leur subordination continue au projet nationaliste plus large. Reconnaître et vénérer les mères était leur dénier l'autonomie et l'autorité au-delà de l'espace domestique » (Meintjes 1998 : 68-69).

Tous ces thèmes soulèvent des interrogations plus générales à propos des représentations dominantes du corps féminin, de ses utilisations, de ses abus, et de sa régulation dans la sphère domestique et publique, y compris sous le regard médical. Les décisions des professionnels de la santé et le conseil qu'ils apportent aux femmes individuellement – ceci ne concernant pas seulement les conseillers en matière de VIH – n'ont pas encore fait l'objet d'études détaillées localement. La plupart des femmes continuent à s'interroger à propos de ce que signifie leur séropositivité pour elles et leurs familles (Tallis 1997 ; 1998). Alors que de nombreux quartiers sont encore sous-équipés, et qu'un souci de santé publique bien établi vise à mettre en avant les risques importants liés à l'alimentation artificielle dans ces quar-

La recherche dans le Kwazulu-Natal

Notre approche est ici centrée sur des données issues d'observations, d'entretiens et de discussions avec des agents de santé de différentes catégories dans le Kwazulu-Natal, principalement dans la région de Pietermaritzburg. Pietermaritzburg est la seule ville du Kwazulu-Natal, après Durban. Dans les années 1980 et depuis, la région de Pietermaritzburg a été le lieu de troubles extrêmes, avec un important exode de réfugiés, pour la plupart des femmes et des enfants (Marks 1970 ; Bekker *et al.* 1992 ; Morell *et al.* 1996).

Ce que je propose de montrer ici à partir des résultats de l'étude est que :

– Les mères vulnérables et célibataires ont tendance à être jugées, et parfois durement, par les agents de santé (Jewkes *et al.* 1999), quel que soit leur statut VIH. La perception des infirmières concernant ces femmes a été modelée par un "discours médico-moral" (Seidel 1993) qui valorise la compliance, mais pas les droits individuels. Comme l'a montré le travail de Marks, beaucoup d'infirmières, pour la plupart mariées, ont peu de contact avec les "femmes ordinaires" (Marks 1998), du fait de leur socialisation professionnelle, de leur statut, et de leur lieu de résidence.

– À cause de la définition des identités sous l'apartheid, et de la création et l'exploitation politique de communautés "raciales" séparées, des représentations négatives et statiques d'autres "cultures" sont toujours reproduites chez certains agents de santé, ce qui renforce certaines hiérarchies. Ces représentations ont un impact sur la vie des jeunes patientes vulnérables. Je me réfère, par exemple, aux représentations qu'ont certaines infirmières d'origine indienne à propos des

femmes de communautés zulu, dans des cliniques urbaines du Pietermaritzburg où beaucoup d'infirmières sont d'origine indienne.

Dans des contextes où beaucoup de femmes sont censées allaiter, au moins au début, et où elles doivent s'expliquer si elles ne le font pas – ce qui compromet la confidentialité –, conseiller les femmes séropositives sur la meilleure façon de nourrir leur bébé est un des problèmes éthiques les plus complexes en matière de santé aujourd'hui.

tiers¹⁴, d'autres, y compris dans la même ville ou la même région rurale, ont été aménagés et ont accès désormais à l'électricité et à l'eau potable (May *et al.* 1998). Mais beaucoup d'infirmières ne connaissent pas les quartiers où vivent la plupart de leurs patientes. Dans l'orthodoxie de l'allaitement maternel, elle continuent à affirmer que « *les femmes d'ici n'ont pas le choix* ». Ceci correspond peut-être à une vision stéréotypée de leurs patientes et des endroits où elles vivent. Beaucoup d'infirmières continuent de prendre des décisions à la place de leurs patientes selon le paradigme d'une autorité verticale qui prévaut dans la biomédecine.

Cadre théorique et méthode

Notre base théorique est le constructivisme social nourri de la théorie discursive, en particulier par les apports de Foucault et son approche des lieux de pouvoirs multiples (Foucault 1973, 1976, 1980, 1989) et par les approches féministes en anthropologie et sociologie (cf. Caplan 1988 ; Moore 1994, 1998 ; et particulièrement Guillaumin 1981, 1995). Une palette de méthodes qualitatives a été utilisée, comprenant : l'observation, notamment lors de séances d'éducation sanitaire des femmes enceintes ; des entretiens avec des informateurs clés et avec différentes catégories d'agents de santé sur la base de grilles d'entretiens semi-structurés aux questions ouvertes ; des éléments de récits de vie ; et des techniques plus innovantes avec certains sous-groupes utilisant des vignettes, aussi bien que des commentaires interactifs sur des éléments de contes ("storytelling"), comme cela a été décrit dans une étude pilote (Seidel 1999 ; Seidel *et al.* 1999). Quand les contraintes liées au temps disponible pour les infirmières, et lorsque l'absence d'espace privé, ont empêché de réaliser des entretiens ouverts, l'approche adoptée a été le groupe de discussion focalisée ("focus group"). Dans cet article, l'accent est mis sur les données issues de l'observation et d'entretiens individuels. La majorité des entretiens avec les agents de santé étaient conduits en anglais par le chercheur principal ; ceci a minimisé le biais inhérent au recours à différents enquêteurs. Pour la recherche, dont une partie seulement est traitée ici, d'autres rapports, des documents stratégiques et issus des organisations non-gouvernementales, des discussions avec les responsables des politiques de santé publique, et des dossiers cliniques, là où ils étaient accessibles, ont aussi été recueillis dans l'objectif d'apporter un éclairage multiple sur les données, les témoignages et récits.

