

(Extrait de **Alice Desclaux et Bernard Taverne**, *Allaitement et VIH en Afrique*, 566 p. Tous droits réservés)

Chapitre XIX

Perspectives de prévention en Afrique de l'Ouest

Alice Desclaux, Bernard Taverne¹

En juin 1998, l'ONUSIDA, en collaboration avec l'UNICEF et l'OMS, édite un ensemble de guides de recommandations concernant l'alimentation du jeune enfant dans le contexte du VIH (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998a, 1998b, 1998c). Ces recommandations présentent les grands principes sur lesquels doivent se fonder les stratégies préventives, les questions auxquelles les "décideurs" et les responsables sanitaires doivent faire face, les étapes de la planification et de la mise en oeuvre des programmes préventifs, et les options concernant l'alimentation de l'enfant. L'approche repose sur la prise en compte des connaissances épidémiologiques disponibles, du cadre logique régissant les programmes de lutte contre le sida, d'éléments de connaissance concernant les options alimentaires pour les nourrissons, et des présupposés en termes de droits sur lesquels les programmes devront se baser. Les recommandations sont suffisamment générales pour pouvoir être pertinentes dans tous les contextes : au Nord et au Sud, dans des pays de prévalence haute ou basse, aux ressources sanitaires limitées ou suffisantes, aux

¹ Ce chapitre prend en compte les contributions de tous les auteurs de cet ouvrage.

sociocultures les plus diverses.

Pour conduire des interventions de santé publique dans une région ou un pays à partir des recommandations de l'ONUSIDA, ces dernières doivent être confrontées au contexte épidémiologique, sanitaire et socioculturel, de cette région ou de ce pays. Ce chapitre propose une adaptation de ces recommandations sur la base des données exposées dans les parties précédentes de cet ouvrage. Il s'appuie sur l'évaluation de la situation au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire ; mais au-delà d'une application à une socioculture donnée, ce travail permet d'enrichir la réflexion concernant l'adaptation des recommandations aux autres contextes sociaux et culturels de l'Afrique de l'Ouest.

En introduction, sont rappelés le cadre théorique de la prévention et des principes de sa mise en oeuvre tels qu'ils sont définis par l'ONUSIDA. Sur cette base, notre réflexion comprend ensuite quatre volets :

- l'examen des mesures préventives qui ont été proposées (alimentation de l'enfant et conseil en allaitement) ;
- l'analyse des stratégies de santé publique nécessaires en préalable à la mise en oeuvre de la prévention de la transmission par l'allaitement ;
- l'analyse des stratégies de prévention de la transmission par l'allaitement et celle des obstacles pressentis par les épidémiologistes et professionnels de santé publique ;
- enfin, l'examen des pistes actuelles pour la prévention.

L'approche de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

Pour l'ONUSIDA, l'approche de la transmission du VIH par l'allaitement doit être intégrée dans une approche plus globale de la prévention du VIH. La prévention de la transmission mère-enfant doit être basée d'abord sur la prévention primaire de l'infection chez les femmes en âge de procréer. Cette prévention comporte une série de mesures :

- « - le développement et la promotion des services de conseil et de dépistage VIH qui respectent le consentement éclairé et la confidentialité

- le renforcement des services de soin anténatal notamment dans le domaine du VIH
- la mise en place d'interventions de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant
- le renforcement des services de planification familiale
- la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel qui est le meilleur choix alimentaire pour les enfants de femmes non infectées par le VIH et de statut sérologique inconnu
- la prévention des pressions commerciales en faveur de l'alimentation aux substituts du lait maternel »².

Toujours selon l'ONUSIDA, les interventions qui permettent de réduire la transmission de la mère à l'enfant lorsque la séropositivité de la mère est connue comprennent les mesures suivantes :

- « - le traitement par les antirétroviraux (ARV). L'efficacité des ARV a été démontrée chez des enfants qui n'étaient pas allaités mais l'efficacité en cas d'allaitement maternel est encore inconnue.
- une réforme des soins obstétricaux, incluant la restriction du recours à des méthodes invasives pour réduire l'exposition de l'enfant au sang de la mère infectée. Ces mesures peuvent être mises en place pour toutes les femmes, quel que soit leur statut sérologique, donc avant que les services de conseil et de dépistage soient fonctionnels partout.
- le recours à des alternatives à l'allaitement. Les femmes ont besoin de conseil à propos de l'alimentation de leur enfant et de soutien lorsqu'elles ont pris leur décision. Elles peuvent avoir besoin d'aide pour les alternatives à l'allaitement si elles choisissent de ne pas allaiter.

D'autres possibles interventions à l'étude et qui peuvent être bénéfiques pour les femmes infectées et les femmes non-infectées par le VIH comprennent :

- la supplémentation en vitamine A dans les zones de prévalence du déficit en vitamine A
- la désinfection de la filière vaginale à la chlorhexidine pendant

² UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 : p. 5-7. Traduction A. Desclaux.

le travail et l'accouchement. »³

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement repose donc sur une palette d'interventions qui concernent des niveaux différents du système de soin. Sur ces bases, le groupe de Gand a proposé un ensemble de mesures de santé publique "intégrées", applicables dans les pays en développement (Dabis *et al.* 2000 : 39). Ces mesures sont les suivantes⁴ :

- « 1 Définir une stratégie optimale et spécifique à chaque pays associant des interventions spécifiques au VIH et le renforcement des soins de santé maternelle et infantile.
- 2 L'objectif fondamental de cette stratégie intégrée devrait être de réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles de manière globale.
- 3 Un régime court de traitement antirétroviral et d'autres moyens de prévention de la transmission verticale devraient être pris en compte maintenant, notamment dans les zones de prévalence du VIH élevées.
- 4 Le dépistage volontaire du VIH et le conseil doivent être largement disponibles pour les femmes.
- 5 Des programmes pilotes doivent être progressivement mis en place et des projets de recherche opérationnelle démonstratifs doivent être conduits.
- 6 Les stratégies appropriées concernant les options alimentaires pour l'enfant doivent être utilisées et évaluées.
- 7 Des recherches complémentaires sont nécessaires concernant la transmission postnatale du VIH par l'allaitement et d'autres problèmes non résolus (effets à long terme des traitements antirétroviraux, orphelins...)
- 8 Pas de discrimination dans la prise en charge des femmes enceintes séropositives au VIH.
- 9 Améliorer les "standards de soin" pour les enfants nés de mères infectées par le VIH et promouvoir leur utilisation.
- 10 Prévenir la transmission mère-enfant implique l'engagement à

³ UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 : 6.

⁴ Traduction A. Desclaux.

long terme des donateurs, des gouvernements et des professionnels de santé en faveur des conditions de vie de chaque individu et chaque famille. »

L'évaluation de la situation locale

Pour choisir des stratégies appropriées et définir les modalités de leur mise en oeuvre, il est nécessaire d'évaluer "la situation locale". Le type d'informations à recueillir pour cela est ainsi défini dans le guide d'ONUSIDA destiné aux "décideurs" (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998a) :

« L'évaluation de la situation doit reposer sur :

- *L'identification des parties intéressées et des acteurs clés - tels que les experts et les ONG qui interviennent dans le domaine de l'allaitement, les agents de santé des hôpitaux "amis des bébés", les producteurs d'aliments pour les enfants appartenant par exemple à l'industrie des produits laitiers, les pédiatres, les nutritionnistes, ceux qui travaillent dans le champ du VIH/sida, les logisticiens - et des rôles qu'ils pourraient jouer dans la mise en place d'une stratégie. Les producteurs et distributeurs de produits d'alimentation infantile ne devraient pas décider des stratégies mais contribuer à leur mise en pratique effective.*
- L'estimation du nombre de mères et d'enfants susceptibles d'être affectés, basée sur la prévalence du VIH, la population et le taux de fertilité,
- *L'évaluation du degré de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, et les éventuelles barrières sociales et culturelles au conseil et au dépistage ainsi qu'aux alternatives à l'allaitement maternel,*
- L'évaluation de la fréquentation des services prénataux, de planification familiale et des services proches qui peuvent offrir la possibilité d'accéder à un conseil et dépistage VIH aux futurs parents,
- Combien y a-t-il d'hôpitaux "Amis des Bébé" ? Peuvent-ils être impliqués dans la mise en place du conseil et du dépistage VIH, et dans le conseil concernant les alternatives à

l'allaitement maternel ?

- La disponibilité du conseil et du dépistage VIH anonyme et volontaire,
- Un état des lieux des pratiques d'allaitement incluant :
 - les taux d'allaitement maternel
 - la disponibilité et le coût (relativement aux revenus des familles) des alternatives à l'allaitement et de la supplémentation en micronutriments,
 - la morbidité et la mortalité associées à l'allaitement artificiel,
- L'accès des familles à l'eau potable, à la sanitation et au pétrole pour apprécier la faisabilité de la préparation d'aliments de remplacement,
- L'estimation des quantités de substituts du lait maternel nécessaires pour les femmes infectées par le VIH, compte tenu de la prévalence locale du VIH, des taux de fertilité, et de l'acceptabilité attendue du dépistage VIH,
- La disponibilité des financements. Plutôt que réorienter des ressources antérieurement consacrées aux programmes sanitaires pour la mère et l'enfant, les décideurs devraient utiliser cette opportunité pour intégrer ces nouvelles tâches (conseil et dépistage VIH, conseil en alimentation infantile pour les mères infectées) pour renforcer les soins maternels de base, le soutien à l'allaitement maternel, le soin aux enfants, les services de planification familiale et les services de soutien aux personnes infectées par le VIH »⁵.

Le travail présenté dans ce rapport, concernant le Burkina Faso et secondairement la Côte-d'Ivoire, apporte des informations concernant les points 1 et 3 (en italiques ci-dessus). Au-delà d'une simple évaluation préalable à l'utilisation d'un guide de planification préétabli, ces résultats permettent de dégager des notions pertinentes pour l'Afrique de l'Ouest, et de discuter les recommandations internationales.

⁵ UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 : 20.

Les mesures proposées

Les mesures préventives que nous analyserons concernent l'alimentation de l'enfant et le conseil en allaitement. Cette analyse est basée principalement sur l'étude des perceptions professionnelles et maternelles des options alimentaires, sur les débats autour du conseil en allaitement tenus au cours d'une réunion internationale de l'IBFAN-Afrique⁶, et sur les observations présentées dans les chapitres précédents.

Les options alimentaires pour l'enfant

Nous avons soumis les "options alimentaires" définies par l'ONUSIDA⁷ (à l'exception du recours aux lactariums, inexistantes en Afrique de l'Ouest) aux agents de santé des services de Santé Maternelle et Infantile du Burkina Faso⁸, et aux mères séropositives ayant participé au projet DITRAME à Abidjan et à Bobo-Dioulasso⁹. Chaque agent de santé et chaque femme rencontré(e) devait se prononcer, sur la base de son expérience, à propos de la faisabilité, l'accessibilité et l'acceptabilité de chaque mesure, et sur les conditions nécessaires pour qu'elle puisse être mise en place sans générer de risque sanitaire supplémentaire. Les données présentées correspondent donc à des perceptions, non à des pratiques ; elles ont été recueillies en l'absence de tout programme favorisant l'accès aux substituts du lait maternel.

⁶ Première Réunion Régionale IBFAN-FAN (International Baby Food Action Network, Réseau Afrique francophone), sur le thème "Allaitement et sida/Breastfeeding and HIV", 26 au 30 juillet 1999, Ouagadougou.

⁷ Cf. chapitre II.

⁸ Concernant la méthode, voir chapitre XI.

⁹ Concernant la méthode, voir chapitre XIV.

Perceptions des propositions ONUSIDA par les agents de santé et les mères

1. Le rejet du colostrum

Cette mesure paraît d'autant plus faisable aux agents de santé qu'elle est encore spontanément pratiquée par une partie des femmes qui accouchent chez elles. Elle ne pose pas de problème majeur de surcoût, et n'exige pas d'investissement supplémentaire en temps. Cette mesure nécessite cependant que des substituts du lait maternel soient utilisés pendant les premières 72h., ce qui exige de mettre en place une alimentation de substitution là où a lieu l'accouchement (service hospitalier d'obstétrique, Centre Médical avec Antenne chirurgicale, Centre de Santé et de Promotion Sociale). Ceci suppose que les services de santé puissent fournir les substituts du lait maternel, l'équipement et le matériel pour les préparer, faute de quoi le nourrisson pourrait ne recevoir que de l'eau pendant les deux à trois premiers jours, ce qui est fréquent hors du contexte du VIH. Dans ce cas, l'hospitalisation serait nécessaire, ce qui pourrait être favorable aux femmes dans un contexte sanitaire où la mortalité maternelle est importante. Le risque de stigmatisation par l'entourage serait alors limité aux personnes rencontrées dans ces services. Cependant, cette mesure semble peu acceptable pour les soignants, qui, depuis 1992, enseignent aux femmes qu'il faut donner le colostrum. Ils déclarent : « *C'est un problème de contradiction* », « *Maintenant qu'on a les affiches un peu partout pour dire qu'il ne faut pas le jeter, comment on va faire ?* », « *Cela ne va pas poser de problèmes aux femmes, mais aux agents de santé* ». La mesure est d'autre part perçue comme insuffisante pour fonder une stratégie, car elle paraît susceptible, au mieux, de réduire le risque de transmission de quelques points.

