

Transmission du VIH par l'allaitement : mesures de prévention en Afrique

Alice Desclaux

Introduction

La transmission du VIH par l'allaitement représente un important problème de santé publique dans les pays du Sud. On estime que parmi les 800 000 enfants qui ont été infectés par le VIH en 2001, plus de 90% vivent dans des pays aux ressources limitées ; environ le tiers de ces contaminations serait imputable à l'allaitement (UNAIDS, 2002). Ces chiffres traduisent une inégalité Nord-Sud majeure, car la transmission du VIH par l'allaitement est exceptionnelle dans les pays développés, où l'alimentation par les substituts du lait maternel est systématiquement recommandée aux mères séropositives. Depuis 1998, des protocoles thérapeutiques adaptés aux systèmes de santé du Sud permettent de réduire efficacement la transmission du VIH au cours de la grossesse et de l'accouchement, mais la prévention de la transmission par l'allaitement n'a pas connu de telles avancées techniques. Dans ce domaine, les mesures préventives appliquées au Nord ne peuvent pas être généralisées, car l'alimentation par les substituts du lait maternel n'est pas disponible, accessible sur le plan économique, ni acceptable sur le plan social pour toutes les femmes vivant dans les pays du Sud. De plus, l'utilisation de « laits artificiels » fait courir aux nourrissons des risques infectieux et nutritionnels dans les contextes sanitaires où l'approvisionnement en eau potable n'est pas assuré et où un suivi régulier par des services de santé maternelle et infantile n'est pas garanti. Les modes de prévention doivent donc être définis de manière adaptée aux contextes sanitaires et sociaux, aux capacités des systèmes de soin, et aux situations locales en matière de dépistage, de prévention et de prise en charge du VIH.

Étapes historiques de la découverte de la transmission du VIH par l'allaitement

L'histoire de la prise en compte du risque de transmission du VIH par l'allaitement et de l'élaboration de stratégies de santé publique dans ce domaine peut être divisée en quatre périodes :

1. En 1987, alors que des études réalisées dans les pays développés ont montré l'existence de cas de transmission du VIH par l'allaitement, l'OMS publie une déclaration qui reconnaît l'existence d'un risque, affirme les bénéfices indubitables de l'allaitement maternel et recommande la poursuite de l'allaitement, quel que soit le statut des mères, là où il n'existe pas d'alternative sûre et efficace à l'allaitement maternel (WHO/SPA, 1987).

2. L'ampleur de la transmission du VIH par l'allaitement est quantifiée pour la première fois en Afrique en 1991 (Van de Perre *et al.*, 1991). Une méta-analyse précise les taux selon le moment de la contamination de la mère : lorsqu'elle a été contaminée avant l'accouchement, le taux de transmission imputable à l'allaitement, en Afrique, est de 14 % ; lorsque la mère est contaminée pendant la période d'allaitement, le taux est de 29 % (Dunn *et al.*, 1992). Mais ces connaissances ne conduisent pas immédiatement à modifier les stratégies. En 1992, l'OMS et l'UNICEF, craignant les conséquences pathologiques d'une utilisation incontrôlée des laits artificiels, recommandent de poursuivre l'allaitement, quel que soit le statut des femmes en matière de VIH, dans les pays où la malnutrition est une cause importante de mortalité infantile et où il n'existe pas d'alternative sûre à l'allaitement (WHO/GPA, 1992).