¹⁴ Les indicateurs de ce risque sont les gastro-entérites, les diarrhées et les infections des voies respiratoires supérieures.

Données issues des hôpitaux et dispensaires de Pietermaritzburg

De courts extraits d'entretiens avec des infirmières, dans des services de maternité et de soins prénataux, et des dispensaires, suggèrent quelques-unes des manières dont elles marginalisent et "singularisent" les femmes séropositives, comme si ces femmes ne constituaient pas une préoccupation légitime. L'entretien réalisé dans un centre de soin "ami des bébés" (dans le Kwazulu-Natal du sud) attire l'attention sur la suspicion associée à toute information "venant de l'extérieur". L'exemple le plus explicite montre comment des identités ethniques, soutenues par l'apartheid et par certaines formes de nationalisme ethnique, peuvent déterminer les perceptions de patients issus d'autres "cultures"¹⁵. Les données présentées ci-dessous proviennent d'entretiens et d'observations réalisés dans les centres de santé urbains de Pietermaritzburg, administrés par le Transitional Local Council.

En général, les conseillers sont les seuls à connaître le statut VIH d'un patient, du fait de l'application du code de confidentialité ; ce code est critiqué par un certain nombre d'infirmières (Seidel 1996) : « *Comment pouvons-nous l'aider [la patiente] si nous ne connaissons pas son statut ?* ». En pratique, les conseillers sont surtout des "infirmières-conseillères" qui exercent ces deux tâches. En consultation prénatale, la responsabilité de la réalisation du test VIH appartient à la patiente, qu'elle demande le test ou accepte un test qui lui est proposé.

Quelques infirmières interviewées dans des centres de santé de Pietermaritzburg critiquent les mères qui ne sont pas d'accord pour faire le test, comme si celui-ci permettait de résoudre tous les problèmes de santé des femmes.

¹⁵ Le terme "culture" est problématique dans la langue anglaise des milieux sud-africains anglophones démocratiques qui soutiennent le nouveau gouvernement, à cause du projet des législateurs de l'apartheid qui était de définir et de séparer les "cultures" selon des distinctions linguistiques et racialisées. Pour cette raison, ce terme est évité, de même que les catégories "Zulu", "Xhosa", "Noirs", "Blancs". Ceci crée des difficultés quand on veut parler d'ethnicité dans ces milieux. Consciente de ces susceptibilités, je me réfère ici aux "locuteurs du zulu", ou "femmes des communautés de langue zulu" car le terme "Sud-africains", politiquement correct, ne conviendrait pas ici.

« Nous leur offrons un test. C'est gratuit. Nous leur donnons aussi une contraception gratuite. Mais, vous voyez, elles tombent quand même enceintes. Elles n'agissent pas comme des personnes responsables. Elles savent ce qu'elles font. Elles sont au courant de la contraception. Maintenant nous ne pouvons pas les aider [...] Nous avons ces affiches [Aucune ne mentionne la transmission du vih par l'allaitement]. Mais nous ne pouvons pas leur donner une information individuelle. Nous ne pouvons pas les conseiller à moins qu'elles ne demandent à faire le test. C'est à cause de ce "machin" de la confidentialité. Si c'est le vih, et je pense qu'il y en a beaucoup comme cela, alors elles doivent voir le conseiller et faire le test. Alors elles auront l'information sur la manière de rester en bonne santé, pour elles et leur bébé. On ne peut pas les aider ».

Ce qui manque dans cette attitude, qui est à la fois bureaucratique est porteuse de jugement, est un éclairage sur la construction du genre et la violence, y compris dans les relations sexuelles (Wood *et al.* 1997), alors que ces mêmes infirmières s'occupent régulièrement de femmes maltraitées. Il faut aussi reconnaître qu'une certaine hostilité est manifestée à l'égard des jeunes célibataires qui demandent une contraception (Karim *et al.* 1992 ; Wood *et al.* 1997). D'autres discussions montrent que les infirmières sont bien conscientes de la stigmatisation liée au VIH, mais apparemment à un niveau abstrait. Elles se positionnent dans un modèle purement médical de la maladie, critiquant la patiente pour n'être pas venue rechercher ses résultats, ou n'avoir pas dévoilé son statut à un membre de sa famille, alors qu'ailleurs, à la suite d'une étude importante au Kenya, "ne pas savoir" [le résultat de VIH] a aussi été considéré comme un droit (Temmerman *et al.* 1995) :

« Nous disons que les femmes qui veulent être testées auront plus d'information et recevront un conseil (au sens de counselling). Mais peu viennent d'elles-mêmes, ou viennent pour leur résultat. Que pouvons-nous faire avec ce truc de la confidentialité ? On ne peut pas faire plus ».

