



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

Année 2009

Promotion : 2007- 2009

***PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL CHEZ LES
ENFANTS NES DE MERES SEROPOSITIVES AU VIH A
MOPTI, MALI***

Mémoire

Pour l'obtention du
Master en Développement

Département Santé
Spécialité : **Santé Internationale**

Par SIDIBE Mody

Soutenu le jeudi, 02 avril 2009

Christian MESENGE Président

Directeur du département santé
Université SENGHOR d'Alexandrie (Egypte)

Anne Marie MOULIN Examineur

Chercheur au CNRST- CEDEJ Caire (Egypte)
Université SENGHOR d'Alexandrie (Egypte)

Emmanuel MORTIER Examineur

Praticien hospitalier CHU Louis MOURIER
Université Paris 7 – Denis DIDEROT (France)

Table des matières

DEDICACES.....	i
REMERCIEMENTS.....	ii
Liste des tableaux et figures.....	iv
Résumé :	v
Summary	vi
INTRODUCTION.....	1
I-PROBLEMATIQUE.....	3
I.1- Epidémiologie :	3
I.3- Description sommaire du système de santé au Mali :.....	4
I.6- Hypothèses :	6
I.7- Cadre conceptuel :	7
Faible niveau de connaissance des femmes	7
Insuffisance du système de santé.....	7
Faible accès à l'eau potable	7
L'inacceptation de l'allaitement artificiel par l'entourage immédiat.....	7
II-REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.....	9
III-METHODE.....	13
III.1- Cadre de l'étude :	13
III.1.1- Trait physique :	13
III.1.7- Situation sanitaire :	16
III.3- Type d'étude :	19
III.4- Echantillonnage :	19
III.4.1- Population d'étude :.....	19
III.4.2- Méthode et technique d'échantillonnage :	19
III.4.3- Critères d'inclusion :	19
III.4.4- Critères d'exclusion :	19
III.5- Collecte des données :	19
III.5.1- Technique de collecte des données :	19
III.5.2- Outils de collecte des données :	20
III.5.3- Déroulement de la collecte des données :.....	20
III.7- Analyse statistique :	22
III.7.1- Description des variables :	22

III.7.2- Estimation des paramètres clés :	22
III.7.3- Plan d'analyse :	23
III.8- Traitement et analyse des données :	24
III.9- Aspects d'éthiques :	24
III.10- Diffusion et utilisation des résultats :	24
III.11- Limites de l'étude :	24
III.12- Apport du stage :	24
IV-RESULTATS :	26
IV.1- Caractéristiques sociodémographiques :	26
IV.2- Connaissance de la femme :	30
IV.3- Insuffisance du système de santé :	31
IV.4- Difficulté d'accès à l'eau potable :	31
IV.5- Opinion de l'entourage immédiat et de la culture/tradition :	32
IV.6- Information du conjoint :	33
IV.7- Qualité du counseling :	33
IV.8- Mode d'allaitement choisi pendant la grossesse :	34
IV.9- Mode d'allaitement pratiqué après l'accouchement :	34
IV.10- Mode d'allaitement pratiqué et niveau de connaissance :	35
IV.11- Mode d'allaitement pratiqué et accessibilité à l'eau potable :	35
IV.12- Mode d'allaitement pratiqué et opinion de l'entourage immédiat :	36
IV.13- Mode d'allaitement choisi et niveau de connaissance de la femme :	36
V- DISCUSSION	37
CONCLUSION	41
ANNEXES	45
ANNEXE 1 : Fiche d'enquête.....	45
ANNEXE 2 : Rapport PTME Région de Mopti 2008.....	48
ANNEXE 3 : Définition des termes	50
ANNEXE 4 : Préalables pour la gratuité ou subvention du lait artificiel	52
ANNEXE 5 : Droit de l'homme en matière de VIH/SIDA	54
ANNEXE 6 : Risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant	54
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55

DEDICACES

Je dédie ce travail grâce à ALLAH Le Seigneur de l'univers à :

- **Mes grands-parents** : Feu Flanny SIDIBE, Feu Kadiatou TRAORE, Feu Abdoullaye DIANE, Feu Nakany SIDIBE, Feu Fatou DIANE, Nafi N'DIAYE et Maïmouna FOFANA qui m'ont vu grandir et qui m'ont apporté toute leur tendresse et affection ;
- **Mes parents** : Souleymane SIDIBE, Marie DIANE, Bana KOITA, Feu Djeneba BAH et Safiatou BAGAYOGO qui n'ont guère cessé de guider mes pas ;
- **Mes oncles** : Nanamoudou CISSE, Bakoroba NIANGADOU, Feu Abdoullaye SIDIBE et Lassana SIDIBE qui ne cessent de m'encourager et de m'accorder beaucoup d'optimisme ;
- **Mes tantes** : Astan DIARRA, Matou BAGAYOGO, Noumoutènè CAMARA, Fanta SIDIBE, Rokia TRAORE, Rokia SIDIBE et Djenebou SIDIBE qui continuent à me bercer ;
- **Mes frères et sœurs** qui m'admirent et m'accordent espoir ;
- **Mon fils** : Souleymane SIDIBE pour lui conférer toutes mes énergies positives afin d'affronter les défis de ce monde ...

REMERCIEMENTS

Tout d'abord je tiens à remercier **ALLAH Soubhana Watallah**, qui m'a permis de réaliser ce Master. Par cette occasion je Le gratifie de tous Ses beaux attributs : Le Clément, Le Tout Miséricordieux, Le Très Miséricordieux, Le Très Haut ...