3. En 1996, l'ONUSIDA propose de promouvoir le dépistage du VIH chez les femmes enceintes, afin qu'elles puissent bénéficier de la prévention médicamenteuse de la transmission mère-enfant qui fait alors l'objet de plusieurs essais cliniques, et qu'elles puissent choisir des modalités d'alimentation à moindre risque pour leur enfant. Mais il faut attendre 1998 pour que des mesures de prévention de la transmission du VIH par l'allaitement soient définies de manière conjointe par l'OMS, l'UNICEF et l'ONUSIDA. Ces mesures comprennent l'éviction du colostrum, l'alimentation artificielle aux substituts du lait maternel ou aux laits d'animaux, la pasteurisation du lait maternel, la réduction de la durée de l'allaitement, le recours à une nourrice séronégative... Chaque femme devra, au terme d'un « conseil en allaitement » prenant en compte le contexte sanitaire local et analysant les risques et avantages respectifs de chaque option, exercer un « choix éclairé » entre ces diverses modalités d'alimentation. Selon les recommandations des Nations unies, le système de soin doit également mettre en place d'autres mesures préventives (telles que le dépistage et traitement précoce des pathologies du sein et des lésions buccales de l'enfant), aider les femmes à réaliser une alimentation à moindre risque quelle que soit l'option alimentaire qu'elles ont choisie, et insérer ces mesures dans une prise en charge globale du VIH chez la mère et l'enfant. Il devra également renforcer les mesures de prévention concernant les

femmes en âge de procréer, dans un objectif de prévention primaire (UNAIDS/UNICEF/WHO, 1998).

4. A partir de 1999, des publications montrent que le taux de transmission du VIH par l'allaitement peut être réduit lorsque celui-ci est exclusif (Coutsoudis *et al.*, 2001). La transmission reste cependant possible, en particulier au moment du sevrage lorsque le nourrisson ingère d'autres liquides ou aliments. Ces données conduisent à considérer que l'option alimentaire de réduction de la durée d'allaitement doit être assortie de la pratique de l'allaitement exclusif et du raccourcissement de la durée du sevrage. Par ailleurs, des projets-pilotes commencent à montrer que l'utilisation des substituts du lait maternel est possible, même dans des populations pauvres des banlieues des grandes villes africaines, à condition que l'environnement sanitaire soit favorable, que les services de soin fournissent les substituts et assurent un suivi éducatif et nutritionnel. Sur ces bases, chaque programme de prévention et chaque pays doivent définir une stratégie privilégiant une ou plusieurs options en fonction du contexte local, et mettre en œuvre les mesures nécessaires à leur application (WHO, 2000). Des propositions supplémentaires sont publiées afin de favoriser la prise en charge des mères (WHO, 2001). La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement s'inscrit dans une stratégie à trois volets : la prévention primaire de l'infection à VIH chez les futurs parents ; la prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ; et la prévention de la transmission du VIH d'une femme infectée à son enfant qui repose également sur l'administration d'anti-rétroviraux, et l'utilisation de techniques d'accouchement sûres.

Valeur des options d'alimentation du nourrisson en terme de santé publique

Si les organismes internationaux ont tardé à définir des stratégies préventives, c'est d'abord parce qu'elles remettent en question l'allaitement maternel prolongé, dont les bénéfices immunologiques, nutritionnels et psychologiques pour les nourrissons sont inégaux, notamment dans les pays du Sud. C'est aussi parce que le choix d'une stratégie pose des problèmes complexes en termes de santé publique, car toutes les alternatives à l'allaitement maternel prolongé ne sont pas parfaitement faisables, accessibles, acceptables, efficaces et dénuées de risques. Certaines options (notamment le sevrage précoce et court ou la pasteurisation du lait maternel) constituent des innovations dont la faisabilité n'est pas assurée dans tous les contextes. Des options (notamment l'alimentation aux substituts du lait maternel) exigent la mise en œuvre de mesures spécifiques pour assurer leur accessibilité économique pour toutes les femmes. La mise en pratique de ces diverses modalités d'alimentation exige des changements de comportements, qui peuvent être difficilement acceptables lorsque les mesures préventives ne sont pas en accord avec les perceptions des mères ou avec les