Le deuxième exemple venant d'un centre de santé de Pietermaritzburg est un échange individuel entre une infirmière et une femme enceinte pour la première fois qui voulait se renseigner sur l'allaitement du bébé. Le statut vih de la femme était inconnu de l'infirmière, selon la norme. Le dialogue illustre la distance sociale et

“politico-culturelle” entre l’infirmière et la jeune patiente.

– L’infirmière : *Nous espérons que vous allez allaiter.*

Nous disons toujours que l’allaitement est le meilleur.

Quand le bébé est né, vous avez immédiatement un attachement avec votre bébé quand vous le tenez dans vos bras il ne regarde personne d’autre.

Si vous comparez le coût du lait en poudre, l’allaitement au sein est moins cher. C’est à peu près 20 Rands une boîte, ou plus âle poids n’est pas donnéâ.

Si vous allaitez, le bébé n’est pas sujet à des maladies infantiles (sic). Il n’y a pas de préparation. Le lait de la mère a toutes les substances nutritives, et dans les bonnes proportions. Vous regagnez aussi votre ligne plus rapidement.

Quand le bébé tète, l’utérus (sic) se contracte. C’est aussi bon contre le cancer : cela aide à éviter le cancer du sein.

C’est plus facile de téter au sein qu’au biberon.

Nous disons aussi que les mères séropositives peuvent transmettre. Savez-vous cela ? (la patiente donne quelques signes d’assentiment aux questions quand l’infirmière s’arrête, mais elle semble hésitante).

Savez-vous quelque chose sur le sida ?

– La patiente : *Non*

– L’infirmière : *(explique d’abord comment le sida ne peut pas se transmettre)*

Vous le contractez par les fluides corporels. [Elle emploie des termes très abstraits et médicaux, notamment si le patient peu informé ne connaît pas les modes de transmission. Elle parle alors de “soldats” dans le sang, qui protègent le sang, mais sont attaqués]

Vous l’attrapez en ayant trop de partenaires sexuels. Ça augmente. Mais si quelqu’un est séropositif, il peut mener une vie normale et garder la santé en mangeant bien et en faisant ce que je suis en train de vous dire. Vous pouvez vivre longtemps cela dépend de votre système immunitaire. Si vous voulez avoir des relations sexuelles, il est plus prudent d’utiliser un préservatif. Le VIH augmente. Il y a beaucoup d’adolescents qui sont séropositifs.

Un enfant peut être placé en nourrice, et pourrait être adopté.

Mais la durée de sa vie sera écourtée.

Quand vous avez des relations sexuelles avec trop de partenaires, vous attrapez cette maladie, comme les gens de chez vous [« like your people »].

Le sida est comme une forme de cancer. Les garçons viennent avec beaucoup de MST ; et les hommes viennent aussi avec des “choux fleurs”. Certains disent qu'ils ont trois partenaires. Ils disent qu'ils ont le sentiment “d'être des hommes” s'ils vont avec beaucoup de filles. Avec les gens que je vois ici, c'est commun dans votre peuple [« among your people »]. C'est un mode vie, ou quoi ?

– La Patiente : *Je n'ai pas fait ça. Maintenant j'ai un seul homme.*

Mais certaines disent que les préservatifs ne marchent pas.

– L'infirmière : *C'est bien. C'est bien d'avoir un seul homme, et d'avoir un bébé de cet homme.*

[Elle se tourne vers GS]

Vous voyez, celle-ci est une bonne fille. Il n'y en a pas beaucoup comme elle. Elle a seulement un homme.

Si vos amies ne peuvent pas s'arrêter d'avoir d'autres hommes, c'est mieux d'avoir un préservatif.

Au sujet de l'allaitement. Vous avez demandé à ce sujet-là, n'est ce pas ? Il y a un risque que le bébé l'attrape par le lait maternel.

Qu'en pensez-vous ?

[S'adressant à GS qui répond avec un hochement de tête clair].

Mais nous disons toujours que “le lait maternel est le meilleur”. Et pour le premier bébé, de la naissance jusqu'à deux ans. Le premier lait est collant mais très nourrissant. Vous devez le donner à votre bébé. Vous devez aussi masser les mamelons, pour que le bébé puisse les attraper. Le bébé a moins de chances d'avoir des coliques si vous faites cela.