Je remercie du fond de mon cœur :

- Docteur NASSAR Boussiratou MAIGA, Médecin Consultante de l'UNICEF à Mopti, un modèle dans la collaboration professionnelle, qui grâce à son humanisme, son esprit d'équipe et son souci d'efficacité m'a apporté tout son soutien et conseils.
- Docteur SANGARE Karim, Directeur Régional de la Santé à Mopti qui m'inspire précision et abnégation, n'a ménagé aucun effort pour guider ma démarche scientifique.
- Docteur DIALLO Bassirou, Coordinateur CESAC Mopti, un exemple dans le combat contre le VIH, pour sa participation à l'amélioration de la qualité du travail.
- Docteur DIAWARA Soumaïla, Docteur TRAORE Sory, Monsieur TRAORE Boubacar, Madame Djaratou BAGAYOGO et tout le personnel du CESAC pour leur collaboration et soutien indéfectible.
- Monsieur DABOU Moussa, Responsable de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH à "ALLIANCE MISSION" et tout son personnel pour leur collaboration et participation à la récolte des données.
- Personnels de la Direction Régionale de la santé, des districts sanitaires de Bandiagara, Djenné, Douentza, Koro, Motpi, et Ténenkou pour leur collaboration et contribution à la récolte et saisie des données.

- Docteur Christian MESENGE, Directeur du Département Santé à l'Université SENGHOR d'Alexandrie, pour son encadrement pendant ce Master.
- Madame Alice MOUNIR, Assistante de Direction au Département Santé de l'Université SENGHOR pour son accompagnement.

- Professeur Laurent MANDELBROT, Chef de service de Gynéco-obstétrique à l'Hôpital Louis MOURIER à Colombes (France) pour son encadrement pendant le stage.
- Docteurs CRENN HEBERT Catherine, MORTIER Emmanuel, GUILLON Bernard et Isabelle son épouse, SIMONPOLI Anne Marie, FLOCH Corine, SALOMON Laurence, EKOUKOU Dieudonné, KHUONG Marie Aude et tous les personnels des hôpitaux Louis MOURIER et DELAFONTAINE pour leur collaboration et soutien pendant le stage.
- Mesdames RWEQUERA Bernadette, SUMMERLATTE Eva, CHABOT Béatrice Martine, GAZEAU Christine et tous les personnels des associations "Ikambéré", "Le comité des familles" et "Dessine moi un mouton" à Paris (France) pour leur collaboration.

- Madame Anne Marie MOULIN, Médecin Chercheur au CNRST - CEDEJ Caire (Egypte) pour son enseignement pendant le Master et son encadrement pendant le mémoire.

Liste des sigles et abréviations

- AA** : Allaitement Artificiel
ARV : Anti Rétroviraux
CAP : Centre d'Aptitude Professionnelle
CDV : Centre de Dépistage Volontaire
CSCOM : Centre de Santé Communautaire
CSREF : Centre de Santé de Référence
EDS : Enquête Démographique et de Santé
FA : Femme Allaitante
FPN : Femme en Postnatal
FE : Femme Enceinte
HCNLS : Haut Conseil National de Lutte Contre le Sida
ME : Médicament Essentiel
NVP : Névirapine
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies contre le Sida
PPM : Pharmacie Populaire du Mali
PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant contre le VIH/SIDA
PRODESS : Programme de Développement Sanitaire et Social
PSPHR : Projet Santé Population Hydraulique Rural
RDV : Rendez-vous
RTA : Rapport Trimestriel d'Activités
SDAME : Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SLM : Substitut de Lait Maternel
TME : Transmission Mère Enfant
UNICEF : Organisation des Nations Unies pour l'Enfance
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZDV : Zidovudine

Liste des tableaux et figures

FIGURE 1 : Cadre conceptuel.....	7
FIGURE 2 : Zone de residence.....	27
FIGURE 3 : Situation matrimoniale.....	28
FIGURE 4 : Régime matrimonial.....	28
FIGURE 5 : Statut obstetrical.....	29
FIGURE 6 : Mode de vie familiale.....	29
FIGURE 7 : Profession.....	30
FIGURE 8 : Niveau de connaissance acceptable.....	30
FIGURE 9 : Insuffisance du systeme de sante dans le suivi.....	31
FIGURE 10 : Accessibilite à l'eau potable.....	31
FIGURE 11 : Opinion de l'entourage immediat.....	32
FIGURE 12 : Culture/tradition.....	32
FIGURE 13 : Information du conjoint.....	33
FIGURE 14 : Periode de counseling sur l'allaitement de l'enfant.....	33
FIGURE 15 : Mode d'allaitement choisi pendant la grossesse.....	34
FIGURE 16 : Mode d'allaitement pratique.....	34
FIGURE 17 : Niveau de connaissance et du mode d'allaitement.....	35
FIGURE 18 : Mode d'allaitement pratique /accessibilite eau potable.....	35
FIGURE 19 : Mode d'allaitement pratique /opinion de l'entourage.....	36
FIGURE 20 : Mode d'allaitement et le niveau de connaissance.....	36
TABLEAU 1 : Populations de la region de mopti.....	14
TABLEAU 2 : Categorisation des ecoles.....	16
TABLEAU 3 : Repartition des personnels de sante.....	17
TABLEAU 4 : Plan de collecte des donnees de l'enquete.....	21
TABLEAU 5 : Plan d'analyse des donnees.....	23
TABLEAU 6 : Repartition des femmes en fonction de la tranche d'age.....	26
TABLEAU 7 : Répartition des femmes en fonction de la provenance.....	26
TABLEAU 8 : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie.....	27

Résumé :

Malgré les efforts consentis en matière de réduction de la transmission verticale du VIH/SIDA, celle-ci continue à faire des victimes en Afrique subsaharienne. Quarante pour cent (40 %) des enfants infectés par le VIH ont acquis leur infection par le biais de leurs mères séropositives. L'allaitement maternel est un des modes et on estime entre 5 et 20 % les chances de transmission du virus à travers le lait en l'absence d'interventions spécifiques.