Pour les femmes, qui ont entendu les messages répétés pendant les séances d'IEC [information, éducation, communication] le colostrum est utile parce que, du fait de sa "toxicité", il permet de purger le nouveau-né du méconium, et parce qu'il contient des vitamines. Même si les propos des agents de santé ont été réinterprétés et si leurs injonctions n'ont pas été immédiatement suivies de changements dans les pratiques, ces discours ont été "intégrés" et, contrairement à ce que pensent certains soignants, il serait bien difficile de revenir à l'état antérieur des représentations. Aussi l'acceptation de cette mesure nécessitera des explications claires. De plus, les femmes se demandent ce qu'elles pourront donner au nouveau-né en remplacement du "premier lait" : les substituts du lait maternel ont été tellement critiqués qu'elles ne les évoquent pas, même pour une utilisation en milieu hospitalier. A Abidjan, le regard des soignants et les critiques éventuelles semblent peu gênants car les femmes qui se sont exprimées n'ont passé que quelques heures à l'hôpital après l'accouchement.

2. L'alimentation aux substituts du lait maternel

Pour les agents de santé, l'utilisation des substituts du lait maternel semble très difficile dans les conditions actuelles, et nécessite des pré-requis tels que le fait de subventionner les substituts, voire de l'équipement et du matériel nécessaires, et la mise en place d'un suivi sanitaire de l'alimentation du nourrisson. Cette difficulté tient aux risques sanitaires infectieux et nutritionnels lorsque les conditions ne sont pas remplies pour assurer l'hygiène de la préparation et de la conservation du lait, qu'il soit donné à l'enfant avec un biberon ou une tasse. Ce risque sanitaire est socialement déterminé : il dépend du niveau d'équipement et des revenus du foyer, de la disponibilité et de la compétence de la mère ou de la personne qui s'occupe de l'enfant. Pour les agents de santé, il s'agit donc de repérer quelles sont les mères qui pourront mener à bien cette alimentation sans prendre de risque. Ce "diagnostic social" suppose de bien connaître la femme et ses conditions de vie, ce qui nécessite *a priori* une première visite à domicile. Du point de vue des soignants,

l'utilisation des substituts du lait maternel semble *a priori* peu acceptable pour les femmes tant le "lait des Blancs" est perçu comme insuffisant pour un bon développement de l'enfant. Mais la majorité des agents de santé estiment que cette mesure est la meilleure et serait la plus appréciée des mères, car elle est la seule qui permette d'être sûr que la transmission n'aura pas lieu. C'est d'ailleurs la mesure que 13 agents de santé sur 18 choisiraient pour eux-mêmes s'ils se trouvaient dans cette situation. Pour les soignants, ce mode d'alimentation est accessible à condition que les substituts du lait maternel soient fournis par les services de soin ; sinon, les parents risqueraient d'utiliser des laits en poudre non maternisés. Il est acceptable à condition qu'il soit possible d'exercer un suivi régulier de l'enfant, basé sur des démonstrations et une visite à domicile préliminaires à l'utilisation des substituts du lait maternel, suivies de visites régulières complétant les consultations de nourrissons de SMI mensuelles. Du fait de son efficacité, cette mesure apparaît aux agents de santé comme une stratégie majeure qu'il est nécessaire de rendre accessible, tout en assurant les conditions de sa sécurité.

Du point de vue des mères, cette mesure est à la fois la plus acceptable pour elles parce qu'elle annule le risque, et la moins faisable du fait des aspects économiques, des risques sanitaires, et parce qu'elle est soumise au regard des autres. Les perceptions de cette mesure ne sont cependant pas dénuées d'ambivalence, car les femmes pensent que les "laits artificiels" n'ont pas les qualités du lait maternel : même si un enfant se développe correctement sur le plan pondéral, on ne peut être certain qu'il aura acquis la "force" que lui aurait donnée le lait humain. Il est cependant difficile de faire la part, dans ces représentations, de ce qui relève d'une rationalisation dans une situation où les femmes qui se sont exprimées ne pouvaient pas utiliser les substituts du lait maternel pour des raisons économiques. Il est possible que de telles représentations soient labiles lorsque les substituts seront disponibles. Les craintes concernent aussi des aspects matériels tels que la qualité du produit utilisé ou la capacité des femmes à préparer le lait correctement – interrogations qui n'apparaissent pas à Abidjan, où quelques femmes ont nourri leur enfant aux substituts du lait maternel en étant suivies par l'équipe soignante.

3. L'extraction et la stérilisation du lait maternel

Certains agents de santé ont l'expérience de l'expression du lait maternel avec un tire-lait dans quelques cas exceptionnels d'abcès du sein, ou, sur de plus longues périodes, chez des femmes qui travaillent et ne peuvent allaiter l'enfant au sein au cours de la journée. La mesure leur semble possible, mais difficile ; c'est surtout la stérilisation du lait qui leur semble poser des problèmes matériels. Comme pour l'utilisation de laits animaux ou de substituts du lait maternel, chauffer le lait exige du temps et des moyens pour acheter le combustible. Dans le cas particulier du chauffage du lait maternel, la précision nécessaire, qui exige l'emploi d'un thermomètre si la mère n'a pas de réfrigérateur, semble difficile pour les mères illettrées. Il faut de plus se procurer un tire-lait, ustensile onéreux, qui devrait être mis à la disposition des mères (éventuellement en location) par les services de soin qui devraient également assurer les démonstrations et le suivi des enfants, notamment à domicile. La manipulation d'un liquide extrait du corps peut être perçue comme le médium d'une attaque sorcellaire, et la stérilisation du lait après extraction pourrait être peu acceptable, pour cette raison, aux yeux des "femmes de la brousse". Pour les agents de santé, cette mesure n'a d'intérêt que parce que le lait maternel est toujours disponible, ce qui n'est le cas ni des laits animaux ni des substituts du lait maternel. Mais le traitement par la chaleur et l'utilisation de la tasse ou du biberon éliminent les anticorps, les "vitamines" et la "chaleur de l'allaitement au sein", qui constituent la supériorité de l'allaitement maternel sur les autres modes d'alimentation du nourrisson. Dans ce cas, les bienfaits du lait maternel ne sont plus suffisants pour prendre le risque d'une transmission du VIH toujours possible compte tenu de la précision technique exigée par la manipulation. Du fait de sa complexité technique, cette mesure apparaît aux agents de santé

comme secondaire, mais cependant adaptée à des cas particuliers de femmes qui disposent des moyens matériels nécessaires.

Les femmes considèrent que cette pratique n'est pas acceptable, parce qu'elle est difficile, qu'elle nécessite du temps, que les qualités du lait humain disparaissent quand on le chauffe, et que cette mesure n'échappe pas au regard des autres. Cependant, aucune des femmes qui se sont prononcées n'avait essayé de "tirer le lait".

4. L'utilisation de lait animal

L'utilisation du lait animal est bien accueillie par les soignants pour les femmes qui vivent en brousse, « là où il y a des Peul » [donc du lait]. Certains agents de santé citent des cas d'enfants nourris de cette façon qu'ils ont suivis. Les mêmes limites et conditions inhérentes à la nécessité de faire bouillir le lait, déjà énoncées pour les deux mesures précédentes, sont perçues pour le lait animal. Si cette dernière mesure semble un peu plus acceptable socialement que les deux autres, exceptionnellement pratiquées jusqu'à présent, elle n'en demeure pas moins une mesure délicate, qui demande une manipulation du lait exigeant un apprentissage auprès des services de santé. Du fait de la disponibilité limitée des laits animaux, cette mesure apparaît aux agents de santé comme adaptée à des cas particuliers, concernant notamment des femmes vivant en brousse.

L'utilisation des laits animaux est très peu acceptée par les femmes d'Abidjan ; elle l'est un peu davantage à Bobo-Dioulasso. Les perceptions des femmes y sont relativement similaires, considérant que le lait animal n'apportera pas à l'enfant les qualités qui lui sont nécessaires pour devenir pleinement humain. Les aspects matériels, notamment l'hygiène et la conservation du lait, s'ajoutent à ces perceptions pour justifier les réticences quasi généralisées à Abidjan.

5. Le recours à une nourrice

Le recours à une nourrice ne semble possible aux agents de santé qu'à la condition que celle-ci soit une parente de la mère. Mais dans le cas du VIH la nécessité de pratiquer le dépistage auprès de la nourrice restreint encore les possibilités. De plus, les agents de santé pensent que les femmes refuseront d'allaiter l'enfant si elles savent que le problème de santé en cause a trait au VIH, car elles auront peur que l'enfant ne les contamine. Pour toutes ces raisons, et parce qu'avoir recours à une nourrice lorsque la mère est vivante est très difficilement acceptable, la grand-mère maternelle – et peut-être, dans certaines ethnies, la grand-mère ou une tante paternelle – sera la seule nourrice possible. Ceci pose le problème des conditions de la relactation et de son efficacité biologique. Mais cette mesure vient, comme l'éviction du colostrum, contredire des messages d'éducation sanitaire des années précédentes : « On disait que les vieilles ne devaient plus allaiter à cause de la tuberculose. Elles étaient très touchées par la tuberculose ». Pour améliorer l'acceptabilité du recours à une nourrice en présence de la mère, une sage-femme propose de tirer le lait de la nourrice pour que la mère puisse nourrir l'enfant à la tasse ou au biberon. Cette proposition ne permet pas d'éviter le dépistage du VIH chez la nourrice, qui pourrait être difficilement acceptable. Cette mesure apparaît donc aux agents de santé comme ayant des indications très restreintes, applicable aux seules femmes qui ont des relations très étroites avec leur mère, belle-mère ou belle-soeur.

Cette mesure ne semble pas davantage acceptable aux femmes d'Abidjan et Bobo-Dioulasso que la mesure précédente. Pour justifier la sollicitation auprès d'une femme autre que la mère, il faudra trouver un prétexte si la mère ne veut pas dévoiler sa séropositivité, car le "don" d'un enfant à une mère de substitution alors que la mère est vivante et semble bien portante est lu socialement comme un abandon de l'enfant. Même dans le cas où des femmes pensent qu'elles auraient pu

solliciter leur propre mère, les questions que cela aurait généré leur ont paru insurmontables. Dans ce cas aussi, elles n'ont pas voulu prendre le risque social de dévoiler leur séropositivité, et, plus encore, d'évoquer avec leur parente la nécessité de faire le test de dépistage du VIH.

6. La réduction de la durée d'allaitement

Cette mesure apparaît à la majorité des agents interrogés comme la plus faisable, même si elle suppose de réduire de près de 19 mois la durée moyenne de l'allaitement à Bobo-Dioulasso. Le relais, au moment du sevrage, par des bouillies enrichies éventuellement complétées par du lait artificiel, leur semble comporter peu de risques nutritionnels, à la condition que les nourrissons soient suffisamment suivis. L'acceptabilité d'une telle mesure pour la mère et son entourage n'est pas beaucoup plus favorable que celle des substituts du lait maternel, tant il est ancré dans les représentations que l'enfant doit être allaité au moins jusqu'à ce qu'il ait fait ses premiers pas. Mais à cet âge, une "stratégie de communication" peut être mise au point entre les soignants et la mère pour que celle-ci soit protégée des questions gênantes auxquelles il est plus difficile de faire face dans les premiers mois de vie de l'enfant. A six mois, le nourrisson est considéré par les soignants comme suffisamment "assuré" pour poursuivre sa croissance sans lait maternel. Mais l'absence d'efficacité absolue en terme de réduction de la transmission du VIH de cette mesure, qui apparaît comme l'option "faute de mieux", empêche de la considérer comme une stratégie totalement acceptable pour les agents de santé.

Pour les femmes d'Abidjan, cette mesure est socialement acceptable et peut être défendue par la mère vis-à-vis de son entourage ; mais elle ne protège pas l'enfant suffisamment. A Bobo-Dioulasso, il semble que sevrer l'enfant à six mois nécessiterait les mêmes précautions sociales (justification des motifs, stratégies d'évitement, etc.) que l'absence totale d'allaitement. Le coût de toutes les alternatives au lait maternel, seul aliment gratuit, est encore évoqué à cet âge.

Les perceptions des agents de santé

Ni les agents de santé ni les mères ne sélectionnent *a priori* l'une des options alimentaires proposées à l'exclusion des autres. Les agents de santé distinguent un certain nombre de facteurs qui indiquent préférentiellement telle ou telle mesure pour chaque femme : contexte rural ou urbain, disponibilité du lait animal, capacités du système de soin à mettre en place un appui pour telle ou telle mesure, niveau de "compétence" de la mère, équipement du foyer, disponibilité d'une grand-mère susceptible de jouer le rôle de "mère nourricière". Certains d'entre eux proposent aussi des mesures panachées qui combinent les avantages, telles que l'allaitement par une mère nourricière pendant les 72 premières heures, ou l'extraction du lait d'une mère nourricière qui sera ensuite donné à la tasse ou au biberon par la mère biologique (c'est d'ailleurs là le principe des banques de lait développées sur d'autres continents...).

Le choix des agents de santé est *a priori* marqué par une approche réaliste, et ils se réfèrent souvent à leurs souvenirs

d'expériences personnelles lorsqu'ils se prononcent en faveur d'une mesure. Il est aussi remarquable que, pour les autres comme pour eux-mêmes, les agents de santé choisiraient les mesures qui leur semblent les plus efficaces en termes de prévention de la transmission mère-enfant, même si elles nécessitent des aménagements importants et sont peu accessibles. Les agents de santé soulignent le fait que la quasi totalité des mesures proposées, notamment celles qui nécessitent la stérilisation du lait (quel que soit son origine) et des ustensiles, exigent l'intervention d'un professionnel de santé avant leur mise en oeuvre et un suivi régulier de l'enfant, qui pourrait être basé sur des visites à domicile. Cette palette de mesures constituera le matériau du "conseil en allaitement".

Les avantages et limites de ces options alimentaires tels que les perçoivent les agents de santé peuvent être présentés sous la forme d'un tableau synoptique.