Et puis avec le lait maternel, c'est facile – il n'y a pas de préparation ! et pas de microbes – pas comme les biberons qui peuvent tomber par terre. La seule chose que vous avez à faire est de nettoyer les mamelons.

– La patiente : *Est-ce qu'il y a des livres sur l'allaitement ?*

– L'infirmière : *Je dois regarder. Je suis pas sûre si on en a encore.*

[L'infirmière commence alors à donner des conseils nutritionnels, en insistant sur l'importance des protéines, et des fruits et des légumes frais, qui sont tous chers].

Avez-vous d'autres questions ?

– La patiente : *Non, pas d'autres questions.*

L'infirmière, dans ce centre de santé urbain, d'origine indienne, parlait très vite et utilisait des mots techniques et un langage parfois très formel, issu de manuels anglais, pour parler à cette jeune patiente de langue zulu (par exemple : “utérus”, “fluides corporels”). La connaissance de l'anglais par la patiente était assez bonne, mais il n'est pas certain qu'elle ait pu tout comprendre, à cause du vocabulaire employé et de la prononciation de l'infirmière. La patiente n'ose en général pas poser d'autres questions, car cela nécessite des aptitudes linguistiques et une relation sociale particulière. Cette infirmière, qui avait une expérience “communautaire”, a adopté un ton plaisant – un ton qui n'était pas froid. Cependant, l'information apportée par l'infirmière, et la manière de la donner, ne peuvent être dissociées d'un acte de jugement, et de stéréotypes concernant les comportements sexuels, considérés comme relatifs à une certaine origine ethnique.

Le centre de Santé "Ami des Bébés"

Dans le Kwazulu-Natal, beaucoup de nouveaux centres de santé doivent être accrédités prochainement comme "Amis des Bébés", et leurs infirmières ont déjà reçu une formation spécialisée dans ce domaine. Dans ce centre de la côte Sud, il n'y avait pas de possibilité pour que les femmes soient informées des risques de transmission mère-enfant par l'allaitement et fassent un choix éclairé concernant l'allaitement. Ceci dans un contexte où les taux de prévalence du VIH sont élevés, et sont en augmentation ; où les infirmières ne connaissent pas le statut sérologique de leurs patientes ; où beaucoup de patientes sont séropositives et ne le sauront pas. Des affiches disposées un peu partout rappelant les étapes qui doivent être franchies dans le programme "Hôpitaux Amis des Bébés" donnent le ton, comme si cela faisait partie d'une règle indiscutable. Un entretien avec les infirmières de ce centre se révèle sans ambiguïté.

L'extrait suivant est représentatif des positions exprimées :

« Non, je ne pense pas que l'allaitement soit un grand risque pour le bébé si la mère est séropositive. Peut être juste un petit risque ? Je pense que c'est ce qu'ils disent. Mais est-ce que c'est vrai ? Qui dit cela ? des gens d'ici ?

Pourquoi est-ce qu'ils disent cela ?

[Pause]

Mais de toutes façons c'est meilleur qu'elle allaite. C'est bien et c'est ce qu'on fait ici. Les gens s'attendent à cela. Si elle l'allait, le bébé reçoit tous les éléments nutritifs dans les bonnes proportions. Il est protégé vis-à-vis de tellement d'infections. Tout est tout comme il faut. Même la température. »

Une grande partie de ce discours a été appris par cœur, et reproduit le contenu des manuels. "Les gens s'y attendent" est une forme de raccourci qui permet d'éviter la remise en question du discours sur l'allaitement maternel. Cela semble faire écho à un autre raccourci : l'utilisation de la notion de "peuple" ("people") présenté comme une voix homogène et démocratique par l'anc. Bien que contestable en tant que catégorie analytique (comme le terme "communauté", très utilisé), cette notion peut servir pour établir du lien plutôt que pour diviser. À un certain niveau, l'infirmière semble

argumenter que l'allaitement fait partie de sa culture, et, en même temps, est "naturel" et merveilleux : c'est-à-dire une synergie entre nature et culture. En discutant ou en rejetant la culture, elle ne rejette pas nécessairement la science cosmopolite (occidentale), ni des connaissances cliniques, mais, au-delà, le statut de cette connaissance parce qu'elle n'a pas été produite localement, et pour cette raison manque de légitimité ; selon ses propres termes, elle vient de "gens qui ne sont pas d'ici". Ceci entre en contradiction avec ses pratiques au centre où tant les connaissances que les pratiques de promotion de l'allaitement maternel sont bien d'origine locale (issues du Kwazulu-Natal et de l'ancien Kwa-Zulu), et pour cette raison sont considérées comme complètement acceptables et légitimes.