À Mopti (au Mali) où la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes est de 8 %, et l'allaitement maternel est la norme, ces femmes sont prises dans un véritable dilemme, entre pratiquer un allaitement au sein dont le lait est potentiellement infecté par le VIH, et pratiquer un allaitement artificiel au risque d'afficher sa séropositivité et d'endosser toutes les conséquences discriminatoires. Ce qui est sûr, malgré une disponibilité officielle des substituts de lait maternel, nombre d'entre elles continuent à donner le lait maternel à leurs enfants ce qui augmente la morbidité et la mortalité des enfants de 0 à 5 ans.

La présente étude a voulu s'intéresser à la pratique d'allaitement artificiel chez les enfants nés de mères séropositives dans six districts sanitaires de la région de Mopti.

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique dans tous les sites PTME et les associations de lutte contre le VIH/SIDA disposant d'une unité PTME pendant une période de 5 mois (août à décembre 2008). Ont été incluses dans cette étude les femmes séropositives, enceintes et en postnatal résidant dans la région de Mopti au moment de l'enquête. Ont été exclues celles refusant de participer à l'étude ou incapable de répondre (du fait de leur état de santé).

Nous avons utilisé des questionnaires et avons procédé par un échantillonnage accidentel.

La variable dépendante principale retenue a été le mode d'allaitement pratiqué par la femme séropositive au VIH après son accouchement. Secondairement nous nous sommes intéressés au mode d'allaitement choisi avant l'accouchement. Le risque d'erreur retenu a été $\alpha = 5\%$. C'est-à-dire quelque soit le modèle envisagé une marge d'erreur de 5% est acceptable.

Soixante quatre femmes au total ont été interviewées, avec un âge compris entre 14 et 42 ans et une moyenne d'âge de 28 ans. Les femmes enceintes représentaient 53,1 % (n = 33) et celles en postnatal 46,9 % (n = 31). Parmi les accouchées, 47 % (n = 14) ont pratiqué l'allaitement artificiel, 43 % (n = 13) l'allaitement maternel et 10 % (n = 3) l'allaitement mixte. Parmi les femmes enceintes, 60 % (n = 31) avaient choisi l'allaitement artificiel, mais seulement 45,2 % (n = 14) l'ont réellement pratiqué. L'intention d'allaitement artificiel est significativement associée en analyse univariée au contexte culturel favorable (P = 0,008 RR = 2,64 avec un Intervalle de Confiance = 95 %) à la provenance de Mopti (P = 0,0004 RR = 2,84 IC = 95 %). Le mode de vie en solitaire serait un facteur protecteur à la pratique d'allaitement artificiel dans la région (P = 0,008 avec un RR = 0 avec un Intervalle de Confiance = 95%).

À l'opposé, en analyse bivariée la discontinuité des services de santé et l'influence de la belle mère sont des facteurs favorisant l'allaitement autre qu'artificiel (maternel ou mixte) même si cette influence n'est statistiquement pas significative.

Au terme de cette étude un regard croisé s'impose, entre d'une part la femme séropositive au VIH avec son environnement (physique, social, culturel et économique) et la capacité du système de santé à relever le défi pour minimiser les chances de transmission verticale et de prolonger l'espérance de vie de cette femme.

Mots clés : Femme enceinte séropositive, Enfant, Mère séropositive, Mode d'alimentation, Allaitement, Mali.

Summary

In spite of efforts granted in vertical transmission of HIV/AIDS, it continues to make victims in sub-Saharan Africa. Ninety percent (90%) of children infected by HIV got it from their HIV positive mom. In absence of specific interventions, the transmission odds of the virus through milk are estimated between 5 to 20%.

In Mopti (Mali) where the prevalence of HIV among the pregnant women is of 8%, and the maternal nursing is the norm, these women are taken in a real dilemma, between giving the breast of which the milk is potentially infected by HIV and giving the artificial milk to the risk of exposing her HIV positivity and having thus to bear all the consequences. It is sure that in spite of an official availability of the maternal milk substitutes, number of them continues to give the maternal milk to their child and consequently increase the number of morbidity and mortality among children from 0 to 5 years.

The present survey was interested in the factors associated with the practice of artificial nursing of children born of HIV positive mothers in six sanitary districts of the region of Mopti.

It was a five months transverse survey with a descriptive and analytic aim in all PTME sites and HIV/AIDS fight associations having a PTME unit. We included in this survey pregnant women and postnatal HIV positive resident in the region of Mopti at the time of the investigation. We excluded those who have not accepted to be part and those that were already HIV sick.

We used the questionnaires and we proceeded by accidental sampling. The main variable dependent retained was the mode of nursing practiced by the HIV positive woman after her childbirth. Secondly we were interested in the mode of nursing chosen before the childbirth. The mistake risk retained was $\alpha = 5\%$. Which means that no matter the pattern considered a 5% mistake margin is acceptable.

A total of sixty four women between 14 and 42 years have been interviewed, with an average age of 28 years. The pregnant women represented 53,1% (n = 33) and those in postnatal period 46,9% (n = 31). Among the women in childbirth, 47% (n = 14) practiced the artificial nursing, 43% (n = 13) the maternal nursing and 10% (n = 3) the mixed nursing. Among the pregnant women, 60% (n = 31) had chosen the bottle-feeding, only 45,2% (n = 14) really practiced it. The intention of bottle-feeding would be associated in analysis plain varied to a favorable opinion of the culture, tradition of the woman (P = 0,008 RR = 2,64 IC = 95%) and the source in Mopti (P = 0,0004 RR = 2,84 IC = 95%). The lifestyle as a recluse would be a protective factor with the practice of bottle-feeding in the area (P = 0,008 with RR = 0 and IC = 95%).

On the other hand, in bi analyzes varied the discontinuity of health services: 65,6% (raised by the prolonged rupture of artificial milk), the influence of the mother-in-law 36,4% were predominant in the nursing modes other than the artificial though they were not statistically meaningful.