normes sociales. L'efficacité de chaque option préventive en terme de réduction de la transmission du VIH n'est pas connue (à l'exception de l'éviction du lait maternel, seule mesure qui annule le risque de manière certaine). L'efficacité de chacune des mesures proposées en terme de réduction de la mortalité et de la morbidité globale n'est pas encore précisée. Appliquées de manière inadéquate, des mesures telles que l'alimentation aux substituts du lait maternel ou le sevrage précoce et rapide, peuvent avoir de graves effets pathogènes : ce sont deux causes de marasme parmi les plus fréquemment identifiées en Afrique. Un excès de risque de diarrhées, d'infections respiratoires et de mortalité, est associé à l'alimentation aux substituts, par comparaison à l'allaitement maternel. Les risques ne concernent pas que l'enfant dont l'allaitement a été suspendu. Les professionnels de santé qui ont connu les méfaits de l'usage des « laits artificiels » craignent de voir leur utilisation se généraliser aux femmes séronégatives. D'autre part, le raccourcissement de la durée d'allaitement prive les femmes des effets contraceptifs de la lactation et les soumet au risque de naissances rapprochées si elles n'ont pas accès précocement à des services de planification familiale. Il est aussi possible que l'allaitement ait un impact nutritionnel pour les mères séropositives, cet aspect n'ayant pas été pas totalement élucidé (Nduati *et al.*, 2001 ; WHO, 2001). Aucune stratégie n'a donc de valeur absolue : chacune d'entre elle doit être examinée en prenant en considération les bénéfices et les risques qui lui sont associés, comparativement aux autres stratégies disponibles.

De la « balance des risques » aux mesures de santé publique

Les avantages et inconvénients respectifs des mesures proposées ont conduit à promouvoir une « mise en balance des risques » afin de définir les stratégies les plus pertinentes. Compte tenu des incertitudes concernant les performances de ces mesures sur le terrain, et de la diversité des situations, ces stratégies sont définies à deux niveaux :

- Celui des programmes dont les responsables, prenant en compte le contexte social, sanitaire et environnemental au plan collectif (souvent national), retiennent certaines options alimentaires pour lesquelles un appui sera mis en place. Ainsi, à Lusaka, la Zambia Exclusive Breastfeeding Study propose l'allaitement exclusif à toutes les femmes (dans les suites d'une prophylaxie médicamenteuse par la zidovudine) et diverses modalités de sevrage précoce (Kuhn *et al.*, 2002). Au Burkina Faso, les options retenues par le programme national comprennent, en premier lieu, l'allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce et, dans certains cas, l'alimentation aux substituts du lait maternel. A Yaoundé, le programme national du Cameroun recommande l'alimentation aux substituts du lait maternel à toutes les femmes.

- Celui des femmes pour lesquelles le choix d'une option alimentaire doit tenir compte de nombreux facteurs biologiques : il est recommandé aux femmes parvenues au stade clinique de la maladie de cesser l'allaitement maternel, le risque de transmission étant d'autant plus élevé que la charge virale maternelle est importante ; l'allaitement doit être suspendu (du côté du sein malade) en cas d'abcès, de mastites et de pathologies du mamelon qui favorisent la transmission du VIH. Ce choix doit aussi tenir compte des contraintes matérielles liées aux options alimentaires dans le contexte de vie et de travail de chaque femme, et des aspects psychologiques, familiaux et sociaux, relatifs au risque de stigmatisation que comporte le fait de ne pas allaiter ou de sevrer son enfant précocement.

Pour les organismes des Nations unies, chaque femme, à condition qu'elle ait été suffisamment informée des avantages et des inconvénients des différentes modalités d'alimentation, est la plus à même de prévoir les difficultés qu'elle rencontrera pour mettre en pratique l'une ou l'autre des options, et de mesurer l'impact potentiel de sa décision sur ses relations familiales et sociales. Le choix « éclairé » des femmes est privilégié, dans une optique de respect des droits qui stipule que chaque femme a le droit de ne pas choisir l'option que les professionnels de santé jugeraient pour elles la mieux indiquée. Ces recommandations indiquent que les femmes doivent être aidées et appuyées dans leur choix afin de réduire les risques de morbidité et de mortalité de l'enfant. La nature et les modalités de cet appui sont laissées à l'appréciation des différents programmes ; elles sont en grande partie en cours de définition et d'expérimentation.