Dans sa réponse, apparaissent des accents de "conscience noire" ("Black Consciousness Movement"), qui est une affirmation d'une identité distinctive non-européenne. Dans une autre lecture, particulièrement dans cette région, où les expressions "nos gens", ou "les gens d'ici", se rapportent souvent à la communauté de langue zulu, la valeur unique accordée au savoir local pourrait aussi être interprétée comme une réponse ethno-nationaliste (ce qui signifie qu'une connaissance qui n'est pas originaire du Kwazulu n'a pas de valeur et l'on ne doit pas lui faire confiance). Est-ce que, pour quelques infirmières, ceci peut apparaître comme une réponse "ethno-nationaliste" ?

Comme nous l'avons vu, les identités ne sont pas fixées, mais constamment fluctuantes. Beaucoup de gens ont été forcés d'adopter une identité ethnique par la violence et le conflit, qui leur ont attribué une appartenance à un groupe particulier. G. Mare a soutenu que dans ce cas, il est plus approprié de parler de "catégorisation" dans une identité ethnique plutôt que d'appartenance à un groupe particulier (Mare 1992). De plus, il est important de différencier les ethnicités "dominantes" et "dominées". Cependant, ethnies dominantes et dominées peuvent être les lieux d'autres inscriptions du pouvoir (pouvoir de classe, patriarcal, etc). Les questions et les remarques des infirmières, "des gens d'ici ?", nécessitent quelques explications. En questionnant le statut et "les usages" du savoir concernant l'allaitement des bébés qui, selon elles, vient "d'ailleurs", des Blancs, est-ce qu'elles reconnaissent aussi l'expérience des femmes noires face aux excès des multinationales ? Est-ce qu'elles reconnaissent et réaffirment l'une des principales suites de cette expérience, qui est la promotion de l'allaitement maternel, symbole de la "culture sanitaire" ?

C'est une interprétation, qui pourrait être la "lecture préférentielle" pour ceux qui cherchent "une troisième voie" pour prévenir la transmission mère-enfant. Elle intervient ici comme une "rupture culturelle". La difficulté est à double tranchant, car certaines représentations, associées à une certaine fierté historique et culturelle, peuvent parfois être manipulées par un nationalisme ethnique, qui sous certaines formes peut être inséparable de la répression de la "différence" et d'une xénophobie. Cela construit aussi des représentations négatives des femmes qui ne se conforment pas à un cadre hiérarchique, et celles-ci feraient appel à une violence accrue à l'encontre des femmes "rebelles". Certaines connotations aux sens multiples appellent des commentaires et doivent aussi être disséquées. Comme l'ont montré nos entretiens avec un groupe de soutien de femmes séropositives qui se rencontrent à l'hôpital King Edward de Durban, celles qui n'allaitent pas peuvent être battues et insultées par un membre masculin de la famille pour les forcer à faire ce qu'il leur dit (Seidel *et al.* 2000).

Conclusions

Une vision plus large dans notre région d'étude suggère que les slogans "Le sein est le meilleur" et "Allaiter pour une nation en bonne santé" sont des manifestations d'une orthodoxie largement partagée, en dépit du risque de transmission mère-enfant du VIH. C'est comme si le mouvement contre les laits artificiels des années 1970 ne s'était jamais arrêté, et comme si le sida était une question tout-à-fait marginale, quelque chose comme une distraction irritante vis-à-vis de la mission actuelle : la promotion universelle de l'allaitement. Cependant, il semble que quelques personnes au gouvernement soient conscientes de ces contradictions¹⁶.

L'identité politique des agents de santé dans le Kwazulu-Natal, leurs attitudes concernant l'activité sexuelle des femmes avant ou en dehors du mariage, et l'information qu'elles mettent à la disposition des mères sur la transmission mère-enfant par l'allaitement, sont modelées par ces conflits et les représentations antérieures. Leur propre sens de l'autorité et leur investissement institutionnel dans l'allaitement

¹⁶ Cf. la Déclaration de l'ANC, Johannesburg, 9 novembre 1999, Af-Aids posting, 22 novembre 1999.

au sein, et certains *a priori* liés au genre, influent également sur les discours et les pratiques des infirmières. Il est juste, dans certains cas, de considérer qu'il s'agit d'une *idéologie de l'allaitement*. Par idéologie, je me réfère non seulement à des éléments dans un système de croyance et un processus de production du sens, mais à un moyen par lequel les contradictions et les irrationalités sont réajustées ou rendues inapparentes (Barrett 1980 : 87 ; Thomson 1995). Bien que les identités sociales et culturelles soient plus diversifiées et "pluralistes" dans la société moderne, la manière dont les agents de santé agissent face aux femmes vulnérables a été façonnée essentiellement par un ensemble particulier de discours hégémoniques. En outre, le stress et les contraintes que subissent les infirmières s'occupant des centres de santé surchargés, la violence à différents niveaux, les restrictions budgétaires, et la tension que ceci représente, peuvent être combinés pour provoquer une démotivation de nombreux agents de santé.