At the end of this survey, a crossed look imposes itself, between on one hand the HIV positive woman and her environment (physical, social, cultural and economic) and on the other, the capacity of the health system to take up the challenge to minimize the odds of vertical transmission in order to prolong the woman's life expectancy.

Key words: HIV-positive pregnant woman, Child, HIV-positive Mother, mode of food, Breast-feeding, Mali.

INTRODUCTION

En mai 2002, lors de la session spéciale de l'Assemblée Générale des Nations Unies (UNGASS) pour les enfants, les gouvernements ont plaidé pour une réduction d'au moins un tiers de la mortalité infantile et des enfants de moins de cinq ans durant la décennie 2001-2010, et de deux-tiers d'ici 2015.

Les gouvernements ont également déclaré qu'ils mèneraient des actions conformément à la résolution de l'Assemblée Générale des Nations Unies de juin 2001 sur le VIH/SIDA de réduire la proportion infantile infectée par le VIH de 20% d'ici 2005, et de 50% d'ici 2010. Pour atteindre ces objectifs, l'approche stratégique de l'ONU pour diminuer la transmission du VIH des femmes à leurs enfants inclue quatre composantes :

- La prévention de l'infection à VIH en général, particulièrement chez les jeunes femmes et les femmes enceintes ;
- La prévention des grossesses non désirées chez les femmes infectées par le VIH ;
- La prévention de la transmission du VIH des mères VIH-positives à leurs enfants ;
- La fourniture de soins, de traitement et soutien aux femmes VIH positives, à leurs enfants et à leur famille.

La prévention de la transmission du VIH par l'allaitement maternel est couverte dans les points 3 et 4. Cela doit être considéré dans le contexte de la promotion de l'allaitement approprié pour tous les nourrissons et les jeunes enfants. La stratégie globale pour l'alimentation du nourrisson et de l'enfant a été adoptée par l'Assemblée Mondiale de la santé en mai 2002 (OMS, 2002) et par le conseil de l'UNICEF en septembre 2002. Les objectifs opérationnels de cette stratégie incluent : l'assurance que l'allaitement maternel exclusif est protégé, favorisé et soutenu pendant les six premiers mois, avec un allaitement maternel continu jusqu'à deux ans et au-delà. Ils incluent également la promotion d'une alimentation complémentaire appropriée, adéquate, saine et adaptée et enfin l'élaboration de directives sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans des circonstances exceptionnelles difficiles, tels les enfants nés de mères VIH-positives, dans des situations d'urgence et les nouveau-nés de faible poids de naissance.[17]

C'est ainsi que le Mali sous la responsabilité du Ministère de la santé avec l'appui d'autres départements ministériels, la société civile, quelques acteurs privés, et les partenaires au développement a adopté un plan stratégique national (2001-2005) après la mise en place et l'exécution de trois plans à courts et moyens termes (1987-1988), (1989-1993) et (1994-1998) [13]. A l'échéance du plan stratégique national (2001-2005) le pays a initié celui de 2006-2010 (en cours d'exécution). Ainsi les sites PTME ont été ouverts dans nombres de structures socio-sanitaires publiques et certaines associations de lutte contre le VIH/SIDA. Ces sites qui ont vu le jour pendant l'exercice du plan stratégique (2001-2005) avec 1 site en 2001 au démarrage, sont passés à 88 en 2006 repartis entre Bamako et toutes les capitales régionales et

cercles. Les activités qui y sont menées se résument au counseling pré dépistage, dépistage, counseling post dépistage du VIH/SIDA, dispensation des ARV, du lait et de la farine enrichie.

Chez les femmes enceintes séropositives, le choix de l'allaitement est laissé à la femme. Toutefois les avantages et les inconvénients de chaque mode d'allaitement lui sont préalablement expliqués.

La décision d'allaiter les enfants nés de mères séropositives conduit ces mamans dans un véritable dilemme (choisir un allaitement maternel et le risque de transmettre le VIH à leurs enfants ou bien choisir un allaitement artificiel avec les difficultés à le mettre en place eu égard à l'influence de l'entourage immédiat).

Ce mémoire se propose d'étudier la pratique de l'allaitement artificiel chez les enfants nés de mères séropositives et de rechercher les éléments qui conditionnent le choix des femmes dans six districts sanitaires de la région de Mopti.

I-PROBLEMATIQUE

I.1- Epidémiologie :

Il est bien établi que plus de 90 % des enfants infectés par le VIH ont contracté ce virus par leurs mères dans le cadre de la transmission mère enfant (TME). Des estimations indiquent qu'au niveau mondial, 1 800 enfants sont infectés par le VIH chaque jour, environ 650 000 nouvelles infections pédiatriques et 500 000 décès liés au SIDA sont notés chaque année. L'Afrique sub-saharienne subit la majorité de la charge pathologique pédiatrique globale liée au VIH/SIDA, représentant plus de 85% des nouvelles infections à VIH d'enfant au plan mondial. En 2003, le SIDA a été responsable de 6,5% des décès d'enfants de moins de 5ans en Afrique, en augmentation par rapport à un taux de 2% en 1990. La transmission mère-enfant du VIH peut se faire in utero par voie transplacentaire, pendant l'accouchement ou au cours de l'allaitement [22]. Le risque de transmission mère enfant du VIH exprimé en pourcentage varie selon chacune de ces voies. En l'absence d'intervention spécifique, le taux de la TME est d'environ 15-20 % pour la transmission in utero et pendant l'accouchement et peut doubler jusqu'à 35 à 40 % selon la durée de l'allaitement maternel (en particulier au-delà de 6 mois). [14][16] [voir aussi annexe 5].

