

## FAISABILITE DES ALTERNATIVES A L'ALLAITEMENT MATERNEL A ABIDJAN

CHEZ LES FEMMES SEROPOSITIVES POUR LE VIH :

### *Expérience du projet DITRAME*

Bien que le risque de transmission du virus du sida par le lait maternel soit connu depuis de nombreuses années, on a longtemps estimé que, dans les pays en développement, un mode d'alimentation autre que l'allaitement maternel soumettrait les nourrissons à des risques de malnutrition et d'infections plus grands que le risque d'infection par le VIH et dans ces pays, l'allaitement maternel était conseillé à toutes les femmes sans tenir compte de l'infection par le VIH. Des études récentes ayant montré d'une part la faisabilité d'autres modes d'alimentation dans certains cas particuliers (Gray G et al, 1996), et d'autre part ayant confirmé que le risque d'infection par le VIH se poursuit tout au long de l'allaitement maternel (Leroy V et al, 1998), les directives internationales en la matière ont été modifiées en 1996 et préconisent aujourd'hui que chaque femme qui se sait séropositive pour le VIH soit pleinement informée à la fois « sur les bienfaits de l'allaitement au sein, sur les risques de transmission du VIH par l'allaitement au sein, et sur les avantages potentiels et les risques associés aux autres modes d'alimentation du jeune enfant » (OMS, 1996). En 1998, un consensus UNICEF, OMS et ONUSIDA sur VIH et alimentation du nourrisson a établi la nécessité d'aider les femmes qui se savaient VIH à choisir et adopter des alternatives à l'allaitement maternel (ONUSIDA, 1998).

Dans ce contexte, un projet de recherche intitulé « perceptions, pratiques et acteurs de l'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique de l'Ouest » a été réalisé dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest<sup>1</sup>. En Côte d'Ivoire, dans le cadre de ce projet, des entretiens ont été menés auprès de femmes séropositives pour le VIH et suivies dans le projet DITRAME<sup>2</sup>. Ce projet était un essai thérapeutique visant la diminution de la transmission mère-enfant et s'adressait donc à des femmes enceintes. Au cours du suivi des femmes dans ce projet, pendant et après la grossesse, des informations leur ont été données sur les modes de transmission du VIH et des recommandations leur ont été faites pour l'alimentation de leur bébé, de façon à diminuer le risque de transmission du VIH à l'enfant. L'équipe du projet proposait l'allaitement artificiel pour celles qui le désiraient et qui en avaient les moyens, ou l'arrêt de l'allaitement à six mois pour celles qui optaient pour l'allaitement maternel.

<sup>1</sup> Ce projet de recherche était coordonné par Alice DESCLAUX, Maître de conférence au LEHA, Aix en Provence, et financé par l'ANRS, Agence Nationale de Recherche contre le Sida, France. Il a donné lieu à un ouvrage intitulé « l'allaitement dans le contexte du VIH en Afrique de l'Ouest - de l'anthropologie à la Santé Publique » dans lequel les premiers éléments présentés ici pour la Côte d'Ivoire ont été repris et complétés.

<sup>2</sup> Le projet Ditrime (Diminution de la transmission mère-enfant) était financé par l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, France (essai 049), et dirigé par l'unité Inserm 330, France. La coordination à Abidjan était sous la responsabilité du Programme Sida de l'IRD (Philippe Msejlat).

Les entretiens menés dans le cadre de cette recherche ont montré que les femmes VIH+ interrogées ont bien perçu le risque de transmission du virus du VIH par le lait. Ainsi, le conseil donné par l'équipe du projet Ditrane de sevrer l'enfant au plus tard à 6 mois semble avoir été bien accepté et généralement possible à suivre à Abidjan. Cependant les conditions de sevrage sont très différentes selon que le sevrage est effectué avant ou après 6 mois : les femmes qui ont décidé de sevrer l'enfant seulement à partir de 6 mois n'ont pas eu recours au lait maternisé, mais sont passées par les bouillies traditionnelles (riz, mil, maïs), puis rapidement le plat collectif. Ce type de sevrage ne pose donc pas de problèmes financiers particuliers, et ne demande pas de collaboration de la part du mari, qui dans de nombreux cas n'est pas tenu au courant du statut VIH de la mère et de la raison de ce sevrage. Le sevrage est dans ces cas-là présenté au mari et à l'entourage comme un choix médical consécutif à un problème de santé bénin chez la mère (fréquemment des problèmes de seins ou la fatigue) ou à un manque de lait. D'autre part, ce sevrage peut passer facilement « inaperçu » auprès de l'entourage, puisqu'il n'est par rare de voir une femme proposer des bouillies à un enfant de plus de 6 mois, même lorsqu'il est au sein.

Les femmes qui décident de sevrer avant 6 mois utilisent par contre, au moins en partie, du lait maternisé. L'accord et la participation financière du mari sont donc généralement nécessaires, sauf si la femme est autonome financièrement. Le mari est alors fréquemment au courant du statut VIH de la femme et de la véritable raison de ce sevrage très précoce. Vis à vis de l'entourage (qui ignore le statut VIH+ de la mère), ce choix « d'allaitement artificiel » est accepté de façon variable. C'est une pratique qui, même si elle est peu répandue dans la population générale, est connue (référence est souvent faite à une amie ou à une personne de la famille qui l'a pratiquée) et qui semble de plus en plus reconnue comme une alternative en cas de problème médical (problèmes aux seins, fatigue ou maladie chez la mère), sans qu'il y ait apparemment référence au sida. Cependant le fait de ne pas allaiter son enfant ou de le sevrer plus tôt reste suspect : on craint que la mère ne soit pas une bonne mère, ou que l'enfant en retour ne soit pas assez attaché à sa mère par la suite.