La prévention du sida renvoie à des questions médicales, sociales, et relatives au genre. Alors que l'inscription selon le genre prend partout le corps sexué féminin et masculin comme cible et comme moyen d'expression, là où les questions clés pour les femmes sont censées être exclusivement la reproduction et la "maternité", faisant partie intégrante de "l'idéologie de la famille", il y a chevauchement entre le sexe biologique et le genre (Guillaumin 1989). Un volume croissant de travail a été réalisé par les femmes africaines sur ces questions. Ce développement a été significatif au cours des vingt dernières années (Baylies *et al.* 1993). Dans chaque culture, le corps n'est pas seulement un "texte", comme les philosophes l'ont écrit ; c'est aussi un lieu de contrôle social pratique, direct. Ceci implique inévitablement des notions conflictuelles de droits collectifs, de droits individuels, et de droit relatif au genre ; là, les droits associés à la citoyenneté attirent d'abord l'attention sur les droits individuels.

Ces représentations, le pouvoir qu'elles véhiculent, et les discours concurrentiels (Levett *et al.* 1997) continueront à être combattus par un militantisme démocratique (Williams 1992 ; Walby 1994 ; Gouws 1999 ; Lewis 1999 ; Friedman 1999). Mais il est fort probable que les droits des femmes les plus pauvres ne seront pas réexaminés dans le cadre de la politique néo-libérale et des priorités des programmes gouvernementaux actuels sud-africains (Azeldah 1996 ; RSA Government 1997), alors que la pauvreté rurale des femmes était une préoccupation du Programme de Reconstruction et

du Développement (ANC 1994). Cette stratégie économique pourrait avoir les mêmes effets négatifs pour les femmes et les enfants que les programmes d'ajustement structurel imposés par la Banque Mondiale (Due *et al.* 1991 ; Elson 1992 ; Kanji *et al.* 1993 ; Sparr *et al.* 1994). Un autre problème est le paradigme vertical de la santé. Alors que, officiellement, la priorité a été donnée en Afrique du Sud à la restructuration des services de santé de première ligne, dans un cadre qui se veut désormais davantage participatif, il reste un long chemin à parcourir.

Il a été dit que le VIH/Sida représentait un "challenge" puissant pour l'ingéniosité des scientifiques cherchant un vaccin. Il l'est aussi pour l'autorité que les professionnels de santé ont acquise vis-à-vis de leurs patients, dans une certaine continuité historique, et pour la construction sociale du corps reproductif.

« Que le sens du sein varie selon le temps et le lieu ne devrait pas être surprenant [...]. Le sein a été, et continuera à être, l'origine des valeurs de la société. Avec le temps, il a assumé et porté des nuances différentes chargées de prétextes religieux, érotiques, physiques, psychologiques, et commerciaux [...]. Comme le sein a été le signifiant [...] de la vie et de l'acte de nourrir, il est devenu le vaisseau de la maladie et de la mort. Le sein ne sera pas celui de nos ancêtres – parce que les femmes auront quelque chose à dire sur sa signification et son utilisation. » (Laloum 1997 : 278).

Remerciements

Cette recherche a été financée par l'ANRS (Agence nationale de recherches sur le sida), Paris, en 1998-1999. Ce travail a été réalisé dans le cadre du Laboratoire Sociétés, Santé, Développement, Université Bordeaux II, Upres À 5036 CNRS, et accueilli par le Department of Paediatrics and Child Health, University of Natal, Durban. Une autorisation concernant les aspects éthiques a été obtenue auprès du Ethics Committee of the Medical School, University of Natal, Durban.

Références bibliographiques

African National Congress

1994 *National Reconstruction and Development Programme*.
Johannesburg, Umanyano Publications.

AHRTAG

1997 *Caring with Confidence. Practical information for health workers who prevent and treat HIV infection in children*. London, ARHTAG.

Azeldah A.

1996 From the RDP to GEAR : the gradual embracing of neo-liberalism in economic policy. *Transformations* 31 : 66-95.

Barrett M.

1980 *Women's Oppression Today : Problems in Marxist Thought*. London, Verso.