La transmission verticale mère enfant du VIH a quasiment été éliminée dans les pays industrialisés par l'utilisation appropriée du traitement antirétroviral durant la grossesse l'accouchement et chez le nouveau né, la pratique et la programmation d'une césarienne élective et un soutien pour l'évitement de l'allaitement maternel entraînant ainsi une réduction du taux de TME à moins de 2%.

Cependant, en l'absence de traitement antirétroviral et d'intervention nutritionnelle dans les pays en voie de développement, les enfants sont exposés à un risque de 25 à 48% de contracter l'infection par l'intermédiaire de leurs mères. Parmi les enfants nés de mères séropositives environ 15 à 25 % seront infectés pendant la grossesse ou l'accouchement et 5 à 20 % pendant l'allaitement maternel. L'allaitement maternel continu d'être responsable d'environ 300 000 nouvelles infections pédiatriques annuellement dans les pays en développement, soit environ 40% de l'ensemble des TME du VIH. [6][7][21]

En ce qui concerne le mode d'allaitement des enfants nés de mères séropositives, les recommandations de l'OMS préconisent l'utilisation des substituts de lait quand ils sont acceptables, faisables, abordables, durables et sûres et quand l'évitement de tout allaitement par les mères infectées par le VIH est acceptable. Dans le cas contraire, les recommandations conseillent quatre mois d'allaitement maternel strictement exclusif, immédiatement suivis d'un sevrage total au profit de formules et aliments pour nourrissons. [19]

I.2- Axes stratégiques du Mali en matière de PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH) :

Au Mali, face à la délicatesse de la voie de transmission mère-enfant du VIH, sous la houlette du Ministère de la Santé, la Direction Nationale de la Santé (DNS) en collaboration avec le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS) se sont inspirés des forces et faiblesses du plan stratégique national (2001-

2005) pour initier une série de mesures qui s'inscrivent dans l'actuel plan (2006-2010). Ce dernier s'articule essentiellement autour de trois axes stratégiques:

- Promouvoir un environnement favorable à l'appropriation, la bonne gouvernance et la durabilité de la lutte ;
- Réduire les risques et les vulnérabilités liées à l'épidémie ;
- Atténuer les impacts sociaux, économiques et culturels du VIH et SIDA sur la société et sur la croissance. [3]

I.3- Description sommaire du système de santé au Mali :

Le système de soins est organisé selon un modèle pyramidal qui va du Ministère de la Santé aux centres de santé périphériques, en passant par deux échelons intermédiaires : la région et le cercle. Le système de santé comporte des hôpitaux (nationaux, régionaux), des centres de santé de référence et des centres de santé communautaires.

Le cercle représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion. Le niveau régional est chargé d'appuyer les cercles sur le plan technique. Le niveau central, chargé de l'appui stratégique, détermine les investissements et le fonctionnement du secteur, les standards qui tiennent compte des principes d'efficacité, d'efficience, d'équité et de viabilité. Il veille à l'application de ces standards par tous ses partenaires à l'action sanitaire. Il s'efforce de mobiliser les ressources privées, celles de l'Etat et celles des bailleurs de fonds pour le financement de soins de qualité accessibles à tous.

Pratiquement sur le terrain, le premier niveau de contact des malades avec les services de soins est constitué par les centres de santé communautaires, communément appelés CSCOM. Ce sont des formations sanitaires privées, à but non lucratif, qui ont passé une convention avec les services de santé de l'Etat, et sont gérés par une Association de Santé Communautaire (ASACO) émanant des collectivités locales.

Le secteur privé est constitué de cabinets médicaux et de cliniques privées essentiellement sur Bamako et timidement dans les capitales régionales.

I.4- Description sommaire des activités de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH au Mali :

Les activités de prévention de la transmission mère-enfant contre le VIH/SIDA au Mali se résument au counseling pré dépistage, dépistage, counseling post dépistage du VIH/SIDA, dispensation des ARV, du lait et de la farine enrichie. Ces activités sont essentiellement tenues par des sages-femmes, des infirmières obstétriciennes et des matrones après une formation modulaire sur les techniques du counseling et de dépistage du VIH/SIDA.

De façon schématique, toutes les femmes enceintes qui arrivent dans les formations sanitaires sont soumises au counseling pré dépistage du VIH/SIDA lors de leur consultation prénatale (CPN). Toute fois, au décours du counseling elles ont la latitude de se faire dépister ou non.

Suite à un résultat positif après le dépistage, lors des prochaines visites avant l'accouchement, la dépistée séropositive choisit un mode d'allaitement pour son futur enfant. Ainsi, elle est mise sous chimio prophylaxie aux ARV à partir de la 28^{ième} semaine d'aménorrhée (Nevirapine 200mg en prise unique au début du travail d'accouchement, Zidovudine 300mg et Lamivudine 300mg en prise biquotidienne chacune jusqu'au 7^{ième} jour après l'accouchement). Pendant le travail d'accouchement la Zidovudine 300mg et Lamivudine 300mg seront de deux comprimés chacune en prise unique puis un comprimé toutes les trois heures jusqu'au clampage du cordon ombilical de l'enfant après la naissance. L'enfant également à sa naissance bénéficie de la même chimio prophylaxie aux ARV (en suspension buvable : jusqu'au 14^{ième} voir 30^{ième} jour après l'accouchement selon le délai de contact de la femme enceinte séropositive avec la structure de prise en charge). Il recevra 2mg par kilogramme poids en prise unique de la Nevirapine puis 2mg par kilogramme poids matin et soir aussi bien de la Zidovudine que de la Lamivudine.

Dans le souci d'atteindre le maximum de femmes (surtout celles qui échappent au counseling systématique de la CPN) le protocole national recommande de soumettre les parturientes qui arrivent dans les formations sanitaires pour accouchement jusqu'à 4 cm de dilatation.