Avantages et limites des options alimentaires proposées par ONUSIDA. Perceptions des agents de santé du Burkina Faso

	Rejet du colostrum	SLM*	Extraction du lait	Laits animaux	Nourrice	Allaitement six mois
Faisabilité pour la mère	+++	+	-	+	--	++
Efficacité sur la transmission du VIH	?	+++	++	+++	+++	+
Risque sanitaire non VIH	-	--	-	?	++	-
Surcoût	+++	---	--	--	+++	+
Temps supplémentaire nécessaire	++	-	--	--	0	0
Disponibilité	++	+	+	+	-	++
Risque de stigmatisation	-	--	--	-	--	++
Acceptabilité sociale pour la mère	+++	++	+	++	--	++
Acceptabilité pour les soignants	--	+	0	++	++	++
Acceptabilité pour l'entourage	++	-	-	-	-	++
Pré-requis concernant le système de soin	+	--	-	-	-	++

0 : indifférent ; + : favorable ; - : défavorable ; * Substituts du Lait Maternel

Les perceptions des femmes

Chaque mère s'est d'abord prononcée sur la faisabilité, l'accessibilité et l'acceptabilité de chaque mesure dans son propre cas. Les perceptions des mères diffèrent de celles des agents de santé chaque fois que les relations entre mères et agents de santé sont concernées. Ainsi, lorsque les agents de santé estiment que l'éviction du colostrum est faisable et acceptable pour les mères, elles-mêmes déclarent qu'il n'en est rien, non seulement parce qu'elles sont nombreuses à avoir "intégré" les représentations biomédicales favorables au colostrum, éventuellement en les réinterprétant, mais surtout parce qu'elles pensent qu'elles auront du mal à faire face aux injonctions des professionnels de santé à ce propos. Ceci renvoie au thème complexe des relations entre mères et agents de santé dans les services de soin, et à leurs dimensions multiples : le caractère autoritaire de la relation, la difficile gestion de la confidentialité concernant le VIH, la combinaison chez les agents de santé de la crainte et de l'empathie face aux personnes vivant avec le VIH, la complexité des relations lorsque plusieurs professionnels interviennent au moment et dans les suites de l'accouchement...¹⁰

Le point de vue des soignants, selon lequel il serait possible d'indiquer préférentiellement l'une ou l'autre des mesures selon le contexte social et sanitaire dans lequel vit chaque femme, ne concorde pas avec le point de vue des mères, selon lesquelles l'élément déterminant de la décision semble l'attitude du conjoint et de l'entourage, outre l'accessibilité des substituts du lait maternel. Aucune alternative à l'allaitement n'échappant au regard social, l'attitude des proches est évoquée de manière répétitive par les femmes. Ceci présume de l'importance du "conseil", tout en laissant pressentir les limites d'un conseil qui ne concernerait que la mère ou d'un conseil qui serait réalisé au cours d'un entretien unique, alors

¹⁰ Concernant les relations entre femmes et soignants dans les dispensaires et les services d'obstétrique et de santé maternelle et infantile en Afrique de l'Ouest, voir notamment Jaffré *et al.* 1993 ; Olivier de Sardan *et al.* 1999 ; Desclaux 1999, 2000.

que la mise en place des conditions sociales de la prévention apparaît comme un processus impliquant plusieurs personnes et pouvant nécessiter du temps.

Pour les agents de santé et pour les femmes, les options alimentaires proposées paraissent très hétérogènes du point de vue de leur faisabilité, disponibilité, accessibilité et acceptabilité. Les différences entre les représentations des mères et celles des agents de santé laissent préjuger de la difficulté du conseil en allaitement.

La définition du conseil en allaitement

L'ONUSIDA a publié des propositions longues et détaillées concernant le contenu du conseil en allaitement, assorties d'une revue des nombreux aspects matériels que nécessite le recours aux alternatives à l'allaitement maternel prolongé (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998b : 17-18). En 1999, le projet Linkages (USAID, Academy for Educational Development) propose une présentation simplifiée de ces recommandations.

Propositions concernant le conseil en allaitement

Ces propositions ont été reprises et publiées par l'IBFAN-FAN¹¹ (voir encadré).

Ces éléments d'orientation doivent permettre aux professionnels de santé d'adapter au mieux le "conseil" aux situations de chaque femme en fonction de son statut sérologique, du niveau des services de soin et de l'accessibilité des substituts.

Trois appréciations peuvent être portées sur ce "cadre logique".

La seconde appréciation concerne la nature du "conseil". Dans la culture de santé publique en matière de lutte contre le VIH/sida, le "conseil" correspond à un type d'intervention sanitaire assez spécifique, qui a été défini et précisé autour du dépistage VIH¹². Cette intervention suppose la création d'une relation entre conseiller et conseillée qui a été qualifiée de "horizontale" par opposition à une relation verticale autoritaire entre un professionnel de santé qui se considérerait comme "savant" et considérerait le patient comme "ignorant". Cette interaction doit comprendre une part importante d'écoute de la part du soignant et d'échange autour de la situation personnelle de la patiente, en complément à la part d'information délivrée par le soignant. Enfin, la dimension empathique de l'attitude du soignant est une composante essentielle, qui doit permettre

¹¹ Kanon S., 1999, *Orientations pour le conseil en allaitement*, Courrier de l'IBFAN n°5, avril-juin 1999, p. 10. Ce tableau est inspiré du document intitulé "Fiche de questions posées fréquemment sur l'allaitement et le VIH/sida" produit par le Projet Linkages.

¹² Voir notamment OMS 1991 ; Desclaux *et al.* 1997.

d'établir une relation de confiance, inscrite dans la durée. La présentation des "éléments d'orientation" de Linkages ne développe pas ces différents aspects, et propose une liste de directives qui peuvent être interprétées comme la délivrance de "conseils"¹³, émis au cours d'une consultation unique. Or, les résultats de nos enquêtes montrent combien la prise de décision, comme la mise en pratique des mesures de prévention, nécessitent un travail portant sur les relations entre la femme et son conjoint, la femme et son entourage, la femme et les professionnels de santé qu'elle devra consulter, pour qu'elle puisse faire accepter sa décision à ces personnes. Ce travail doit entrer dans les objectifs du conseil, qui peut permettre à chaque femme d'élaborer les stratégies les plus pertinentes pour elles. Ainsi, l'approche du "conseil en allaitement" proposée par Linkages devra être élargie, précisée, et bâtie sur d'autres bases relationnelles.

Éléments d'orientation pour le Conseil en allaitement dans le contexte du VIH	
Situations	Directives pour l'agent de santé
1 Statut sérologique méconnu - Tests confidentiels ne sont pas disponibles ou ne sont pas utilisés (on ne sait pas si la mère est séropositive)	- Promouvoir l'utilisation des tests - Promouvoir l'allaitement comme comportant moins de risques que l'alimentation artificielle - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH
2 Mère séropositive - Produits de remplacement disponibles, abordables et sans danger (Conditions de préparation réunies) - Soins de santé adéquats, disponibles, accessibles	- Utilisation de produits de remplacement comme comportant moins de danger - Aider les mères à choisir la méthode et le produit le plus adapté et le plus sain - Promouvoir l'allaitement pour le reste de la population - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH

¹³ Au sens commun du terme, c'est-à-dire d'avis donnés par celui qui sait à celui qui ne sait pas ; ce sens est à l'opposé du sens spécialisé de "counselling".

<p>3 Mère séropositive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Produits de remplacement inaccessibles ou trop dangereux 	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'allaitement comme présentant moins de danger pour la santé de l'enfant - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH
<p>4 Mère séronégative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Promotion de l'allaitement - Enseigner à la mère comment éviter l'exposition au risque d'infection par le VIH

La troisième appréciation concerne le niveau (individuel ou collectif) auquel les éléments d'orientation proposés doivent être appliqués, et leur inscription dans une analyse instantanée ou dynamique des situations. Ces éléments d'orientation sont destinés au conseil individuel : ils ne définissent pas de stratégie de santé publique collective. Or, il semble que lorsqu'ils sont interprétés au niveau collectif et de manière statique, ils puissent d'une certaine manière entériner le *statu quo* actuel. Ainsi, en juillet 1999 au Burkina Faso, après avoir fait le constat que le dépistage prénatal était quasiment inexistant dans le pays, des professionnels de santé spécialisés dans les questions d'allaitement maternel, en venaient à considérer que toutes les femmes se trouvaient dans la catégorie I ("statut sérologique méconnu") et qu'il n'y avait donc pas lieu de changer quoi que ce soit dans leur pratique de conseil prénatal ! Il est donc essentiel de rappeler, en préalable à l'utilisation de ce tableau, que tous les moyens disponibles doivent être mis en oeuvre pour connaître le statut sérologique des femmes. Ceci nous conduit à préciser plus loin quelques "pré-requis" à la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.

Information, avis, choix : composantes du conseil en allaitement

Les résultats de l'étude sur les perceptions de la transmission du VIH par l'allaitement chez les femmes séropositives d'Abidjan et Bobo-Dioulasso montrent que les informations données par les professionnels de santé ont été en partie ignorées ou oubliées, en partie réinterprétées par les femmes, en fonction des mesures qu'elles ont pu prendre. Ceci souligne l'importance de la contextualisation de l'information face aux mécanismes psychiques de déni ou d'oubli

sélectif. Les agents de santé ont la charge d'apporter une information juste, concrète, qui hiérarchise les risques¹⁴. Cette information doit être articulée avec les contextes d'énonciation, et répétée si nécessaire lorsque la femme aura pu mettre en place les conditions qui lui permettent de la prendre en compte. Le conseil doit pouvoir être poursuivi au cours de plusieurs entretiens, il est indispensable que tous les "acteurs" du conseil disposent de l'information scientifique.

Même si les recommandations internationales mettent en avant la notion de "choix" par la femme du mode d'alimentation de son enfant, leur traduction dans des directives destinées aux agents de santé introduit la notion de sélection par les agents de santé, distinguant les femmes qui pourront choisir de celles auxquelles il est inutile de proposer le choix, "l'alimentation artificielle" étant hors de leur portée. Les critères de sélection qu'appliquent les agents de santé à ce stade ont trait au contexte sanitaire et aux capacités intellectuelles des femmes relatives à la préparation des substituts du lait maternel. La préparation du "lait artificiel" à partir des substituts du lait maternel nécessite en effet des conditions matérielles (eau potable, énergie de chauffage, niveau d'hygiène général suffisant) et un savoir-faire précis pour le respect d'un ensemble de règles ; si ces règles ne sont pas appliquées, le "lait artificiel" peut être sur- ou sous-concentré et bactériologiquement souillé.

Le critère le plus souvent évoqué concernant l'environnement sanitaire est l'accès à l'eau potable. Or, dans un pays tel le Burkina Faso, très peu de personnes ont accès à une eau potable distribuée par canalisation. En milieu rural, les conditions de sanitation de la population générale ne sont pas différentes de celles des services de santé : les professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes, etc.) en poste dans les "dispensaires de brousse" ne disposent ni d'eau courante ni d'électricité ; ils parviennent néanmoins, en appliquant des règles élémentaires d'hygiène, à assurer le nettoyage et la stérilisation de leur matériel. En matière de capacités à préparer le "lait artificiel" et à assurer les conditions d'hygiène, les critères évoqués ou mentionnés dans les publications de santé publique font référence au "niveau d'éducation", "d'alphabétisation", voire de "scolarisation" des femmes, à "la pauvreté"... Si ces aspects ne sont pas indifférents, les femmes africaines n'en sont pas moins capables de comprendre et de respecter les règles de préparation, même si elles

¹⁴ Cf. chapitre XVI.

sont pauvres et analphabètes, à condition d'y être formées par un apprentissage rigoureux et d'adapter ces règles aux conditions locales. Les règles de préparation des substituts du lait maternel ne sont pas beaucoup plus compliquées que celles qui s'appliquent à certaines recettes de confection de médicaments à propriétés magiques qui nécessitent de nombreuses manipulations sans contact avec les doigts ou avec certains objets... L'interprétation de ces "caractéristiques et facteurs environnementaux" comme des critères de sélection et leur application de manière trop étroite et rigide risquent de priver des femmes qui en ont besoin de l'accès aux options préventives.

Enfin, la notion de "choix" des femmes doit être discutée, tant on a vu que la décision de la femme reposait davantage sur une option, souvent insatisfaisante pour elle, dans une situation de contraintes multiples. Dans un contexte où les relations soignants-soignés sont asymétriques, le point de vue des professionnels de santé étant chargé de toute l'autorité associée à leur légitimité médicale, l'avis du professionnel de santé risque d'être perçu par les mères comme une prescription. Il incombe aux professionnels de mener un travail de réflexion sur la marge de discussion qu'ils peuvent établir avec les femmes concernant leurs choix. Le conseil en allaitement est analogue en cela au conseil post-test VIH dans ses dimensions de prévention secondaire.

Les mesures que sont les options alimentaires et le conseil en allaitement seront intégrées dans des stratégies qui concernent l'ensemble du système de soin. Certaines stratégies doivent être mises en oeuvre en préalable aux programmes de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.

Des stratégies préalables

Pour que la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement puisse être envisagée, certaines mesures préalables sont indispensables tant pour des raisons de santé publique que pour des raisons éthiques. Ces mesures dépendent d'une part d'aspects relevant exclusivement de la santé publique (existence et pertinence des stratégies de lutte contre l'infection à VIH, couverture sanitaire et accessibilité des services de soin, de suivi prénatal et de soins péri-

nataux...), d'autre part d'aspects sociaux et culturels. Ces deux domaines sont distingués ici pour la clarté de l'analyse, la contribution de cet ouvrage portant essentiellement sur les aspects sociaux et culturels ; dans la réalité, ils sont étroitement intriqués. Les résultats dégagés par notre recherche ne conduisent pas à redéfinir les priorités présentées dans l'introduction de ce chapitre¹⁵, mais donnent des indications sur "la manière de" mettre en oeuvre ces mesures. Dans quelques cas, ils amènent à mettre en avant des aspects qui n'étaient pas apparus dans les recommandations des épidémiologistes et professionnels de santé publique.