Pour les systèmes de soin, assurer la prévention de la transmission par l'allaitement rend nécessaire de nombreuses mesures de santé publique. Un conseil en allaitement et un suivi doivent être mis en place auprès des femmes séropositives et de leurs enfants. Le « conseil » doit être élaboré sur le modèle du counselling pré et post-test VIH, et comprendre, de la part de l'agent de santé, une information et une écoute : une part de discussion entre l'agent et la mère, une anticipation de la part de celle-ci des difficultés qu'elle pourrait rencontrer. Il s'agit d'une forme de relation soignant-soigné très différente des relations de savoir, asymétriques, prévalentes jusqu'à présent. Le suivi qui doit comprendre des informations, démonstrations, et si possible des visites à domicile, doit commencer pendant la grossesse, se poursuivre bien au-delà de la période post-natale, et être renforcé au moment du sevrage. Ces mesures doivent être intégrées au « paquet minimum d'interventions » en santé maternelle et infantile, ce qui implique des réorganisations institutionnelles. Les ressources nécessaires sont importantes, notamment lorsqu'il s'agit d'assurer l'approvisionnement des nourrissons en substituts du lait maternel ou en aliments de remplacement. Des mesures organisationnelles doivent être prises pour instaurer la distribution des substituts du lait maternel sous contrôle médical et coordonner les actions de prévention du VIH/sida, de lutte contre la malnutrition, et de promotion de l'allaitement maternel. Ceci conduit à adapter, voire à modifier, l'organisation actuelle des services de Santé Maternelle et Infantile. Mettre en œuvre la prévention exige donc la création de programmes de santé publique à part entière, intégrés, impliquant le système de soin

du niveau spécialisé au niveau décentralisé des services de soins périphériques, en articulation avec le secteur communautaire.

Les obstacles rencontrés par les programmes et projets-pilotes

L'accessibilité des traitements anti-rétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant a conduit à mettre en place des projets-pilotes et des programmes dans de nombreux pays africains au cours des trois dernières années (14 pays disposent de projets en juin 2002). Leur expérience a permis de documenter les obstacles auxquels se heurte la mise en œuvre des mesures préventives dans le système de soin et dans la population. Ces obstacles, qui ont été étudiés de manière approfondie au Burkina Faso (Desclaux A. et Taverne B., 2000), ont aussi été observés dans d'autres pays, bien qu'ils n'aient pas encore tous fait l'objet de publications.

Dans le système de soin, ces obstacles comprennent : - l'incapacité actuelle des services à conseiller les mères en matière d'alimentation avec les substituts du lait maternel, les professionnels de santé ayant lutté contre leur utilisation au cours des vingt dernières années ; - l'insuffisance des connaissances des personnels de Santé Maternelle et Infantile, jusqu'à présent peu concernés par le VIH/sida ; - l'absence dans la plupart des pays de programmes de prévention et prise en charge de la malnutrition suffisamment structurés et efficaces pour accueillir les mères séropositives et leurs enfants ; - l'existence de contradictions entre les informations délivrées aux femmes séropositives et les messages des programmes de promotion de l'allaitement maternel ; - les attitudes stigmatisantes vis-à-vis des femmes séropositives ou des femmes qui n'allaitent pas leur enfant, encore prévalentes chez de nombreux professionnels de santé.

Dans la population, les obstacles tiennent au fait que l'allaitement est un acte public qui engage non seulement la mère, mais également son conjoint et son entourage. Pour les femmes qui vivent dans des situations économiques précaires -c'est-à-dire pour la majorité des femmes des pays du Sud- la première qualité du lait maternel est sa gratuité. En Afrique de l'ouest, le coût mensuel des substituts du lait maternel est équivalent ou supérieur au salaire minimum auquel il faut encore ajouter le coût des combustibles et des ustensiles. En cas de sevrage précoce, le coût des aliments de substitution peut être non négligeable. Les alternatives à l'allaitement prolongé ont un coût que les systèmes de soin ne peuvent plus ignorer.