I.5- Les contraintes sur le terrain :

Les activités de Prévention de la Transmission Mère Enfant contre le VIH/SIDA ainsi que le Conseil Dépistage Volontaire (CDV) sont un ensemble dans la réduction des risques et vulnérabilités liés à l'épidémie par lequel le pays s'est proposé de faire bénéficier à 5 320 mères et leurs bébés des services de PTME en 2008. Dans la région de Mopti quelques insuffisances persistent encore au niveau de ces services PTME depuis le démarrage des activités. Outre l'insuffisance du personnel pour l'activité, les ruptures d'intrants, les pertes de vue et l'allaitement au sein des enfants préoccupent les responsables de santé de la région.

Au niveau des sites PTME les personnes en charge de l'activité (points focaux) doivent faire face en plus des activités PTME aux autres activités du service. Ce problème est majoré lors des absences pour formation, supervision ou permission. Cette situation engendre un impact direct sur le suivi des femmes et enfants cibles qui parcourent le plus souvent des dizaines de kilomètres pour s'approvisionner en ARV et/ou en lait. Aussi, la stigmatisation pousse certaines femmes à rompre le contact avec le service ayant effectué le dépistage afin de continuer ailleurs et de ce fait abandonner systématiquement tout suivi (pertes de vue). Elle contraint ces femmes à adopter des pratiques les empêchant de solliciter des soins, un soutien ou un traitement, les amenant à tromper les autres ce qui provoque une gêne réduisant l'utilisation de protections lors de relations intimes, empêche des traitements et soins de qualité, accroît les inégalités sociales, entrave l'accès aux logements, à l'éducation, à l'emploi et à la mobilité, affecte

négalement la qualité de vie, et finalement mène à une transmission, une morbidité et une mortalité accrues. A ces problèmes se greffe celui de l'allaitement maternel ou mixte des enfants nés de mères séropositives. Face à ces différents problèmes, il n'est pas très aisé de choisir où commencer.

Toutefois, toutes les questions soulevées représentent une entité à part entière et méritent le maximum d'attention possible en cernant tous les contours.

En vue de potentialiser les acquis actuels en termes de PTME et pour mieux appréhender les difficultés rencontrées par les mères concernant l'allaitement il semble opportun de mener une étude sur le mode d'alimentation des enfants nés de mères séropositives. L'allaitement artificiel est-il adopté par les mères séropositives au VIH à Mopti ? Si non pourquoi ne l'adoptent-elles pas ? Que faut-il faire pour mettre les futurs enfants nés de mères séropositives sous lait artificiel ? A travers cette étude nous tenterons de donner des réponses à ces principales questions.

I.6- Hypothèses :

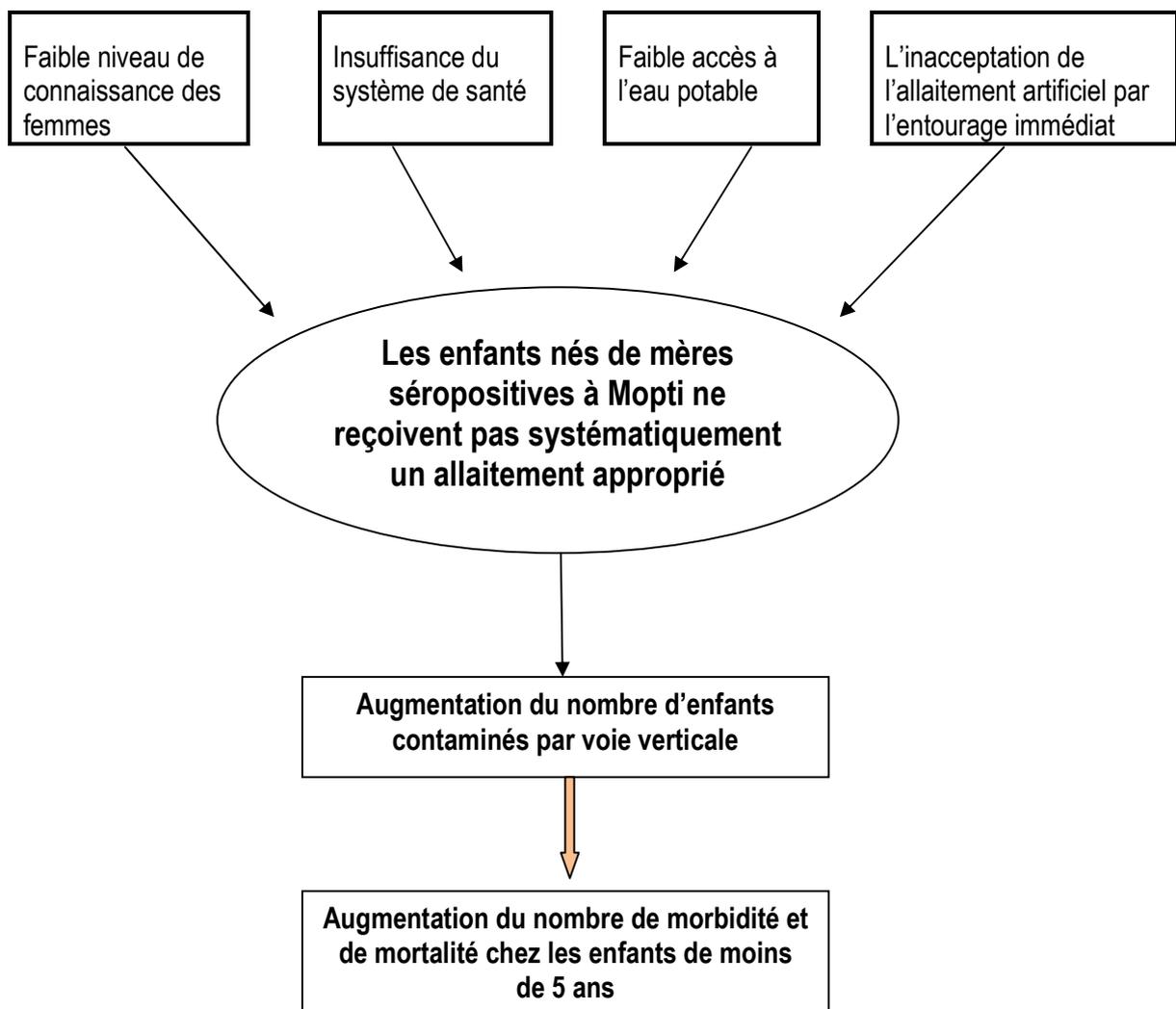
- Le faible niveau de connaissance des femmes séropositives enceintes et allaitantes favorise l'allaitement inapproprié des enfants nés de mères séropositives à Mopti.
- La faible continuité des services de santé favorise l'allaitement inapproprié des enfants nés de mères séropositives à Mopti.
- L'inacceptation de l'allaitement artificiel par l'entourage immédiat des femmes enceintes et allaitantes séropositives favorise l'allaitement inapproprié de leurs enfants à Mopti.
- Le faible accès à l'eau saine favorise l'allaitement inapproprié des enfants nés de mères séropositives à Mopti.