Là encore, une analyse statique ne doit pas tenir lieu d'alibi : si de telles mesures ne sont pas encore en place, la mise en oeuvre de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH, dont le caractère "consensuel" a été évoqué dans un autre chapitre, pourrait constituer le motif d'une "remise à niveau" du système de soin dans ce domaine, selon une approche "globale" de la prévention¹⁶. L'aspect "intégré" des stratégies proposées n'est pas tant un principe qu'une nécessité pour que les mesures préventives soient efficaces.

Développer le dépistage VIH et le conseil

D'un point de vue de santé publique, la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ne peut se réaliser "à l'aveugle" : le conseil et le dépistage prénatal sont indispensables. Chaque femme, qu'elle soit séropositive ou séronégative, doit connaître son statut sérologique pour que son enfant puisse être protégé. Le dépistage doit être largement accessible aux femmes¹⁷, en termes de distance et de coût, y compris en dehors des essais thérapeutiques et des programmes d'intervention. En 2000, c'est encore loin d'être le cas dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest : au mieux, le conseil et dépistage sont pratiqués dans les capitales, à des tarifs souvent prohibitifs... Au Burkina Faso, le dépistage n'est pas proposé systématiquement dans le cadre des consultations prénatales, même dans les services de santé les plus "performants".

¹⁵ Cf. UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 ; Dabis *et al.* 2000.

¹⁶ Cf. les recommandations n°1 et 2 du Groupe de Gand.

¹⁷ Cf. la recommandation n°3 du Groupe de Gand.

Même là où il est disponible, très peu d'agents de santé des services de SMI auprès desquels nous avons enquêté ont l'expérience d'avoir eux-mêmes proposé ou prescrit un dépistage du VIH. À cette absence de proposition, les agents de santé évoquent plusieurs raisons qui ont trait aux conditions actuelles de réalisation du dépistage. La première raison est le manque d'accessibilité du test, la barrière économique étant très dissuasive¹⁸. Le coût du test VIH s'ajoute à celui des autres examens paracliniques que chaque femme devrait effectuer en consultation prénatale : gratuits il y a une dizaine d'années, ces tests sont devenus payants, et toutes les femmes ne parviennent pas à les réaliser. Ainsi, même lorsque le tarif du test de dépistage VIH est modéré, les tarifs demandés pour l'ensemble des examens biologiques de suivi d'une grossesse peuvent dissuader les femmes de se faire suivre médicalement¹⁹. Des aspects apparemment annexes de l'accès au suivi prénatal peuvent ainsi constituer une première barrière à la prévention.

Mais les difficultés d'accès économique au test ne sont pas la seule limite à la proposition du dépistage VIH en consultation prénatale. Les agents de santé estiment que la pratique du dépistage peut être dangereuse pour les femmes lorsque certaines conditions sociales ne sont pas remplies. Pour eux, l'expérience de DITRAME a une valeur exemplaire : si les femmes ont largement accepté le dépistage dans le cadre de ce projet (45,6 % des femmes d'Abidjan et 75,6 % des femmes de Bobo-Dioulasso sont venues rechercher leurs résultats [Cartoux *et al.* 1998 ; Msellati *et al.* 1998]), c'est que le counselling était bien fait, que le test était gratuit, qu'elles pouvaient être suivies et obtenir une indemnité de transport et, à Bobo-Dioulasso, ont été recontactées chez elles si elles n'étaient pas venues rechercher le résultat de leur test... conditions particulières que les agents de santé des SMI souhaiteraient pouvoir proposer à leurs consultantes. D'autres études ont montré l'impact de ces "conditions

¹⁸ À Ouagadougou, les femmes réalisent leur test VIH au Centre Hospitalier National Yalgado Ouedraogo) où il coûte 3000 FCFA, et dans les laboratoires privés où il coûte jusqu'à 16 000 FCFA.

¹⁹ À Bobo Dioulasso, où un programme de coopération bilatérale a permis d'améliorer l'accès à la prise en charge du VIH, les tests sont réalisés à l'hôpital (Centre Hospitalier National Sanou Souro) et dans un centre de dépistage (Centre Anonyme de Dépistage et d'Information), au tarif de 500 FCFA. Les tarifs sont de 5200 FCFA pour les examens prénataux "recommandés" (examens de base incluant Groupage Rhésus, BW, Electrophorèse, ECBU et albuminurie, dépistage VIH), soit le quart du montant mensuel du salaire minimum.

particulières” sur l’acceptabilité du dépistage en consultation prénatale dans des pays tels que le Kenya et la Zambie : les taux de participation des femmes (ou de retour pour rechercher les résultats) varient de manière importante en fonction de ces conditions (Temmerman *et al.* 1995 ; Fylkesnes *et al.* 1999). À Abidjan, les taux de participation au dépistage et de retour pour en rechercher les résultats dans le cadre du projet DITRAME ont augmenté au fur et à mesure que l’équipe améliorait son savoir faire (Msellati 2000).

Si de nombreuses femmes ont accepté de réaliser le test de dépistage en consultation prénatale, notamment au Burkina Faso, ce taux est “logiquement” susceptible d’être encore plus élevé lorsque les femmes sauront qu’elles pourront bénéficier, en cas de séropositivité, d’un traitement médicamenteux et de mesures préventives qui protégeront leur enfant à naître (Le Coeur 2000)²⁰. Mais même si la participation augmente, l’acceptabilité du dépistage pourrait ne pas s’accroître proportionnellement, les femmes étant dans une situation de double contrainte²¹. En effet, le dépistage en consultation prénatale fait porter à la femme toute la charge du VIH : nos enquêtes montrent qu’elles sont le plus souvent les premières à évoquer le VIH avec leur conjoint, et qu’elles sont souvent seules à connaître leur statut sérologique et à gérer la prévention pour leur enfant, tant elles craignent les réactions de rejet. Ainsi, la démarche de réduction du risque biologique pour l’enfant semble indissociable de la genèse d’un risque social pour la mère (et secondairement pour l’enfant). La dimension “post-test” du conseil, ainsi que la possibilité d’un soutien inscrit dans la durée, après la naissance de l’enfant, voire plusieurs années plus tard, apparaissent essentielles, non seulement pour établir les mesures préventives pour l’enfant, mais aussi pour

²⁰ C’est ce qu’ont observé V. Noba et ses collaborateurs au cours du programme d’intervention qui a pris la suite du projet DITRAME : des résultats préliminaires concernant 4773 femmes montrent que 77 % des femmes auxquelles il a été proposé ont accepté le dépistage et 79 % d’entre elles sont venues en rechercher le résultat (Noba *et al.* 1999).

²¹ Assimiler l’acceptabilité du dépistage à des taux de participation, ce qui est fréquemment le cas dans des enquêtes de santé publique, pourrait être abusif : ceci revient à négliger les femmes qui, “contraintes sans y être forcées”, effectuent le test dans l’intérêt de leur enfant, parce qu’elles pensent qu’il vaut mieux ne pas refuser ce que leur propose un médecin, ou parce que faire le test comporte quelques bénéfices secondaires en termes d’accès à la prise en charge. Ces avantages associés à la pratique du test de dépistage n’en annulent pas certains inconvénients, tels que le coût où le risque social afférent, que les femmes supportent sans forcément les accepter.

réduire le risque social que prend la mère – ces deux aspects étant interdépendants. En terme de dispositif, ceci suppose d'appuyer, notamment matériellement, les "clubs post-test" et associations de personnes vivant avec le VIH qui réalisent ce soutien.

Le dépistage en consultation prénatale a été proposé avec le motif de la mise en œuvre d'une prévention de la transmission mère-enfant ; une démarche de prévention cohérente conduirait à proposer le dépistage VIH avant une grossesse. La grossesse, période de vulnérabilité biologique et sociale, n'est peut-être pas le meilleur moment pour apprendre sa séropositivité. L'examen prénuptial peut être une circonstance de proposition du test. Mais la configuration des rapports sociaux de genre en Afrique de l'Ouest et ses effets observés au cours de notre enquête laissent penser que la découverte d'une séropositivité dans un couple pourrait avoir davantage de conséquences néfastes pour la femme que pour l'homme. Il semble actuellement nécessaire d'engager une réflexion sur les modalités du dépistage dans le couple, et sur le meilleur moment pour réaliser le dépistage, afin d'en réduire les risques sociaux, notamment pour les femmes.

Dans un pays tel le Burkina Faso, où le dépistage VIH en consultation prénatale ne fait pas encore partie des objectifs du Comité national de lutte contre le sida, il semble nécessaire de mettre en place une politique nationale de promotion du dépistage. Les stratégies les plus appropriées et les principes essentiels dans le respect desquels le dépistage doit se situer – volontariat, confidentialité – sont précisés depuis longtemps (OMS 1991 ; Desclaux *et al.* 1997) ; les essais cliniques et programmes pilotes ont permis de préciser les modalités du dépistage en consultation prénatale (Msellati 2000). Les motifs évoqués pour expliquer le retard actuel (difficultés de financement, absence de visibilité de cette action...) laissent penser que l'insuffisance du dispositif de dépistage concerne également d'autres pays d'Afrique de l'Ouest.

Assurer la prise en charge médicale des femmes et des enfants infectés par le VIH

Les propos des agents de santé montrent que pour eux, le dépistage en consultation prénatale n'a pour motif que la prévention de la transmission mère-enfant. C'est dire combien les agents de santé eux-mêmes font peu confiance à la prévention et à la prise en charge

des infections opportunistes que la connaissance de sa séropositivité devrait permettre à chaque femme. Les perceptions des professionnels de santé concernant le sida ont longtemps été dominées par l'impuissance, opposant les pays africains aux pays du Nord censés maîtriser la maladie grâce aux antirétroviraux. Ce déficit de confiance dans un suivi thérapeutique, fût-il limité aux affections opportunistes, parmi les agents de santé non spécialisés dans la prise en charge du sida, constitue un obstacle au traitement. Dans ce domaine également, les outils conceptuels et les moyens techniques existent depuis le milieu des années 1990 : algorithmes et guides de prise en charge, médicaments génériques... Sans dénier les obstacles financiers et politiques, il semble que l'on puisse avancer que les représentations des soignants "freinent" la prise en charge. Les avancées dans ce domaine sont essentiellement le fait, au Burkina Faso, de quelques dizaines de médecins sensibilisés et d'associations de personnes infectées ou affectées par le VIH et engagées dans la "prise en charge communautaire", sur fond d'immobilisme général du système de soin (Taverne 1997). Ce déficit concerne particulièrement la prise en charge des femmes, pour lesquelles les agents de santé "en première ligne" semblent méconnaître les spécificités cliniques du VIH. Des soignants et les associations de personnes vivant avec le VIH considèrent qu'il y a là un enjeu éthique : le dépistage VIH doit profiter non seulement à l'enfant, mais aussi à la mère ; pour eux, ceci est une condition préalable à la mise en oeuvre de la prévention de la transmission mère-enfant.

Assurer la prise en charge médicale exige en premier lieu la formation des professionnels de santé. La plupart d'entre eux ignorent encore des notions essentielles concernant l'infection à VIH. Les enquêtes menées au Burkina Faso révèlent que les connaissances d'un certain nombre d'entre eux ne diffèrent pas notablement de celles des personnes de même niveau socio-économique ; leur savoir se limite souvent au seul contenu des messages d'information véhiculés par les médias lors des campagnes nationales. La majorité d'entre eux se sentent totalement démunis face à des personnes vivant avec le VIH, craignant la "contagion" et ne sachant pas quelle est la "conduite à tenir". C'est particulièrement le cas des agents des services de SMI, qui n'ont pas été concernés par les premiers programmes de formation, le sida étant essentiellement considéré comme une pathologie des adultes. Au-delà des notions théoriques, une réelle "culture du VIH" est indispensable aux professionnels de santé afin

qu'ils puissent jouer leur rôle. Les formations théoriques ayant montré leurs limites, l'apprentissage dans ce domaine devrait être basé sur l'enseignement par des professionnels déjà expérimentés dans la prise en charge des personnes vivant avec le VIH, sur le modèle des réseaux de prise en charge²².

Compte tenu des insuffisances du système de soins mises à jour au Burkina Faso, il serait nécessaire de réaliser une évaluation comparative de la prise en charge aux différents stades de l'infection, selon le sexe des patients. Le point de vue éthique rejoint l'exigence de santé publique pour considérer que les femmes, sur lesquelles reposent la prévention de la transmission à l'enfant, les soins à domicile pour les membres de la famille et le soin aux enfants, doivent avoir une prise en charge au moins égale à celle dont peuvent bénéficier les hommes.

Mettre en oeuvre la prévention de la transmission mère-enfant du VIH

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement doit s'articuler avec d'autres mesures spécifiques de la prévention de la transmission mère-enfant du VIH présentées en introduction de ce chapitre, et non spécifiques du VIH, telles que le renforcement de la planification familiale et des soins prénataux, l'application des régimes courts de traitement antirétroviral pendant la grossesse, une réforme des soins obstétricaux... L'enquête conduite à Abidjan a révélé les insuffisances des services de santé en matière de planification familiale²³; ces observations réalisées auprès de femmes séropositives reflètent des besoins non spécifiques, qui concernent l'ensemble des femmes. Il apparaît également essentiel de redéfinir le conseil en matière de planification familiale pour les femmes séropositives : l'intérêt de l'espacement des grossesses doit être discuté avec les femmes sans ignorer leur désir d'enfant qui peut être amplifié par leur connaissance de leur séropositivité ; une protection contraceptive doit être mise en place notamment pour la période

²² Au Burkina Faso, le Centre d'Information, de Conseil et de Documentation en matière de Tuberculose et VIH (CIC-Doc) de Ouagadougou, soutenu par la coopération française, développe une stratégie de formation et participation en réseau de ce type.