Mais même lorsque l'obstacle de l'accessibilité des alternatives à l'allaitement est levé, subsistent de nombreuses difficultés d'ordre social et culturel. Les perceptions qui valorisent l'allaitement maternel sont très ancrées dans la plupart des cultures

« traditionnelles ». Sur le plan symbolique, l'allaitement inscrit l'enfant dans la parenté et contribue à construire son identité ; sur le plan biologique, l'allaitement est souvent considéré comme nécessaire pour apporter à l'enfant une « force » que les substituts ne lui fournissent pas. De plus, l'allaitement n'est pas qu'un mode d'alimentation de l'enfant : il est un mode de relation qui permet à la mère de garder son enfant avec elle, quelle que soit son occupation, et de le nourrir sans modifier son emploi du temps, parfois même sans interrompre son travail. Aux difficultés matérielles que pose à une mère le fait de devoir préparer les aliments de son enfant, s'ajoute le poids du regard de la société dans les nombreuses populations où l'allaitement maternel prolongé est la norme. Il est dans ce cas stigmatisant de ne pas allaiter, et les femmes peuvent être accusées d'être de « mauvaises mères » qui gaspillent l'argent du foyer ou négligent leur enfant, notamment lorsqu'elles le sèvrant à trois ou quatre mois. Il en est de même lorsqu'elles choisissent l'allaitement exclusif, exceptionnellement pratiqué dans la majorité des pays d'Afrique sud-saharienne, notamment en Afrique de l'ouest où des liquides divers (eau, tisanes, eau sucrée, miel) sont donnés aux nourrissons, relevant des savoirs populaires en matière de puériculture.

De plus, adopter un mode d'alimentation de l'enfant peu conforme aux usages exige que la mère évoque le VIH avec son conjoint. Or, l'instauration du dépistage en consultation prénatale a conduit de nombreuses femmes à être les premières personnes de leur foyer à découvrir leur séropositivité. Annoncer sa séropositivité à son conjoint fait courir le risque d'être accusée d'avoir introduit le virus dans le couple, voire d'être rejetée. Au Burkina comme en Côte-d'Ivoire, très peu de femmes ont informé leur mari de leur séropositivité. A Abidjan, les femmes qui suivent le programme jusqu'au bout sont très peu nombreuses à avoir informé leur partenaire (Painter *et al.*, 2002). Lorsque la notion de transmission du VIH par l'allaitement est connue par la population, le fait de ne pas allaiter peut conduire son entourage à suspecter que la mère est infectée par le VIH, et ouvrir la voie à diverses formes de discrimination et stigmatisation. Les récits de femmes séropositives montrent qu'elles doivent constamment faire un « choix » tragique entre le risque biologique de contaminer leur enfant et le risque social d'être stigmatisées comme mauvaises mères et/ou comme femmes séropositives.

Les recommandations des Nations unies mettent en avant le choix des femmes, considéré comme un droit. Mais, dans la réalité, les marges de choix des femmes sont souvent très réduites et leurs décisions sont prises sous le poids de multiples contraintes. Bien souvent, elles ne peuvent maintenir leur décision initiale au-delà de quelques semaines (Shapiro *et al.*, 2002). Les femmes pratiquent alors malgré elles une alimentation mixte, la plus à risque de transmission du VIH (Jonnalagadda *et al.*, 2002). Une des difficultés spécifiques de la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement tient au fait qu'elle ne dépend pas que des attitudes des mères, mais également des attitudes de l'ensemble du corps social, du statut des femmes, et de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH. Les pratiques des femmes dépendent de logiques sociales, politiques, culturelles, collectives, souvent hors de leur portée (UNICEF et The Panos Institute, 2001).