I.7- Cadre conceptuel :

D'après le schéma ci-dessous, l'allaitement maternel et/ou mixte des enfants nés de mères séropositives au VIH à Mopti est la résultante de quatre effets : une insuffisance du système de santé, un faible niveau de connaissance des femmes enceintes et allaitantes séropositives au VIH, un faible accès à une eau saine par ces femmes et l'inacceptation de l'allaitement artificiel par leur entourage immédiat.

Ainsi, l'allaitement maternel et/ou mixte de ces enfants entraîne une augmentation du nombre de contamination par voie verticale et une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.

Figure 1 : Cadre conceptuel



I.8- Objectifs :

1. 8. 1. Général :

- Déterminer les facteurs qui influent sur la pratique de l'allaitement artificiel des enfants nés de mères séropositives dans la région de Mopti.

1. 8. 2. Spécifiques :

- Décrire pendant la grossesse, le mode d'allaitement choisit par les femmes enceintes séropositives dans la région de Mopti ;
- Décrire, après l'accouchement le mode d'allaitement pratiqué par les mères séropositives dans la région de Mopti ;
- Rechercher les facteurs associés au mode d'allaitement choisit pendant la grossesse dans la région de Mopti ;
- Rechercher les facteurs associés à la pratique d'allaitement non artificiel dans la région de Mopti ;
- Rechercher les facteurs associés à la pratique de l'allaitement artificiel par les mères séropositives dans la région de Mopti ;
- Proposer des solutions adaptées au mode d'alimentation des enfants nés de mères séropositives au VIH à Mopti pour la réduction des risques de contamination.

II-REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des études similaires ont été faites essentiellement en Afrique centrale et australe. Ces études ont traité le plus souvent des aspects sur les risques de l'allaitement maternel et mixte d'un enfant né de mère séropositive, les facteurs culturels, psychologiques et socioéconomiques qui influencent les pratiques d'alimentation du nourrisson. D'autres études se sont intéressées au génotype viral maternel et aux différents recombinaisons virales dans la transmission du VIH par le lait maternel. Enfin certains auteurs se sont penchés sur la qualité du counseling concernant le mode d'allaitement des enfants nés de mères séropositives.

Toutefois, au Mali aucune étude n'a traité, en présence d'une disponibilité gratuite du lait de remplacement les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement artificiel des enfants nés de mères séropositives.

Aika AAO, Chewe L, Chipepo K, Ganapati JB, et Bunn J. [2] : ces auteurs ont réalisé une étude à Lusaka (Zambie) qui a porté sur 55 mères séropositives pour le VIH et 85 mères non séropositives ayant un enfant âgé entre 2 et 12 mois. Toutes les mères ont été interviewées verbalement par le biais d'un questionnaire.

Elles ont toutes pratiqué l'allaitement maternel, mais c'est seulement 35 % des enfants de moins de 4 mois qui ont réellement bénéficié d'un allaitement maternel exclusif. Les mères séropositives ont donné d'autres liquides que le lait maternel avec un sevrage plutôt que celles qui ne sont pas infectées ($p = 0,03$ et $p = 0,002$, respectivement). Les enfants de mères séropositives ont eu un poids corporel plus bas que la normale et un état de nutrition plus pauvre que ceux qui sont nés de mères séronégatives ($P = 0,004$). Du lait commercial et le lait de vache ont été employés par 36 mères comme le lait maternel par substitution chez des enfants qui ont un âge médian de 2,5 mois. Treize mères ont donné le lait de vache, et aucune mère n'a ajouté de l'eau au lait de vache (comme recommandé).

Bland RM, Rollins NC, Coutoudis A, Coovadia HM. [4] : ces auteurs ont indiqué que de nombreuses femmes instaurent une alimentation mixte en raison de l'insuffisance de leur lait. De plus la décision d'effectuer une alimentation mixte est sans doute prise sur la base de plusieurs facteurs. Ils ont mené une étude longitudinale dans une communauté rurale aux ressources limitées et où la prévalence du VIH était élevée (Mtubatuba, KwaZulu Natal, Afrique du sud) en suivant 119 nourrissons pendant 16 semaines. Ensuite, ils ont mené une enquête transversale auprès des mères de 445 nourrissons. Les résultats ont montré qu'une faible proportion (10%) des nourrissons était exclusivement allaitée pendant 6 semaines. Le motif perçu comme le plus fréquent justifiant l'alimentation mixte a été une insuffisance de lait maternel. Enfin, ils ont fait une observation préoccupante dans l'aspect longitudinal de l'étude, 46% des nourrissons ont reçu des liquides autres que le lait maternel ou du lait artificiel dans les 48 heures suivant leur naissance. Le choix de l'alimentation par la mère a été principalement autodéterminé (43%), tandis que des travailleurs sociaux (22%) et la grand-mère (16%) ont été cités comme principales sources de conseil.