²³ Cf. chapitre XV.

précédant le retour de couches ; la question de l'avortement devrait être abordée au cours des consultations postnatales compte tenu de la fréquence de cette pratique, qui peut avoir des conséquences d'autant plus grave qu'il est illégal et souvent effectué dans de mauvaises conditions sanitaires.

La survenue de grossesses non désirées chez des femmes séropositives conduit à penser d'une part que les stratégies de planification familiale doivent être réexaminées compte tenu de leur faible efficacité ; d'autre part que le thème de la santé reproductive doit être inclus dans le conseil auprès des femmes séropositives, et abordé en articulation avec le thème de l'alimentation de l'enfant, pour les femmes qui découvrent leur séropositivité en consultation prénatale. D'autre part, les difficultés auxquelles les femmes séropositives ont dû faire face au cours de leur hospitalisation pour l'accouchement mettent en évidence la nécessité de considérer ces aspects de manière intégrée²⁴. En terme de dispositif, ceci suppose la mise en place d'une réflexion commune entre différents secteurs du système de santé.

Des stratégies de prévention de la transmission par l'allaitement

Les résultats de notre étude nous conduisent à considérer trois aspects : l'introduction des options alimentaires dans le système de soin, proposée au plan international ; la révision des programmes de promotion de l'allaitement maternel, qui apparaît comme une nécessité au vu des résultats de notre étude ; la lutte contre la stigmatisation en rapport avec le VIH, qui fait partie des recommandations du groupe de Gand et constitue un principe fondamental pour l'ONUSIDA. Enfin, nos observations nous amènent à discuter la crainte de la généralisation des substituts du lait maternel.

Introduire les options alimentaires dans le système de soin

Les recommandations internationales prévoient de proposer toutes les options alimentaires aux femmes et de mettre en place

²⁴ Cf. chapitre XVII.

l'accès aux substituts du lait maternel dans le système de soin.

L'accès aux substituts du lait maternel

Actuellement, le prix de vente des substituts du lait maternel est tel que ces produits sont inaccessibles à la majorité de la population. La politique de promotion de l'allaitement maternel étant en partie basée sur l'opposition à la diffusion des substituts du lait maternel, cette barrière économique n'a jamais été jugée comme un obstacle à la santé. Les itinéraires de recherche d'une alternative à l'allaitement maternel en milieu rural et urbain révèlent pourtant clairement le contraire²⁵. De nombreux récits témoignent de ce que des nourrissons vont devoir être séparés de leur famille, ou mourir, parce que ces dernières ne peuvent assumer le prix des substituts du lait maternel. La réflexion sur l'accès aux substituts du lait maternel, ouverte dans le cadre de l'infection à VIH, doit s'étendre à toutes les situations dans lesquelles l'allaitement maternel est impossible, notamment pour les enfants orphelins.

Toute stratégie de réduction de la transmission du VIH par l'allaitement passe par une plus grande accessibilité aux substituts du lait maternel pour les femmes et les enfants qui en ont besoin. Il ne s'agit bien évidemment pas de favoriser une promotion sans discernement des substituts du lait maternel, mais d'en permettre l'usage à certaines personnes. Un accès contrôlé, sous la forme de substituts du lait maternel génériques délivrés sur prescription médicale, assorti d'un suivi clinique et nutritionnel de l'enfant et d'une formation adéquate de la "mère de substitution" à leur usage, représente la solution la plus favorable. L'obstacle économique est cependant majeur ; de nombreuses femmes que nous avons interrogées à Bobo-Dioulasso et Abidjan soulignent la nécessité de mettre des aides à la disposition des mères pour l'achat des ustensiles nécessaires à l'alimentation artificielle.

La possibilité de ne pas donner le colostrum

L'éviction du colostrum est une mesure apparemment simple, mais susceptible de susciter des difficultés dans les services de soin. Elle suppose en effet de proposer une alimentation de remplacement à

²⁵ Cf. chapitres IX et X.

l'enfant, sous peine de voir l'enfant maintenu à jeun pendant plusieurs jours lorsque l'hospitalisation est nécessaire, comme en atteste l'itinéraire d'un nourrisson relaté précédemment²⁶. Ainsi, cette mesure suppose l'introduction des substituts du lait maternel dans les services de soin non spécialisés dans le suivi de l'alimentation infantile. Cette mesure suscite des réticences de la part de professionnels de santé qui craignent de voir réapparaître des usages qui leur ont été reprochés ; de plus, elle suppose que les attitudes de stigmatisation envers les personnes atteintes par le VIH ont pu être éradiquées et que la gestion de la confidentialité est assurée dans ces services. Contrairement à ce que l'on pourrait penser au vu d'études mettant en évidence des représentations populaires du colostrum favorables à son éviction, les représentations de diverses ethnies en la matière ne sont pas similaires, et notre étude montre que les messages sanitaires biomédicaux ont largement entamé la perception d'un colostrum dangereux pour l'enfant. Une formation des professionnels de santé et l'organisation matérielle de la mise à disposition d'alternatives au colostrum seront nécessaires pour que cette option puisse être proposée.

Le conseil en allaitement dans le parcours des femmes

Le contenu du conseil en allaitement a été précisé plus haut. Son insertion dans le parcours des femmes et dans le système de soin dépend de son contenu et de ses modalités. L'enquête réalisée auprès des femmes séropositives d'Abidjan et de Bobo-Dioulasso montre que pour les mères, même bien informées de la transmission du VIH par l'allaitement, le choix d'une option alimentaire n'est pas aisé. Ce choix doit être fait pendant la grossesse, suffisamment tôt pour que les dispositions puissent être prises et que la femme puisse informer le père de l'enfant et discuter avec lui non seulement des modalités d'alimentation, mais aussi de son atteinte. Le "conseil en allaitement" ne peut donc se réduire à une consultation unique. Il est essentiel que la femme puisse rencontrer le conseiller à plusieurs reprises si elle l'estime nécessaire, éventuellement avec son conjoint ou un autre membre de l'entourage si cela lui semble souhaitable. Le conseil alimentaire, dont les modalités ont été évoquées plus haut, doit aussi s'articuler avec le conseil post-test ; il s'agit d'une intervention

²⁶ Cf. chapitre XVII.

comportant des aspects sanitaires et des aspects sociaux. Comme le conseil en matière de VIH, l'intervention du conseiller comporte une part d'information ; elle comprend surtout une part d'écoute, de soutien, de conseil concernant les relations avec l'entourage, voire d'intervention auprès des proches à propos de la mise en œuvre de l'alimentation du nourrisson. Des conseillères "référents" dans les services de santé maternelle et infantile peuvent jouer ce rôle ; de même, des membres expérimentés et formés d'associations de PVVIH ou d'associations de promotion de l'alimentation infantile peuvent assurer ce conseil. Au plan du dispositif, ceci exige de mettre en place des collaborations avec le secteur associatif. De nombreux membres des associations de PVVIH ont acquis des compétences en matière de stratégies d'évitement et de défense face à la discrimination, ainsi qu'un savoir-faire en matière de communication sur des sujets sensibles, qui pourront aider chaque femme à faire face aux critiques et aux difficultés qu'éprouvent celles qui n'allaitent pas.

Le conseil en allaitement (ou en alimentation des nourrissons) ne sera pas réservé aux femmes vivant avec le VIH ; il devra être proposé aux pères, "mères de substitution" et tuteurs d'enfants orphelins, et aux femmes qui, pour diverses raisons, ne peuvent allaiter leur enfant. Il s'agit donc d'une intervention qui devra être intégrée dans le système de soin.

Les services chargés du suivi nutritionnel des enfants

Mettre en place un système de distribution de substituts du lait maternel sur prescription médicale, selon des modalités et un réseau de diffusion similaires à ceux des médicaments essentiels génériques, exige une médicalisation de l'alimentation du nourrisson. Les organismes internationaux considèrent que les services "Amis des bébés" sont les plus à même de gérer cette médicalisation car leurs personnels ont été formés aux "bonnes pratiques". Les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle (CREN) ont les compétences nécessaires et l'expérience du suivi nutritionnel d'enfants nourris aux substituts du lait maternel, bien qu'ils n'aient pas tous le label "Amis des Bébés".

La délivrance des substituts du lait maternel doit s'accompagner d'un temps d'apprentissage suffisamment long, qui ne soit pas limité à quelques conseils, afin que la personne qui s'occupe de l'enfant ait pleinement acquis le savoir faire concernant la

préparation. La méthode employée dans une formation sanitaire privée du Burkina Faso (le dispensaire de Loumbila) est à ce titre exemplaire : la femme et l'enfant résident sur place pendant les deux à quatre semaines nécessaires afin que la femme prépare les substituts du lait maternel correctement avec les ustensiles qu'elle utilisera à son domicile : poterie en terre, chauffage au bois, etc. Cet apprentissage doit se faire sous le contrôle attentif des professionnels de santé. Les CREN semblent particulièrement indiqués pour assurer ce type de formation.

Le suivi des enfants, tel qu'il est organisé dans les CREN, est particulièrement pertinent pour les enfants nourris aux substituts du lait maternel ou par toute autre alternative à l'allaitement, car il combine suivi nutritionnel et suivi clinique, ce qui permet de prendre en charge les conséquences infectieuses de la mise en pratique des "options alimentaires". De plus, les personnels des CREN sont formés à la prise en charge de "petites pathologies" de l'enfant telles que le muguet buccal, fréquent chez les nourrissons malnutris, qui a été identifié comme facteur favorisant la transmission du VIH par l'allaitement (Meda 2000).

Dans le cas où ils seraient distincts, l'organisation du suivi d'enfants de mères séropositives suppose une collaboration entre les services chargés de la distribution des substituts du lait maternel et ceux chargés de la prise en charge nutritionnelle. Ces réorganisations institutionnelles et les nouvelles pratiques afférentes ne manqueront pas d'introduire des changements dans les rôles professionnels d'agents de santé qui, jusqu'alors, n'étaient pas explicitement engagés dans la prévention ou la prise en charge du VIH. Les CREN devraient ainsi participer officiellement à la prise en charge du VIH, alors que, bien que souvent "débordés" par les prises en charge d'enfants pour lesquels ils soupçonnent qu'une infection par le VIH est à l'origine de la malnutrition, ils n'ont pas encore, hormis quelques exceptions, fait l'objet de mesures ou disposé de programmes d'appui pour les aider à mettre en oeuvre cette prise en charge (Desclaux 1996a).

La charge de travail supplémentaire et l'investissement professionnel et personnel que nécessitent la réalisation du conseil et du suivi de la part des conseillers et agents de santé doivent être reconnus et pris en compte dans la définition des missions ; fort de l'expérience d'Abidjan, P. Msellati suggère la mise en place d'un appui psychologique aux équipes pour éviter le syndrome d'épuisement professionnel (2000).

Redéfinir les programmes de promotion de l'allaitement maternel

Notre étude a montré que les programmes de promotion de l'allaitement maternel, tels qu'ils sont actuellement définis et réalisés au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, peuvent, par certains aspects, être peu pertinents en matière d'allaitement et contre-productifs en matière de prévention de la transmission du VIH. La première condition à leur pertinence est de les redéfinir sur des bases moins manichéennes, reconnaissant que l'allaitement maternel n'est pas toujours le plus approprié pour l'enfant. Sans aller jusqu'à remettre en question le terme de "promotion de l'allaitement maternel", il pourrait être modifié en faveur de "promotion de l'allaitement et de l'alimentation infantile", ou d'une autre formulation plus juste. Il est également nécessaire d'adapter ces programmes et d'y intégrer la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.

Adapter les programmes de promotion de l'allaitement maternel aux réalités épidémiologiques et sanitaires locales

Ajuster les programmes de promotion de l'allaitement aux réalités sanitaires actuelles suppose d'examiner les messages internationaux en fonction des contextes locaux, ce qui devrait conduire à focaliser les actions d'IEC, qui constituent l'essentiel de ces programmes, sur les "bonnes pratiques d'allaitement", et notamment l'allaitement maternel exclusif. Si les connaissances disponibles ne permettent pas d'affirmer avec certitude que le caractère exclusif de l'allaitement maternel a un effet protecteur vis-à-vis de la transmission du VIH, cette éventualité devrait conduire à remettre l'allaitement exclusif au premier plan ; sa promotion est actuellement négligée dans les pratiques quotidiennes des agents de santé²⁷. Cette mesure est d'autant plus nécessaire qu'elle n'exige pas de moyens techniques supplémentaires et peut être généralisée à toutes les femmes, indépendamment de leur statut sérologique. Le programme doit aussi pouvoir améliorer la prise en charge des enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère (en cas de décès maternel, d'agalactie ou de pathologie mammaire grave) ; la mise en place des alternatives à l'allaitement maternel et de leur suivi dans le système de soin permettrait ainsi de rétablir une certaine équité vis-à-vis des

²⁷ Cf. chapitre XI.

nourrissons concernés. Des réajustements devront concerner la formation des professionnels de santé, le choix des actions prioritaires, et le contenu des messages.