Expérience des programmes et perspectives

Dans l'attente des résultats de nouvelles études qui permettraient d'adapter les mesures préventives en fonction du statut immunologique de la mère, ou de « sécuriser » l'allaitement par l'usage d'anti-rétroviraux chez la mère et/ou chez l'enfant, ce qui permettrait d'éviter certains obstacles sociaux à la prévention, des expériences, de plus en plus nombreuses mais encore en cours d'évaluation, permettent de dégager quelques propositions. Les premiers programmes mis en place, notamment à Abidjan, au Cameroun et dans les pays d'Afrique Australe, ont montré que la prévention de la transmission par l'allaitement était possible, à la condition que : - les équipes sanitaires soient compétentes et disposent de temps pour réaliser le conseil en alimentation infantile en consultation prénatale et de manière soutenue dans les premiers mois ; - que l'accès aux aliments de substitution soit assuré ou subventionné ; - que le suivi nutritionnel des enfants soit rapproché ; - que les femmes soient soutenues dans le secteur communautaire (UNICEF, 2000 ; Msellati, 1999). En Zambie et en Ouganda, les premiers résultats des projets-pilotes montrent qu'il est possible pour de nombreuses femmes d'assurer un allaitement exclusif et un sevrage précoce, même lorsque ces pratiques ne sont pas ancrées dans la culture locale (Kuhn. *et al.*, 2002 ; Magoni *et al.*, 2002) ; malheureusement cette option semble peu efficace en terme de prévention de la transmission à moyen terme (Magoni *et al.*, 2002). Les associations ont un rôle important à jouer pour transmettre aux mères un savoir-faire fondé sur l'expérience en matière d'alternatives à l'allaitement prolongé, ainsi qu'en matière de lutte contre la stigmatisation et de gestion de l'impact psychologique et social de la séropositivité (Besser, 2002). A Abidjan, les membres d'associations de femmes séropositives ont joué un rôle déterminant pour informer les femmes dans les services de soin et au cours de visites à domicile, les motiver pour l'application des mesures préventives, les aider à gérer l'impact de ces mesures sur leur vie familiale, et pour adapter le système de soin à leurs besoins (Gonhi *et al.*, 1999). A Lusaka, la mise en place de visites à domicile destinées aux pères et de consultations de conseil pour les couples a permis d'améliorer l'acceptabilité du programme mère-enfant (Shutes *et al.*, 2002).

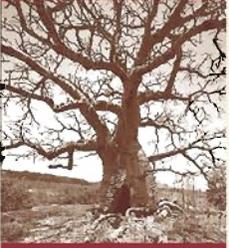
Des recherches opérationnelles sont encore nécessaires pour préciser le contenu du conseil en allaitement, les protocoles de suivi les plus pertinents, ainsi que les interventions les plus efficaces et faisables en matière d'information, de suivi et de soutien pour les femmes, concernant les options alimentaires à moindre risque. Le premier défi est celui de l'acceptabilité des programmes de prévention de la transmission mère-enfant : jusqu'à présent, le non-retour des femmes aux différents stades des programmes en constitue la principale limite (Van't Hoog *et al.*, 2002 ; WHO, 2000). L'articulation de ces programmes à la prise en charge familiale du VIH et leur intégration dans les services de santé maternelle et infantile suppose de réexaminer l'organisation, les missions et le fonctionnement de nombreux services et programmes de santé. Les adaptations rendues nécessaires par l'épidémie de VIH pourraient être une opportunité pour réformer et rendre plus efficaces les interventions

sanitaires concernant la mère et l'enfant, incluant les programmes de lutte contre la malnutrition et de promotion de l'allaitement maternel (Desclaux A., 2002) ; ce « deuxième » défi n'est pas moins important que celui mentionné précédemment.