Notons cependant que la réaction de l'entourage (mari exclu) semble une souci secondaire pour plusieurs femmes que nous avons rencontrées sans doute du fait du relâchement des liens familiaux en ville et de l'autonomie de ces femmes qui ont de moins en moins à rendre compte de leurs choix aux membres de la famille autres que leur mari.

Par contre, ce sevrage qui peut être bien vécu tant par la mère que par l'entourage tant que l'enfant est en bonne santé devient pierre d'achoppement dès lors que l'enfant dépérit ou tombe malade : a posteriori la mère regrette d'avoir sevré l'enfant trop tôt, elle se persuade que c'est ce sevrage qui a affaibli l'enfant, et est confortée dans ce sentiment de culpabilité par l'entourage qui lui reproche alors d'avoir été une « mauvaise nourricière ».

D'autre part, lorsqu'on passe en revue les différentes alternatives possibles à l'allaitement maternel, il apparaît que seul l'allaitement artificiel avec du lait maternisé et éventuellement du lait non maternisé est acceptable ; les autres mesures sont rejetées soit parce qu'elles entraînent une rupture de la confidentialité, soit parce qu'elles apparaissent inadaptées pour l'alimentation du nourrisson et enfin pour des problèmes psychologiques ou affectifs. Choisir du lait maternisé ou non maternisé pour nourrir un enfant peut être acceptable dans une grande ville, mais aller au-delà en utilisant du lait frais animal, chauffer du lait maternel ou recourir à une nourrice fut-elle une parente sont

peu valorisés. Devant les risques perçus (exposition au sida, maladies diarrhéiques, etc.), il semble plus simple pour ces femmes d'acheter du lait et préparer des biberons pour l'enfant.

Notons enfin que les femmes qui ont une activité qui demande leur absence de la maison au cours de la journée, ont moins de difficultés à justifier le choix de l'allaitement artificiel ou mixte. Cela vient d'une part de leur autonomie financière (quand une femme a la possibilité de s'acheter le lait ou une partie du lait nécessaire pour l'alimentation de son enfant, le mari peut accepter plus facilement l'allaitement artificiel) mais aussi de leur statut qui leur confère une certaine autonomie de décision, qui paraît tout aussi importante en ce domaine.

## BIBLIOGRAPHIE

- Aka-Dago-Akribi H., Desgrées du Loû A., Msellati P., Dossou R. et Wellfens-Ekra C. « Issues surrounding reproductive choice for women living with HIV in Abidjan, Côte d'Ivoire ». *Health Reproductive Matters*, 1999 ; 7 : 20-9.
- Cartoux M et al. « Attitudes of pregnant women towards VIH testing in Abidjan, Côte d'Ivoire and Bobo Dioulasso, Burkina Faso », *AIDS*, 1998, 12 : 2337-2344.
- Coulibaly D. et al. « Attitudes et comportements de femmes face au dépistage du VIH/sida à Abidjan ». *Cahiers santé*, 1998, 8 : 234-8.
- Dabis F., Msellati P., Dunn D. et al. (1993), « Estimating the rate of mother-to-child transmission of HIV. Report of a workshop on methodological issues ». Ghent (Belgium), 17-20 February 1992. *Aids* 7 pp. 1139-1148.
- Gray G, MacIntyre J, Lyons S. The effect of breastfeeding on vertical transmission of VIH in Soweto, South Africa. In : Xith International Conference on AIDS ; 1996, 7-12 July ; Vancouver, Canada ; 1996, 7-12 July. P. Abstract TU C415.
- Leroy V, Newell M, Dabis F, Peckham C, Van de Perre P, Bulterys M, et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal Mother-to-Child transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1998 ; 352 : 597-600.
- Ministère de la Planification et de la Programmation du développement, Enquête Démographique et de santé Côte d'Ivoire 1998-1999, Rapport Préliminaire. Mai 1999, DHS, Macro International Inc., INS, Abidjan, Côte d'Ivoire.
- Msellati P., Mada N., Wellfens-Ekra C. et al. Zidovudine and reduction of HIV vertical transmission in Africa. *Am J Public Health* 1999 ; 89 : 946-7.
- OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 1996, 71, pp.289-296.
- ONUSIDA, Mother to child transmission of HIV, UNAIDS technical update. Octobre 1998, 11p.

*Djénéba Coulibaly (IRD)  
et Annabel Desgrées du Loû (IRD-ENSEA)  
Pour le Projet DITRAME*

**REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE**

Union - Discipline - Travail

**ENSEA**

**Ecole Nationale Supérieure de Statistique  
et d'Economie Appliquée**

**SANTÉ DE LA REPRODUCTION  
EN AFRIQUE**

**Edité par**

**Agnès Guillaume  
Annabel Desgrées du Loù  
Benjamin Zanou  
Koffi N'Guessan**

**FNUAP**

Fonds des Nations Unies  
pour la Population

**Abidjan, 2002**