Former les professionnels de santé en matière d'allaitement

Alors que la promotion de l'allaitement maternel fait partie des stratégies de santé publique de la plupart des États africains depuis de nombreuses années, les enquêtes menées au Burkina Faso révèlent que les professionnels de santé n'interviennent finalement que très peu dans ce domaine au-delà de la seule répétition de la nécessité de pratiquer l'allaitement maternel. Hormis dans quelques services mobilisés par l'association burkinabè de promotion de l'alimentation infantile et dans quelques centres de santé maternelle et infantile, il n'existe pas de réel suivi des femmes qui allaitent. En zone rurale, la plupart des femmes que nous avons rencontrées ne reconnaissent aucune compétence aux professionnels de santé dans ce domaine, et vont chercher ailleurs les solutions aux difficultés qu'elles rencontrent lors de l'allaitement.

De même que pour l'infection à VIH, une véritable "culture de l'allaitement" est à promouvoir parmi le personnel de santé. Elle ne pourra se construire qu'en rapport avec les problèmes de santé réels que rencontrent les femmes, non dans la promotion d'un allaitement exclusif idéalisé qui ne correspond pas aux pratiques, ni dans la crainte de la menace hypothétique du déclin de l'allaitement, alors que les substituts du lait maternel sont actuellement hors de portée de la majorité des familles ouest-africaines. Les professionnels devront dépasser leur "croyance" en la valeur inégalée de l'allaitement et prendre en compte les faibles performances de l'allaitement partiel, délaisser une affirmation simpliste ("Breast is Best") pour une démarche plus complexe de conseil auprès des femmes. Ceci nécessite des connaissances approfondies en matière d'allaitement, moins manichéennes que les messages délivrés aux agents de santé jusqu'à présent.

La lutte contre les utilisations inappropriées des substituts du lait maternel doit se poursuivre à d'autres niveaux (législatifs, économiques, institutionnel, etc.) où elle "n'entre pas en concurrence" avec l'information sanitaire en monopolisant le discours éducatif, comme c'est actuellement le cas. Les réseaux et structures de formation établis par le programme de promotion de l'allaitement

maternel devraient pouvoir assurer la formation des professionnels en matière d'allaitement et VIH.

Lutter contre la stigmatisation des femmes qui n'allaitent pas

Dans les sociétés où l'allaitement maternel est pratiqué par la quasi totalité des femmes, ne pas allaiter un enfant est source d'interrogations de la part de l'entourage, voire même de fortes contraintes à l'endroit des femmes afin qu'elles allaitent ou donnent des explications sur leur attitude. Les messages de promotion de l'allaitement maternel s'appuient largement sur la norme sociale qui valorise le lait maternel. L'usage des substituts du lait maternel est combattu, sans même que soient évoquées les raisons pour lesquelles des femmes pourraient y avoir recours.

« *Le lait maternel, c'est la santé de votre bébé* » ; « *Allaiter = donner l'amour et la vie* » ; « *Allaitement maternel : une école pour la vie* » ; « *Bébé bien au sein = bébé vraiment sain* » : la rhétorique abusivement simplificatrice des messages de promotion de l'allaitement maternel, ainsi que le vocabulaire employé, font appel aux notions de bien et de mal, d'amour maternel, de "bonne mère", du lien affectif, etc. La femme qui allaite cumulerait les valeurs positives. De manière implicite, ces messages désignent les femmes qui n'allaitent pas comme des mauvaises mères, coupables de ne pas prendre soin de leur enfant. Les processus de stigmatisation s'enracinent dans des interprétations inconscientes de cet ordre. Lorsque la prévalence du VIH est non négligeable, l'équation "lait maternel = santé de l'enfant" n'est plus médicalement juste. Les messages de ce type renforcent une norme qui s'oppose à la prévention. L'abandon de ces messages plus idéologiques que scientifiquement exacts paraît d'autant plus nécessaire qu'ils ne sont d'aucune utilité pour la promotion de l'allaitement exclusif.

Les messages perçus comme les plus violents par les femmes séropositives rencontrées au cours de cette étude sont ceux qui assimilent l'allaitement au sein à l'amour de la mère pour son enfant. Une femme d'Abidjan ayant nourri son enfant aux substituts du lait maternel rapporte : « *On me disait "Comment, tu n'aimes pas ton enfant ?" alors qu'on peut aimer sans allaiter. L'amour n'est pas au bout du sein seulement* ». E. White rapporte l'observation du groupe de Soweto, qui a suivi une cohorte de femmes séropositives dont certaines allaitaient leur enfant alors que d'autres le nourrissaient aux

substituts, selon laquelle deux femmes séropositives sur 100 avaient des difficultés à établir une bonne relation affective avec leur bébé (Urban 1997 cité par White 1999 : 83). L'on peut s'attendre à ce que des femmes qui viennent d'apprendre leur atteinte par une maladie potentiellement létale, soucieuses du risque de transmission du VIH à leur enfant, dont elles portent la responsabilité car elles ont "choisi" son mode d'alimentation, éprouvent des difficultés à établir aisément une relation d'attachement avec leur bébé. Dans cette étude, les deux femmes concernées avaient allaité leur enfant ; il n'y avait pas de cas similaire dans le groupe des femmes ayant utilisé les substituts. Aucune conclusion ne peut être tirée de cette observation en terme d'association significative entre le mode d'alimentation et l'établissement de "l'attachement" de la mère à l'enfant ; l'on doit simplement conclure que dans le cas des femmes séropositives, l'allaitement maternel ne doit pas être considéré comme la garantie d'une relation meilleure ; les messages tels que « *Allaiter = donner l'amour et la vie* » sont non seulement inexacts mais encore cruels pour les femmes séropositives, et relèvent d'attitudes moralisatrices et stigmatisantes du même type que celles qui, accusant la victime, ont été fréquemment dénoncées à propos de la transmission sexuelle.

Peut-on, par des actions sanitaires ou sociales autres que la révision des messages de promotion de l'allaitement, réduire au plan individuel la stigmatisation envers les femmes qui n'allaitent pas ? L'on sait le peu d'impact de messages directs et directifs tels que « J'ai le sida. Ne m'abandonnez pas ». Dans un travail mené à Haïti en vue d'un essai clinique, J. Coreil proposait une stratégie de "camouflage" des raisons pour lesquelles les femmes ne peuvent pas allaiter (1998). Au-delà de propositions de ce type qui ne peuvent être définies qu'au cas par cas, c'est l'attitude de l'ensemble du corps social qui est en cause. Une première étape stratégique consiste à assurer la qualité de l'information délivrée par les agents de santé.

Mettre une information juste à la disposition des femmes

La critique des messages diffusés jusqu'à présent conduit à s'interroger sur les notions qu'il serait nécessaire de délivrer aux femmes dans le cadre de l'IEC. Dans ce domaine, la définition de stratégies justes n'est pas aisée tant la question est complexe et les aspects à prendre en compte varient selon les contextes. La position qui a prévalu jusqu'à présent dans la plupart des pays, qui consistait à

ne diffuser aucune information sur la transmission du VIH par l'allaitement en l'absence de propositions préventives, n'est plus d'actualité : les femmes ont le droit à l'information et elles en ont besoin pour améliorer la santé de leur enfant. Cependant, diffuser l'information largement et de manière brute, comme c'est souvent le cas dans le domaine du sida, comporte deux risques : celui de renforcer la stigmatisation des femmes qui n'allaitent pas, et celui d'amener les femmes qui se perçoivent à risque sans connaître leur statut sérologique à opter pour les laits de substitution afin de protéger leur enfant, phénomène qualifié de "spillover" par plusieurs auteurs (Walraven *et al.* 1996).

Dans un contexte de forte stigmatisation des femmes qui n'allaitent pas, il paraît souhaitable de ne pas mener de campagnes actives d'information de la population générale dans les médias sur le risque de transmission du VIH par l'allaitement. Cette information devrait être donnée en consultation prénuptiale, pré et post-natale, ou à la demande, de manière contextualisée. La notion qu'il semble essentiel de promouvoir largement auprès de la population est légèrement différente. Elle est triple : l'allaitement maternel doit être exclusif ; il existe des indications médicales d'alimentation de l'enfant aux substituts du lait maternel ; l'utilisation des substituts du lait maternel exige un suivi nutritionnel.

Il en est autrement dès lors que des informations sur la transmission du VIH par l'allaitement circulent dans la population, véhiculant des notions souvent erronées d'un point de vue scientifique, surestimant le risque VIH ou négligeant les risques nutritionnel et infectieux liés à l'alimentation artificielle. Dans ce cas, une information juste sur la transmission du VIH par l'allaitement, largement délivrée par les professionnels de santé, est préférable à des rumeurs ; cette information devrait être associée à l'information sur "les bonnes pratiques d'allaitement", incluant les avantages et les inconvénients objectifs des substituts du lait maternel.

Améliorer la prise en charge des pathologies mammaires

Les observations concernant les pathologies mammaires en pays mossi et bobo madare²⁸ attestent du fait qu'elles sont essentiellement traitées dans le secteur traditionnel. Des enquêtes

²⁸ Cf. chapitres VI et IX.

complémentaires seraient nécessaires pour savoir comment ces pathologies sont soignées en milieu urbain, et pour préciser quels traitements sont appliqués dans les services de soin. Si les thérapeutes traditionnels sont consultés pour “balayer” les seins ou inciser les abcès, c’est peut-être que les agents de santé ne proposent pas de traitement plus efficace dans les dispensaires des zones rurales. Ces pathologies favorisant la transmission du VIH de la mère à l’enfant, il est essentiel d’améliorer leur traitement, notamment en assurant la disponibilité et l’accessibilité des antibiotiques, ainsi que l’asepsie lorsque des actes de petite chirurgie doivent être réalisés ; il pourrait être nécessaire d’améliorer la reconnaissance de ces pathologies, éventuellement leur dépistage clinique par les agents de santé. Ces mesures, qui ne nécessitent pas de moyens techniques sophistiqués ni de connaître le statut sérologique des femmes, devraient entrer dans le cadre du programme de promotion de l’allaitement.

Organiser la prévention de la transmission par l’allaitement au plan institutionnel

De par leur organisation, leur légitimité au plan international largement supérieure à celle des services de prévention et de prise en charge de la malnutrition, et leur caractère intégré dans les services de soin, les programmes de promotion de l’allaitement maternel semblent particulièrement pertinents pour organiser et mettre en oeuvre la prévention de la transmission du VIH par l’allaitement, qui fait théoriquement partie de leurs missions. Ceci suppose d’examiner toutes les mesures préventives qui ont été proposées et de redéfinir ces programmes en conséquence. Cette démarche nécessite l’ouverture d’espaces d’échange entre professionnels et “acteurs” compétents²⁹, appartenant aux secteurs sanitaires et associatifs de la santé maternelle et infantile, de la lutte contre le sida et de la promotion de l’alimentation infantile.

Les mesures proposées ici concernent essentiellement la prévention de la transmission lorsque la femme a été contaminée avant la grossesse. Pour les cas où la primo-infection a lieu pendant l’allaitement, l’amélioration de l’accès au dépistage volontaire et de la prise en charge des pathologies mammaires, et la promotion de l’allaitement maternel exclusif, sont pertinentes. Une réflexion

²⁹ Cf. chapitre XVII.

spécifique sur la prévention dans cette situation est nécessaire au niveau des programmes nationaux et internationaux.

Réduire la discrimination en rapport avec le VIH dans le système de soin

La crainte d'être critiquées dans les services de soin, ou d'y voir sa séropositivité divulguée, revient fréquemment dans les propos des femmes que nous avons rencontrées. En effet, de l'ignorance des agents de santé non spécialisés évoquée plus haut, résultent des attitudes de crainte et d'évitement vis-à-vis des consultants, et des pratiques qui négligent les règles éthiques fondamentales telles que le respect de la confidentialité, ou favorisent la discrimination envers les personnes atteintes³⁰. Les dispositions qui ont dû être mises en oeuvre par le projet DITRAME, notamment à Bobo-Dioulasso, pour assurer le maintien de la confidentialité concernant le statut sérologique des femmes dans les services de soin, sont contraignantes : elles reposent sur le recours à des agents spécialisés dans la prise en charge du VIH et à la mise en oeuvre de circuits de circulation de l'information spécifiques ; ces dispositions ne pourront être instaurées en pratique courante lorsque la prévention de la transmission mère-enfant du VIH sera étendue à d'autres services. De plus, le maintien "d'espaces de confidentialité"³¹ très limités protège chaque femme dans un premier temps, mais il a pour "effet pervers" de restreindre les échanges entre les personnes concernées par le même problème, ou entre les femmes et les professionnels de santé. Deux exemples relevés dans cette étude attestent du fait que les "espaces de confidentialité" doivent être élargis :

- le déclin de Sya Solidarité, l'association des femmes "concernées par le VIH" de Bobo-Dioulasso, alors qu'Amépouh, l'association des femmes vivant avec le VIH d'Abidjan, s'est développée, pourrait être dû, entre autres raisons, au fait que Sya Solidarité était exclu des espaces de confidentialité. Chaque membre de l'association gardant le secret sur son statut sérologique, des problèmes spécifiques aux personnes vivant avec le VIH ne pouvaient être

³⁰ À propos de la discrimination dans les services de soin, voir Desclaux 1996b ; des attitudes des agents de santé des services de pédiatrie, voir Desclaux 1999.

³¹ Cf. chapitre XIV.

spécifiquement abordés au sein de Sya Solidarité.

- le cas de la femme d'Abidjan qui, souhaitant reprendre une contraception, a attendu le retour du médecin chargé de son suivi pour le VIH, et entre temps commencé une nouvelle grossesse, atteste des risques inhérents à l'existence de modalités de suivi spécialisées.