- Baylies C. et J. Bujra
1993 Challenging gender inequalities in Africa. *Review of african political economy* 56 : 3-10.
- Bekker S. (éd.)
1992 *Capturing the events. Conflict trends in the Natal region, 1986-1992*. Durban, Indicator SA issue focus.
- Bobat T., D. Moodley, A. Coutsooudis *et al.*
1997 Breastfeeding by HIV-1 infected women and outcome in their infants : a cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 11.
- Burns D.N. et L.M. Mofenson
1999 Paediatric HIV-1 infection. *Lancet* 354 (suppl II) : 1-6.
- Caplan P.
1988 Endangering knowledge : the politics of ethnography. *Anthropology Today* 14 (5) : 8-12 ; (6) : 14-17.
- Coovadia H.M. *et al.*
1996 *Consequences of maternal HIV-1 infection on ante-natal, perinatal and postnatal outcomes, with specific reference to the effects of breastfeeding on the mothers' and infants' health*. Wellcome Trust Proposal, n°4, Population Studies and Reproductive Health.
- Coutsooudis A., K. Pillay, E. Spooner *et al.*
1999 Influence of infant feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa. *Lancet* 353-354 : 471-476.
- Child Health Policy Institute
1997 *A review of the Literature on Breastfeeding : Implications for Policy and Research*. University of Cape Town, Child Health Policy Institute.
- Department of Health
1997 *White paper for the Transformation of the Health System in South Africa*. Government Gazette 17910, 16 April.
- Desclaux A.
1994 Le silence comme politique de santé publique ? Allaitement maternel et transmission de VIH. *Sociétés d'Afrique et Sida* 6 : 2-4.

- Due J.M. et C.H. Gladwin
1991 Impacts of structural adjustment programs on African women farmers and female headed-households. *American Agricultural Economics Association* 73 (5) : 1431-1349.
- Elson D.
1992 « Structural adjustment : Its effect on Women ». In : T. Wallace et C. March (éds.) *Changing Perceptions* : 39-56. Oxford, Oxfam.
- Evian C.
1998 *Policy Guideline and recommendations for feeding on infants of HIV positive mothers*. Report prepared for the Breastfeeding Task Group and for the HIV/AIDS and STD Directorate, Pretoria.
- Evian C. *et al.*
1993 *Primary AIDS Care*. Johannesburg, Jacana Editions.
- Foucault M.
1973 *The Birth of the Clinic : an archaeology of medical perception*. London, Tavistock.
1976 *The History of Sexuality : an introduction*. London, Penguin Books.
1980 *Power/Knowledge : Selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York, Pantheon.
1989 *The Archaeology of Knowledge*. London, Routledge.
- Fraser N.
1989 *Unruly practices : Power, discourse and gender in contemporary social theory*. Cambridge, Polity Press.
- Friedman M.
1999 Effecting equity : translating commitment into practice. *Agenda Monograph* : 3-17.
- Gaitskell D.
1982 « Waiting for Purity ». In : Marks S. et S. Rathbone (éds). *Industrial and Social Change in South Africa*. London, Longmans.
- Gaitskell D. et E. Unterhalter
1989 « Mothers of the nation : a comparative analysis of nation, race and motherhood in Afrikaaner nationalism and the African National Congress ». In : Yuval-Davies N. et F. Anthias (éds). *Women-Nation-State*. London, Macmillan.

Gouws A.

1999 Beyond the equality and difference : the politics of women's citizenship. *Agenda* 40 : 54-65.

Gray G., H. Salojee et J. McIntyre

1994 Breastfeeding and HIV transmission. *AIDS Bulletin* 3 (1).

Gray G., J.A. McIntyre, S.F. Lyons

1996 *The effect of breastfeeding on vertical transmission of HIV-1 in Soweto, South Africa*. Proceedings of the XI International Conference on AIDS, Vancouver, July 7-12 1996 (Abstract # Tu.C.342).

Guay L.A. *et al.*

1999 Intrapartum and neo-natal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda : HIVNET 01 randomised trial. *Lancet* 354 : 759-802.

Guillaumin C.

1981 The practice of power and belief in Nature. 1 : The appropriation of women ; 2 : Naturalist discourse. *Feminist Issues* 1 (2) : 3-28 ; 1 (3) : 87-109.

1995 *Racism, Sexism, Power, and Ideology*. London, Routledge.

Hassim S.

1992 *Family, Motherhood and Zulu Nationalism : The Politics of the Inkhata Women's Brigade*. Durban.

Jewkes R. *et al.*

1998 Why do nurses abuse patients ? Reflections from South African obstetric services. *Social Science and Medicine* 47 (11) : 1781-1795.

Kanji N. et N. Jazdowska

1993 Structural adjustment and women in Zimbabwe. *Review of African Political Economy* 56 : 11-26.

Karim Q.A. *et al.*

1992 Teenagers seeking condoms at family planning services. *South African Medical Journal* 82 : 356-359.

Kuhn L. et Z. Stein

1997 Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less developed countries. *American Journal of Public Health* 87 (6) : 926-931.

Laloum M.

1997 *A History of the Breast*. London and New York, Harper Collins.

Levett A., A. Kottler, E. Burman *et al.*

1997 *Culture, power and difference - Discourse analysis in South Africa*. London and New Jersey, Zed Books.

Lewis D.

1999 Gender myths and citizenship in two autobiographies by South African Women. *Agenda* 40 : 38-44.

Maher V.

1996 « Breastfeeding and maternal depletion ». In : V. Maher (éd.), *The anthropology of breastfeeding. Natural Law or Social Construct ?* : 151-180. London, Berg.