Bibliographie

- BESSER M.J., 2002 - Mothers-to-mothers-to-be : peer counselling, education and support for women in pregnancy in Cape Town, South Africa. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, MoOrF1031.
- COUTSOUDIS A., PILLAY K., KUHN L. *et al.*, 2001 - Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age : prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 15 : 379-87.
- DESCLAUX A., 2002 - Et si la pandémie de VIH/sida était une opportunité pour améliorer la pertinence des programmes de promotion de l'allaitement en Afrique ? *Cahiers Santé*, 12 : 73-5.
- DESCLAUX A., TAVERNE B. (éds), 2000 - Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique. Paris, Karthala.
- DUNN D.T., NEWELL M.L., ADES A.E. *et al.*, 1992 - Risk of immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*, 340 : 585-8.
- GONHI C., NOBA V., COULIBALY I.M. *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. IV^{ème} Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière et communautaire des personnes vivant avec le VIH/sida. Paris, 5-8 décembre, Abstract 759.
- JONNALAGADDA S.R., SURYAVANSHI N., SASTRY J. *et al.*, 2002 - Factors impacting a change in infant feeding practices of HIV-infected Indian mothers. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, WePeD6330.
- KUHN L., KASONDE P., VWALIKA *et al.*, 2002 - Uptake of interventions to reduce mother-to-child HIV transmission : nevirapine and exclusive BF in the Zambia exclusive BF study (ZEBS). XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, TuOrB1176.
- MAGONI M., KITUKA P., OKONG P. *et al.*, 2002 - Effectiveness of the prevention of MTCT program and the influence of feeding options in an urban hospital in Kampala, Uganda. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, TuOrB1178.
- MSELLATI P., 1999 - Operational issues in prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1998-1999. Feasibility of providing voluntary counselling and testing, short regimen with zidovudine, and promoting alternatives to breastfeeding. XIIth Conference on STD and VIH in Africa, Lusaka.
- NDUATI R., RICHARDSON B.A., JOHN G. *et al.*, 2001 - Effect of breastfeeding on mortality among HIV-1 infected women : a randomised trial. *Lancet*, 357 : 1651-5.
- PAINTER T.M., MATIA D.M., DIABY K.L. *et al.*, 2002 - Women's disclosure of actions to prevent MTCT in Abidjan, Côte d'Ivoire. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, ThPpD2174.
- SHAPIRO R.L., WESTER C., LOCKMAN S. *et al.*, 2002 - Reduced compliance with formula feeding among HIV-1 infected women in rural Botswana who were uncommitted to an infant feeding strategy before delivery. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, ThPpD2150.
- SHUTES E., VWALIKA C., KASONDE P. *et al.*, 2002 - Involvement of men in programs to prevent mother-to-child transmission of HIV. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, MoOrF1032.