La prévention de la transmission mère-enfant du VIH en période pré et post-natale doit être réalisée par des équipes spécialisées, fût-ce pour une période de transition. Il semble cependant indispensable de mettre en œuvre très rapidement des actions pour que les attitudes de l'ensemble des agents de santé ne soient plus défavorables aux femmes vivant avec le VIH. Il n'est pas acceptable que certaines mesures préventives ne soient pas envisagées par crainte de ces attitudes, qui pourraient prendre de l'ampleur dès lors que davantage de personnes auront été dépistées et que de nombreux agents de santé en seront informés. À terme, tous les agents de santé des services de SMI devront aborder la question du VIH au cours des consultations pré et post-natales. L'amélioration de leurs compétences est nécessaire à l'instauration d'une familiarisation avec la prise en compte du VIH, préalable d'une proximité avec les personnes atteintes, parfois qualifiée d'approche "empathique", sur le même modèle que celle qui a pu être instaurée par les équipes de DITRAME.

Certes, des attitudes de discrimination, telles que celles qui ont été décrites en Afrique du Sud³², sont liées à des rapports sociaux de classe ou à l'histoire politique d'un corps professionnel ; elles pourraient également être liées à des rapports de genre ou d'ethnicité : en cela, les rapports sociaux à l'œuvre dans le système de soin sont le reflet de ceux en vigueur dans l'ensemble du corps social. Mais la discrimination est également entretenue par la méconnaissance des risques de transmission qui entretient la crainte de la "contagion", par la méconnaissance de l'épidémiologie du VIH qui entretient les jugements moraux envers les personnes atteintes suspectées "d'avoir mérité" d'être infectées, par le déficit de compétence des professionnels de santé qui entretient l'évitement face aux personnes atteintes. N'étant pas mieux informés que les catégories sociales auxquelles ils appartiennent, les agents de santé en partagent souvent

³² Cf. chapitre XVIII.

les stéréotypes et les préjugés.

D'autres attitudes de discrimination – qu'elles consistent en violations du secret professionnel, en évitement vis-à-vis des femmes atteintes ou en critiques envers les femmes séropositives qui souhaitent avoir un enfant – sont liées au fait que la plupart des professionnels de santé, à l'exception de certains d'entre eux situés en première ligne face au VIH, n'ont pas été "socialisés" dans la culture éthique internationale qui s'est élaborée autour du sida. Ils ont envers les personnes vivant avec le VIH les mêmes attitudes qu'envers des patients atteints d'autres pathologies ; or, le respect du secret professionnel n'est pas banalisé dans la plupart des services de soin ouest-africains.

Un troisième niveau de discrimination n'est pas fondé par l'ignorance mais résulte de la remise en cause que représente l'épidémie de VIH pour les professionnels de santé et leurs programmes, qui conduit à rationaliser l'évitement en tenant les femmes séropositives pour responsables de leur atteinte et en leur faisant porter la charge matérielle et symbolique de la prévention de la transmission par l'allaitement. Ceci contribue au fait que des professionnels perçoivent les femmes atteintes par le VIH comme des femmes distinctes des patientes "ordinaires", constituant une population à part, qui vient perturber les services de soin, comme le laissent entendre ces mots d'un responsable de programme : « *Le problème, ce n'est pas l'allaitement, c'est les femmes qui sont séropositives* »³³. Plus subtil, ce dernier type de discrimination amène à considérer que les femmes séropositives n'ont le droit de faire des choix que lorsque ceux-ci correspondent aux perceptions des professionnels de santé, ou devraient elles-mêmes financer la prévention en "payant" l'alimentation artificielle pour leur enfant.

À ces trois niveaux de représentations entretenant la discrimination, trois types de réponses peuvent être apportées :

- au premier niveau, l'ignorance est l'une des causes des attitudes de discrimination auxquelles les programmes de formation peuvent aisément remédier.
- au niveau de la "culture" en matière de VIH et des représentations concernant les personnes atteintes, les échanges avec des associations de personnes vivant avec le

³³ Cf. chapitre XVII.

VIH, qui permettent des rencontres concrètes dans un contexte différent d'une relation de soin, et qui permettent de mesurer l'importance des actions des associations dans le domaine de la prise en charge communautaire, peut favoriser cette "socialisation" qui fait actuellement défaut aux professionnels de santé non spécialisés.

- au niveau de la considération à l'égard des femmes séropositives dans les programmes de soin, c'est essentiellement l'échange avec les personnes atteintes et les professionnels de santé publique extérieurs au programme qui peut permettre une prise de conscience de ces manquements à l'éthique.

À ces trois niveaux, le rôle des associations de personnes vivant avec le VIH est essentiel.

Reconsidérer la crainte de la généralisation des substituts du lait maternel

Si notre étude montre l'importance de certains "obstacles socioculturels" à la prévention, elle montre aussi que certaines craintes des professionnels de santé publique concernant les dangers ou les effets pervers de programmes de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement pourraient avoir été surestimées dans le contexte de l'Afrique de l'Ouest. Les professionnels de santé qui sont engagés depuis plusieurs années dans la promotion de l'allaitement maternel redoutent que l'emploi des substituts dans les services de soin soit perçu comme une forme de promotion de ces produits et que leur usage chez des femmes séropositives puisse avoir un effet "d'entraînement" pour d'autres femmes.

L'inaccessibilité actuelle des substituts du lait maternel est en elle-même fortement dissuasive pour les parents de nourrissons. Nous avons observé que même les parents qui en auraient objectivement besoin ne les utilisent pas, faute de pouvoir les acheter³⁴. Une délivrance sur prescription médicale de substituts "génériques" ne changerait pas radicalement le circuit de commercialisation et les modalités d'accès aux substituts commerciaux, pas plus qu'elle ne réduirait les tarifs pratiqués. D'autre part, les différentes enquêtes

³⁴ Cf. chapitres IX et X.

réalisées en milieu rural comme en milieu urbain montrent que le lait en poudre est véritablement considéré comme un lait inférieur, utilisé par défaut. Le lait maternel est unanimement jugé irremplaçable, notamment parce qu'au-delà de l'aspect nutritionnel, déjà important aux yeux des femmes, il véhiculerait divers éléments indispensables à l'incorporation sociale de l'enfant, dans sa famille et dans son lignage, et aurait une fonction "humanisante". Les nombreuses représentations favorables au lait maternel sont inscrites au plus profond des normes sociales et culturelles ; elles sont bien antérieures aux actuels messages de promotion de l'allaitement maternel, qui ne viennent que conforter des opinions largement partagées et fortement ancrées. S'il est reconnu que les "laits artificiels" peuvent sauver un enfant lorsqu'aucune femme ne peut l'allaiter, le consensus social actuel leur accorde une moindre qualité par rapport au lait maternel. La norme sociale qui valorise l'allaitement maternel, et la crainte de la stigmatisation associée à toute femme qui n'allait pas, constituent deux éléments supplémentaires venant limiter l'usage des laits en poudre. La crainte de la généralisation des substituts du lait maternel s'avère injustifiée au Burkina Faso et en Côte-d'Ivoire, comme vraisemblablement dans les autres pays d'Afrique de l'Ouest dont le niveau économique est peu différent³⁵, eu égard aux tarifs de "l'alimentation artificielle"³⁶. Il échoit aux programmes de promotion de l'allaitement maternel de s'assurer par des moyens juridiques que les multinationales ne basent pas leur publicité sur l'indication des substituts pour les femmes séropositives ; compte tenu des risques de stigmatisation, elles auraient peu d'intérêt à le faire.

Des pistes pour la prévention

L'état des lieux des compétences et les premiers résultats d'un programme pilote mis en place à Abidjan permettent de proposer quelques observations et d'établir des recommandations.

³⁵ Dettwyler, qui fait partie des anthropologues "engagés pour la promotion de l'allaitement maternel" avait fait la même observation au Mali (Dettwyler 1988).

³⁶ Le salaire mensuel minimum n'excède pas 60 000 FCFA dans ces pays : il est peu supérieur au coût mensuel de l'alimentation aux "laits artificiels".

Des compétences actuelles aux résultats d'un programme pilote

L'enquête réalisée au Burkina Faso montre que les compétences existent en matière de gestion de l'alimentation artificielle des nourrissons, de dépistage du VIH, de soutien social proposé aux personnes vivant avec le VIH, mais qu'elles sont dispersées. La gestion de l'allaitement et la lutte contre le sida font appel à deux secteurs du système de soin qui étaient jusqu'à présent indépendants. De plus, les modes de structuration des deux programmes sont différents : le programme de promotion de l'allaitement est défini et centralisé au niveau international, alors que le programme de lutte contre le sida est organisé au niveau national. Ces programmes ont un "poids" inégal en termes de moyens, de réalisations effectives et de crédibilité scientifique. Aucun des deux programmes n'a jusqu'à présent pris en charge la définition d'une stratégie de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement. Aussi, les compétences sont-elles encore méconnues et non capitalisées.

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement maternel ne peut pas être mise en œuvre indépendamment de l'ensemble du système de soin. Elle nécessite l'avancée simultanée et coordonnée d'un ensemble d'actions : formation du personnel en matière d'allaitement et de VIH ; disponibilité, accessibilité et acceptabilité du conseil et dépistage ; accessibilité des alternatives à l'allaitement maternel ; disponibilité, accessibilité et acceptabilité de la prise en charge du VIH ; etc. Ces actions nécessitent l'amélioration des compétences en matière de VIH de l'ensemble des agents de santé. Certes, les performances attendues dans ce domaine particulièrement complexe ne sauraient être meilleures que dans l'ensemble du système de soin. Au Burkina Faso, à l'exception de quelques lieux dans lesquels des personnes motivées s'investissent de manière importante dans leur activités, l'attractivité du système de santé auprès de la population a diminué depuis dix ans : le taux de fréquentation des formations sanitaires est passé de 31,9 % en 1986 à 21,1 % en 1996, après avoir atteint 18,1 % en 1995 (Direction des Études et de la Planification 1999 : 80), ce qui traduit la désaffection de la population. La précarité de l'état sanitaire de la population s'accroît comme en témoignent la remontée du taux de mortalité

infanto-juvénile qui passe de 187 pour mille en 1993 à 219 pour mille en 1999, et l'augmentation, durant cette même période, de 31,5 à 36,3 % de la prévalence de l'insuffisance pondérale modérée et sévère (- 2 ET et - 3 ET du poids par rapport à l'âge) des enfants de moins de 3 ans (Konaté *et al.* 1993 ; Barrère *et al.* 1999). Le système de santé ne paraît pas avoir la capacité d'améliorer ces indicateurs ; l'épidémie de sida ajoute un lourd fardeau à un système de soin déjà peu performant. L'absence de données objectives concernant la prise en charge des personnes vivant avec le VIH dans le système de soin atteste des incapacités du système de soin public dans ce domaine, alors qu'une part importante de la prise en charge des malades du sida est réalisée par les associations et organisations à base communautaire. Dans ces conditions, les actions qui pourront être menées dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement devront s'appuyer sur des initiatives associatives ou bâties autour de professionnels de santé engagés au plan personnel, et sur l'intervention scientifique, logistique et technique, d'institutions du niveau international.

Parallèlement aux stratégies nationales qu'il est urgent de définir, des "programmes pilotes" sont mis en place en Afrique de l'Ouest, à l'initiative des instances nationales ou d'autres instances selon l'état de la lutte contre le sida dans les pays, sur la base des recommandations présentées en introduction (UNICEF/UNAIDS/WHO 1998 ; Dabis *et al.* 2000) et des observations rapportées ici. Les premiers résultats du programme pilote mis en place à Abidjan (voir encadré) attestent de la faisabilité, de l'accessibilité et de l'acceptabilité de la prévention lorsque les moyens matériels et logistiques sont disponibles, lorsque les professionnels de santé sont formés et compétents, et lorsque les équipes ont intégré des membres d'associations de personnes vivant avec le VIH qui assurent un véritable conseil et un suivi en matière d'alimentation de l'enfant et de VIH.

L'expérience de prévention communautaire de prévention de la transmission mère-enfant à Abidjan

À partir d'octobre 1998, un programme pilote a été progressivement mis en place, dans les suites de l'essai DITRAME, pour assurer en routine la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Ce programme, développé par l'UNICEF en partenariat avec le PNL/CI et l'équipe DITRAME-ANRS, a concerné quatre

formations sanitaires d'Abidjan. Dans ces formations sanitaires, ont été mis en place :

- un dépistage systématiquement proposé en consultation prénatale, assorti d'un conseil réalisé par une équipe de sages-femmes et d'assistantes sociales ayant une expérience de plusieurs années dans ce domaine,
- une chimioprophylaxie par la zidovudine en régime court, assurée par l'équipe médicale,
- la mise à disposition de substituts du lait maternel et d'ustensiles pour la préparation de l'alimentation artificielle des nourrissons,
- un suivi hebdomadaire des nourrissons nourris aux substituts du lait maternel, en complément du suivi médical des femmes et enfants,
- un soutien psychologique auprès des femmes au cours de visites à domicile réalisées par des conseillères issues d'une association de personnes vivant avec le VIH.

Le rapport final publié début 2000 (Msellati *et al.* 2000) met en évidence des taux d'acceptation des alternatives à l'allaitement maternel élevés : près de trois femmes sur quatre ont choisi cette mesure de prévention. Ce mode d'alimentation n'a pas eu de conséquences sanitaires préjudiciables pour les enfants suivis.