Mare G.

1992 *Ethnicity and politics in South Africa*. London, Zed Books.

Marks S.

1998 *Divided sisterhood. Race, class and gender in the South African nursing profession*. Johannesburg, University of Witwaterstrand Press.

May J.

1998 *Poverty and inequality in South Africa*. Report prepared for the Office of the Deputy President and the Inter-Ministerial Committee for Poverty and Inequality, Pretoria (Zed Press, à paraître).

McIntyre J.

1997 *Report back on the Ghent Working Group on Mother-to-Child transmission of HIV-1 : Affordable options for the prevention of mother to child transmission of HIV-1 from research to clinical care.*, Conference, National AIDS Programme and Perinatal HIV Research Unit, 19-20 November 1997, Johannesburg.

McIntyre J. et G. Gray

1998 The feasibility of short-course anti-retroviral therapy for the prevention of mother-to-child transmission in Soweto, South Africa. *AIDS Bulletin* 7 (2) : 31.

Medical Research Council

1998 *Summary results of the eight national survey of women attending antenatal clinics of the public health services in South Africa in 1997*. MRC, Durban.

Meintjes S.

- 1998 « Gender, nationalism and transformation : difference and commonality in South Africa's present and future ». In : R. Wilford et R.L. Miller (éds.), *Women, ethnicity and nationalism* : 62-86. London, Routledge.
- Moore H.L.
 1988 *Feminism and Anthropology*. Cambridge, Polity Press.
 1994 *A Passion for Difference*. Cambridge, Polity Press.
- Msellati P., G. Hingst, F. Kaba *et al.*
 2000 *Projet Interim UNICEF 1998-1999. Phase intermédiaire entre un projet de recherche (essai ANRS 049) et un programme de Santé Publique dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH-1. Rapport final*, Abidjan, Côte d'Ivoire. Janvier 2000.
- Pillay K.
 1996 *Breastfeeding Choices for the HIV seropositive mother*. Report of an international Workshop, Durban (May 20-21).
 1999 *HIV and infant feeding choices*. Communication à la HIV Update Conference, Durban, April 1999.
- RSA Government
 1997 *Growth, Employment and Distribution, A Macro-Economic Strategy (GEAR)*. Department of Finance, Pretoria.
- Seidel G.
 1993 The competing discourses of AIDS in Africa. *Social Science and Medicine* 26 (3) : 175-194.
 1996 Confidentiality and HIV status in KwaZulu-Natal : implications, resistances, challenges. *Health Policy and Planning* 11 (4) : 418-427.
 1998 Making an informed choice – discourses and practices surrounding breastfeeding and AIDS in South Africa. *Agenda* 39 : 645-681.
 1999 « Stories to optimise care for HIV+ women and extending the gendered rights' discourse, with illustrations from a pilot study in rural KwaZulu-Natal ». In : C. Becker, J.P. Dozon, M. Touré, C. Obbo (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique* : 475-491. Paris, Codesria/IRD/Karthala.
- Seidel G. et R. Coleman
 1999 « HIV, gender, support and uses of storytelling in rural KwaZulu-Natal ». In : P. Aggleton, G. Hart, P. Davies (éds.), *Families and Communities Responding to AIDS*. London, UCL Press.
- Seidel G., V. Sewpaul et B. Dano
 2000 Experiences of breastfeeding and vulnerability among a group of HIV+ women – discussions with a peer support group of HIV+

mothers at King Edward Hospital, Durban. *Health Policy and Planning* 15 (1) : 24-33.

Sparr P. (éd.)

1994 *Mortgaging Women's Lives. Feminist Critiques of Structural Adjustment*. London, Zed Press.

Tallis V.

1997 *An exploratory investigation into the psycho-social impact of an HIV positive diagnosis in a small sample of pregnant women, with special reference to KwaZulu-Natal*. MA Thesis, Department of Social Work, University of Natal, Durban.

1998 *The psycho-social impact of HIV on pregnancy*. Abstract 24237, Twelfth World AIDS Conference, Geneva.

Temmerman M. *et al.*

1995 The right not to know HIV test results. *Lancet* 345 : 969-970.

UNAIDS/WHO/UNICEF

1998 *Consensus statement on HIV and infant feeding*. April 27, Geneva.

WHO/UNICEF

1992 *The global criteria for the WHO/UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative*. Geneva.

Walby S.

1994 Is citizenship gendered ? *Sociology* 28 (2) : 379-396.

Williams S.

1992 « From "Mothers of the Nation" to Women in their own Right : South Africa Women in the Transition to Democracy ». In : T. Wallace et C. March (eds.), *Changing Perceptions* : 118-131. Oxford, Oxfam.

Wood K. *et al.*

1997 *Adolescent sex and contraceptive experience : perspectives of teenagers and clinic nurses in the Northern Province*. Pretoria, CERSA Women's Health, MRC.