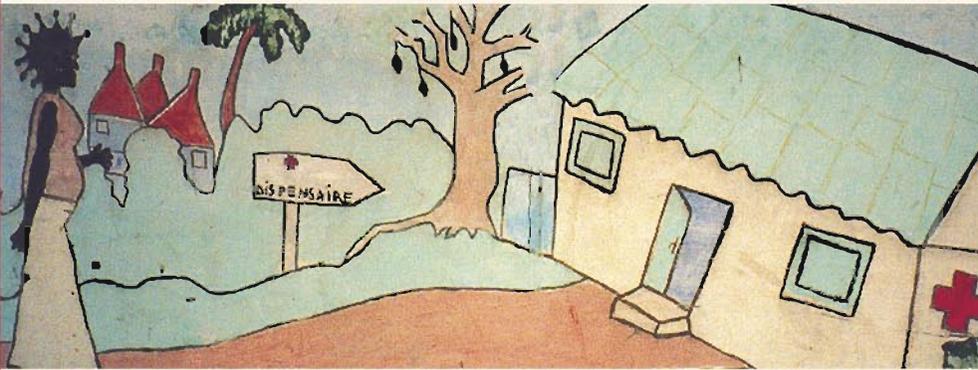
- UNAIDS, 2002 - Report on the global HIV/AIDS epidemic. UNAIDS/02.26E, Genève, Juin.
- UNAIDS/UNICEF/WHO, 1998 - HIV and infant feeding. I. Guidelines for decision-makers (WHO/FRH/NUT 98.1). II. Guidelines for health care managers and supervisors (WHO/FRH/NUT 98.2). III. A review of HIV transmission through breastfeeding (WHO/FRH/NUT 98.3). Geneva.
- UNICEF, 2000 - Meeting on HIV and infant feeding. Nairobi, 9-10 October. Draft report.
- UNICEF, The Panos Institute. Stigma, 2001 - HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission. A pilot study in Zambia, India, Ukraine and Burkina Faso. London.
- VAN DE PERRE P., SIMONON A., MSELLATI P. *et al.*, 1991 - Postnatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 from mother to infant. A prospective cohort study in Kigali, Rwanda. *New England Journal of Medicine*, 325 : 593-8.
- VAN'T HOOG A.H., OTIENO J., MARUM L. *et al.*, 2002 - Low uptake of service in a pilot PMCT program in Kisumu, Kenya. XIVe International AIDS Conference, Barcelona, 7-12 July, MoOrF1033.
- WHO, 2000 - New data on the prevention of mother-to-child transmission of HIV and their policy implications. Conclusions and recommendations. WHO Technical consultation. Geneva, 11-13 October, 21 p.
- WHO, 2001 - Effect of Breastfeeding on Mortality among HIV-infected Women. WHO Statement, 7 June.
- WHO/GPA, 1992 - Consensus statement from the WHO/UNICEF consultation on HIV transmission and breast-feeding. *Weekly Epidemiological Record*, 24 : 177-9.
- WHO/Special Programme on AIDS, 1987 - Statement for the consultation on breastfeeding/breastmilk and HIV. Geneva, 23-25 June, WHO/SPA/INF/87.8.



RenConTres

LES COLLECTIONS DU CEPED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique



Éditrices scientifiques

Agnès GUILLAUME

LPED

Myriam KHLAT

INED

Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique

Éditrices scientifiques

Agnès Guillaume

Laboratoire Population-Environnement-Développement (LPED)
Unité mixte de recherche 151 IRD-Université de Provence

Myriam Khat

Unité de recherche U05 – Mortalité, santé, épidémiologie
INED



Septembre 2004

L'INED, l'IRD et les Universités de Paris I, Paris V et Paris X forment le groupement d'intérêt scientifique (GIS) "Centre Population et Développement" (CEPED).

Le CEPED suscite, anime et appuie des réseaux de recherche en partenariat avec des institutions du Sud dans le champ de la Population et du développement selon quatre thématiques :

- Santé de la Reproduction
- Société, Famille et Genre
- Peuplement, Urbanisation, Mobilité et Environnement
- Méthodologies : Collecte et Analyse

En liaison avec les institutions membres du GIS et ses partenaires du Sud, le CEPED remplit des missions de formation, de documentation, de valorisation et d'expertise. Il favorise le développement de réseaux internationaux dans lesquels les grandes régions en développement sont représentées. Les activités des réseaux comportent une dimension comparative entre les pays partenaires. Parmi les objectifs, il s'agit d'encourager et de valoriser les productions scientifiques, de soutenir des activités de formation, de mettre à disposition des professionnels et décideurs des outils pédagogiques et de l'information scientifique, de constituer des bases de données et de développer des indicateurs pour alimenter les réflexions sur les problématiques nouvelles.

Comité éditorial :

Courgeau Daniel	Ferry Benoît	Belbeoch Olivier
Ferrand Michèle	Hamelin Philippe	Brugeilles Carole
Leridon Henri	Lelièvre Eva	Dittgen Alfred
Mazouz Mohammed	Samuel Olivia	Pison Gilles
		Vimard Patrice

Directeur de la publication : André Quesnel

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Conception Graphik : sbgraphik - www.sb-graphik.net

Photo de couverture : © IRD - Marie-Noëlle Favier

Edité avec le soutien du Ministère des Affaires Etrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2004
ISSN : en cours d'attribution
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0) 1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0) 1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>