Cette expérience montre l'importance de trois aspects qui ont guidé l'élaboration de ce programme :

- l'accessibilité des substituts du lait maternel : elle apparaissait comme un pré-requis ; le programme montre que lorsqu'ils sont accessibles, les substituts du lait maternel sont choisis par les femmes. D'autre part, ils peuvent être utilisés sans danger lorsque leur utilisation fait l'objet d'une éducation préalable et d'un suivi sanitaire.
- la nécessité d'une information et d'un "conseil" : le conseil a reçu une attention particulière dans le cadre de ce programme. Un premier conseil pré-test est réalisé en groupe, puis suivi d'un conseil individuel. En post-test, c'est un conseil individuel qui est assuré par l'équipe soignante. Le suivi assuré par les conseillères permet d'inscrire cette intervention dans la durée.
- la participation au programme de conseillères issues du milieu associatif, qui complètent le savoir apporté par l'équipe soignante, par leur expérience. De l'avis des conseillères, la discussion avec les femmes autour de leur propre expérience (discussion entre "pairs") joue un grand rôle pour la motivation à adopter les mesures préventives. Deux conseillères expliquent leurs propres cas aux femmes qu'elles rencontrent : l'une d'elles a allaité son enfant, qui a été contaminé ; l'autre a utilisé les substituts du lait maternel, et son enfant est séronégatif et bien portant. En complément à l'information sur les taux de transmission, ce que les conseillères montrent aux femmes, c'est, selon leurs termes, « qu'elles peuvent croire aux mesures préventives qu'on leur propose ».

Le Fonds de Solidarité Thérapeutique International s'est engagé dans la même direction depuis avril 1999 en proposant, dans deux formations sanitaires, d'une part un programme de prévention de la transmission mère-enfant selon les mêmes modalités que celles décrites ci-dessus, et d'autre part une prise en charge globale de la femme vivant avec le VIH et de son enfant, avec accès aux traitements antirétroviraux hautement actifs. Les premiers résultats concernant la prévention de

la transmission mère-enfant ont été rapportés au cours de la Conférence de Paris (Gonhi 1999 ; Noba 1999).
--

Dix mesures pour prévenir la transmission du VIH par l'allaitement

Les résultats de notre enquête et l'expérience du programme pilote présentée ci-dessus conduisent à définir dix mesures de santé publique pour la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement (voir pages 540-541). Ces propositions complètent les recommandations internationales de UNICEF/ UNAIDS/WHO et du groupe de Gand. Elles résultent de nos observations concernant les aspects socioculturels de l'allaitement dans la culture et l'organisation sociale des populations d'Afrique de l'Ouest auprès desquelles nous avons enquêté, et dans la culture et l'organisation sociale du système de soin biomédical, tel qu'il existe dans cette région. Ces recommandations sont suffisamment générales pour être également pertinentes pour d'autres régions de l'Afrique, voire des pays du Sud, sous réserve de leur adaptation aux situations locales.

Ces recommandations reposent sur deux "pré-requis" incontournables si l'on considère que la priorité doit être donnée à la préservation de la santé des femmes et des enfants :

- adopter le principe de précaution qui veut que l'on ne diffère pas la mise en œuvre de mesures préventives éprouvées, même si l'on ne dispose pas de connaissances scientifiques détaillées et exhaustives,
- faire passer le principe de réalité avant des points de vue idéologiques qui amènent à considérer les connaissances épidémiologiques et la production scientifique concernant la transmission du VIH par l'allaitement comme faisant l'objet d'une conspiration d'intérêts commerciaux.

Ces "pré-requis" ne font pas encore l'objet d'un consensus généralisé dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement. En atteste la Résolution WHA53.14, fruit du travail de la cinquante-troisième Assemblée Mondiale de la Santé qui s'est tenue en mai 2000, intitulée : "VIH/SIDA : faire face à l'épidémie".

Concernant la prévention de la transmission mère-enfant, l'Assemblée demande instamment aux États Membres « de poursuivre les recherches [sur la prévention de la transmission mère-

enfant du VIH] et d'intégrer les actions de prévention dans les services de soins de santé primaires, y compris les services de santé génésique, dans le cadre de programmes de prise en charge globale des femmes enceintes infectées par le VIH et du suivi postnatal de ces femmes et de leur famille, *en veillant à ce que cette recherche soit dénuée de tout intérêt particulier susceptible de biaiser les résultats et que toute participation commerciale soit clairement annoncée* » (OMS 2000 : 4).

Néanmoins, la réalité de la transmission du VIH par l'allaitement a été suffisamment documentée au plan scientifique pour que les efforts portent désormais sur la définition et la mise en oeuvre des mesures de prévention, dans la voie proposée par l'ONUSIDA, en priorité dans les régions les plus touchées par l'épidémie.

Dix mesures pour prévenir la transmission du VIH par l'allaitement en Afrique de l'Ouest

- 1 Mettre en oeuvre la prévention de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement simultanément et de manière articulée à la mise en oeuvre des autres mesures de prévention de la transmission pré et post-natale.
- 2 Considérer que la prise en charge médicale et le soutien psychosocial pour la mère concernant son atteinte par le VIH est une condition essentielle de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement.
- 3 Définir une stratégie optimale de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement pour chaque pays en mettant en place des actions spécifiques et en améliorant et/ou renforçant les soins de santé maternelle et infantile, les actions de promotion de l'allaitement maternel et les actions de lutte contre le VIH.
- 4 Redéfinir les programmes de promotion de l'allaitement maternel pour les adapter aux contextes épidémiologiques et sanitaires locaux, en favorisant la promotion de l'allaitement maternel exclusif, la prise en charge des pathologies mammaires, la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement, et l'alimentation des enfants qui ne peuvent être allaités par leur mère.

- 5 Rendre disponibles et accessibles les substituts du lait maternel et mettre en place un circuit de distribution de substituts "génériques" dans le système de soin, avec délivrance sur prescription médicale.
- 6 Définir les modalités du conseil en alimentation infantile destiné aux femmes séropositives et aux parents et "mères de substitution" pour les nourrissons qui ne peuvent être allaités par leur mère ; former les agents de santé et les membres d'associations qui agissent dans le champ de la petite enfance, de l'alimentation infantile et du VIH, à ce conseil.
- 7 Mettre en place des modalités de formation des mères et "mères de substitution" à l'usage des substituts du lait maternel et aux options alimentaires dans les centres de santé maternelle et infantile, en priorité dans les centres de récupération et d'éducation nutritionnelle ; définir les modalités de suivi des nourrissons soumis à ces modes d'alimentation.
- 8 Développer le conseil psychosocial à long terme pour les femmes séropositives et y intégrer les aspects liés à la transmission du VIH par l'allaitement et aux options alimentaires ; pour cela, mettre en place des collaborations entre équipes sanitaires et associations de soutien aux personnes infectées et affectées par le VIH, associations de PVVIH et associations de promotion de l'allaitement maternel ; donner à ces acteurs de prévention les moyens (matériels, logistiques et de formation) de réaliser ces actions.
- 9 Réduire le risque social qu'encourent les femmes qui suivent les recommandations de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement, en luttant contre la stigmatisation à l'égard des personnes atteintes par le VIH et des femmes qui n'allaitent pas. Cela passe par l'élaboration de nouveaux messages d'information sanitaire et la formation des professionnels de santé.
- 10 Considérer que la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement ne relève pas que de la responsabilité des mères, mais relève en premier lieu de la responsabilité des

États au travers des institutions sanitaires et des programmes nationaux de lutte contre le sida et de promotion de l'allaitement.

Références bibliographiques

- Barrère B., G. Mboup, M. Ayad
 1999 *Enquête Démographique et de Santé/Demographic and Health Survey (DHS)*. Calverton, Macro International Inc.
- Cartoux M., P. Msellati, N. Meda *et al.*
 1998 Attitude of pregnant women towards HIV testing in Abidjan, Côte-d'Ivoire and Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *AIDS* 12 : 2337-2344.
- Coreil J.
 1998 Cultural feasibility studies in preparation for clinical trials to reduce maternal-infant HIV transmission in Haiti. *AIDS Education and Prevention* 10 : 46-62.
- Dabis F., M.L. Newell, L. Fransen *et al.*
 2000 Prevention of mother-to-child transmission of HIV in developing countries : recommendations for practice. *Health Policy and Planning* 15 (1) : 34-42.
- Desclaux A.
 1996a Le traitement biomédical de la malnutrition au temps du sida. *Sciences Sociales et Santé* 14 (1) : 73-101.
 1996b « La recherche anthropologique peut-elle contribuer à la lutte contre la discrimination envers les personnes atteintes par le VIH ? ». In : J. Benoist et A. Desclaux (éds.), *Anthropologie et sida : bilan et perspectives* : 267-281. Paris, Karthala.
 1999 « Des infirmières face au sida. Impact de l'épidémie sur les rôles professionnels dans un service de pédiatrie du Burkina Faso ». In : C. Becker, J.P. Dozon, M. Touré, C. Obbo C. (éds.), *Vivre et penser le sida en Afrique* : 541-558. Paris, Karthala, IRD-CNLS-CODESRIA.
 2000 *L'épidémie invisible. Anthropologie d'un système de santé à l'épreuve du sida chez l'enfant à Bobo-Dioulasso, Burkina Faso*. Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- Desclaux A. et Cl. Raynaud
 1997 *Le dépistage VIH et le conseil en Afrique au sud du Sahara*. Paris, Karthala.
- Dettwyler K.A.

- 1988 More than nutrition : Breastfeeding in urban Mali. *Medical Anthropology Quarterly* 2 (2) : 172-183.
- Direction des Etudes et de la Planification
1999 *Statistiques 1996*. Ouagadougou, Ministère de la Santé, SG/DEP.
- Fylkesnes K., A. Haworth, C. Rosensvard *et al.*
1999 HIC counselling and testing : overemphasizing high acceptance rates, a threat to confidentiality and the right not to know. *AIDS* 13 : 2469-2474.
- Gonhi C., V. Noba, I.M. Coulibaly *et al.*
1999 *Prise en charge psycho-sociale à domicile des femmes enceintes VIH positif : l'intervention des personnes vivant avec le VIH/sida dans le cadre du programme FSTI en Côte-d'Ivoire*. 4ème Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière et communautaire des personnes vivant avec le VIH/sida. Paris, 5-8 décembre 1999, Abstract 759.
- Jaffré Y. et A. Prual
1993 Le "corps des sage-femmes", entre identités professionnelles et sociales. *Sciences sociales et santé*, 9 (2) : 63-80.
- Konaté D.L., T. Sinaré, M. Séroussi
1993 *Enquête démographique et de santé/Demographic and Health Survey (DHS)*. Calverton, Macro International Inc. Ouagadougou, Institut national de la statistique et de la démographie.
- Le Coeur S.
1999 Attitudes des femmes africaines vis-à-vis du dépistage VIH. *Transcriptase* 73 : 28-30.
- Meda N.
2000 Lait maternel et risque VIH. Facteurs de diminution du risque lié à l'allaitement. *Transcriptase* 81 : 52-56.
- Msellati P.
2000 Conseil et dépistage volontaire. Les enseignements d'une expérience menée à Abidjan. *Transcriptase* 81 : 58-60.
- 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.
- Msellati P., R. Ramon, I. Viho

- 1998 Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa : uptake of pregnant women in a clinical trial in Abidjan, Côte-d'Ivoire. *AIDS* 12 : 1257-1258.
- Noba V., I.M. Coulibaly, E. Aoussi *et al.*
 1999 *Activités de dépistage et de prise en charge de l'infection par le VIH chez les femmes enceintes en consultation prénatale : l'intervention du Fonds de solidarité thérapeutique internationale en Côte-d'Ivoire.* Communication. 4ème Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière et communautaire des personnes vivant avec le VIH/sida. Paris, 5-8 décembre 1999, Abstract 760.
- Olivier de Sardan J.P., A. Moumouni et A. Souley
 1999 "L'accouchement c'est la guerre". De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. *Bulletin de l'APAD* 17 : 71-93.
- OMS
 1991 *Guide pour le conseil dans l'infection à VIH et le sida.* Série technique OMS Sida n°8, Genève.
 2000 *VIH/SIDA : faire face à l'épidémie.* Résolution de l'Assemblée Mondiale de la Santé. Genève, WHA53.14, 20 mai 2000.
- Seidel G.
 1999 *HIV/AIDS and strategies to prevent mother-to-child transmission in South Africa : a study of practices, representations, discourse, gender, ethics, rights and health policy.* Final report. Bordeaux, Laboratoire Sociétés, Santé, Développement, Université Victor Segalen.
- Taverne B.
 1997 Quelle prise en charge pour les malades séropositifs ou sidéens en milieu rural au Burkina Faso ? *Cahiers Santé* 7 (3) : 177-186.
- Temmerman M., J. Ndinya-Achola, J. Ambani *et al.*
 1995 The right not to know HIV-test results. *Lancet* 345 : 969-970.
- UNICEF/UNAIDS/WHO
 1998a *HIV and infant feeding. Guidelines for decision-makers,* WHO/FRH/NUT 98.1, UNAIDS/98.3.
 1998b *HIV and infant feeding. Guidelines for health care managers and supervisors,* WHO/FRH/NUT 98.2, UNAIDS/98.4.
- UNICEF/UNAIDS/WHO
 1998c *HIV and infant feeding. A review of HIV transmission through breastfeeding.* WHO/FRH/NUT 98.3, UNAIDS/98.5.

Urban M.

1997 *Attitudes and practices of infant feeding in HIV-1 infected women in Soweto.* Communication. Conference on affordable options for the prevention of mother-to-child transmission of HIV-1, Johannesburg, 19-20 novembre.

Walraven G., A. Nicoll, X. Njau *et al.*

1996 The impact of HIV-1 infection on child health in sub-saharan Africa : burden on health services. *Tropical Medicine and International Health* 1 : 3-14.