Le mérite de cette étude est qu'elle a permis de déduire la nécessité des travailleurs sociaux et de campagnes de promotion ciblant les femmes dans les contextes où les ressources sont limitées et portant sur l'importance de l'alimentation maternelle exclusive pendant les 4-6 premiers mois.

Chopra M, Piwoz E, Sengwana J, et al. [5] : cette équipe a mené une étude portant sur l'effet du programme de prévention de la TME en Afrique du sud sur l'alimentation et les pratiques de soin du nourrisson dans une communauté semi-urbaine située à proximité de la ville du Cap (Khayelitsha). Ce programme donnait aux mères infectées par le VIH l'option d'allaiter exclusivement au sein ou d'alimenter exclusivement par formule pendant 6 mois. Les femmes infectées par le VIH ont indiqué qu'elles n'avaient ressenti aucun effet social négatif lié au fait qu'elles n'allaitaient pas. Il peut toutefois ne pas en être de même dans d'autres communautés d'Afrique du sud, particulièrement dans des zones rurales où l'allaitement maternel est la norme.

Dabis F, Bequet L, Ekouevi DK, Viho I, Rouet F, Horo A, et al. [8] : ont réalisé une étude au sein d'une cohorte de 557 femmes infectées par le VIH recrutées dans des formations de santé communautaires de quartiers pauvres d'Abidjan en Côte d'Ivoire et ayant eu accès à un régime court d'antirétroviraux autour de l'accouchement. Deux alternatives à l'allaitement maternel prolongé ont été systématiquement proposées aux femmes séropositives dès la période prénatale : alimentation artificielle depuis la naissance ou allaitement maternel exclusif avec mise en œuvre d'un sevrage précoce à partir du quatrième mois. Dans les deux cas, le lait maternisé et le matériel nécessaire étaient fournis gratuitement depuis la naissance jusqu'au début du sevrage (jusqu'à l'âge de 9 mois). Globalement, 53% des femmes débutèrent une alimentation artificielle. Parmi ces femmes, seules 15% ne furent pas complaintes à l'intervention proposée à 1 an et allaitèrent au moins 1 fois leur enfant au sein, 41% de ces échecs ayant eu lieu au cours des deux premiers jours de vie. Parmi les 47% de femmes allaitantes, la probabilité de pratiquer un allaitement maternel exclusif depuis la naissance était de seulement 10% de l'âge de 3 mois ; En revanche, la durée de l'allaitement maternel a été réduite à 4 mois en médiane.

Ainsi, cette étude a permis de conclure qu'il est possible d'éviter l'allaitement maternel chez les enfants nés de mères séropositives ou de raccourcir sa durée, acceptable et faisable dans ce contexte.

De Paoli MM, Manongi R, Klepp KI. [9] : ont dans une étude menée à Moshi, en Tanzanie du nord montré que quel qu'ait été le statut socioéconomique maternel, le choix éclairé d'une méthode d'alimentation du nourrisson par les femmes infectées par le VIH, comme préconisé par les recommandations ONUSIDA/OMS/UNICEF, avait été gravement compromis par l'avis réellement donné, des conseils directifs, le manque de temps des conseillers pour permettre d'affronter une positivité du test et l'insuffisance de soutien de suivi. Les conseillers ont été interrogés quant à leurs points de vue sur un test prénatal de détection du VIH et les dilemmes concernant l'alimentation des nourrissons auxquels sont confrontées les femmes infectées par le VIH dans leur communauté. L'expérience de ces conseillers allait

de 6 mois à 9 ans. Les options d'alimentation du nourrisson n'ont pas toujours été expliquées avec précision, mais les conseillers ont considéré que la plupart des femmes avaient peu d'autres choix que d'allaiter et qu'il était peu probable qu'elles le fassent de façon exclusive malgré les conseils donnés. L'enquête a montré que les risques et bénéfices des options disponibles pour les femmes infectées par le VIH étaient non seulement un sujet complexe pour celles-ci, mais également pour les conseillers. Suite à cette étude les auteurs ont recommandé que les conseillers suivent une formation supplémentaire en matière de conseils non directifs et d'options d'alimentation des nourrissons afin d'assurer une meilleure qualité des informations et du soutien de suivi des femmes à leur domicile.

Doherty T, Chopra M, Nkonki L, et al. [11] : ont mené une étude qualitative longitudinale dans trois centres en Afrique du sud déterminant les pratiques et processus de prise de décision concernant l'alimentation des nourrissons chez des femmes enceintes positives pour le VIH. Les femmes ont indiqué au cours de la période prénatale si elles avaient l'intention de nourrir exclusivement leurs enfants par substitut de lait maternel (SLM) ou au sein. Un peu moins de 50% des femmes qui avaient l'intention d'allaiter exclusivement au sein ont maintenu cette exclusivité, tandis que deux tiers de celles qui avaient débuté une alimentation par formule ont maintenu exclusivement ce mode. Les observations ont indiqué que les principales caractéristiques des femmes ayant maintenu l'exclusivité était l'aptitude à résister aux pressions de la famille visant à introduire d'autres liquides et à se rappeler des messages clés sur les risques de TME et ceux de l'alimentation mixte. Les femmes ayant maintenu l'allaitement exclusif au sein étaient particulièrement convaincues des bénéfices de celui-ci.

Un environnement confortant au domicile s'est également avéré important. Les mères ayant choisi une alimentation exclusive par formule ont mentionné que le fait de disposer de ressources telles que l'électricité, une bouilloire et un flacon facilitait l'alimentation la nuit.

Gara CP, Pazvakavambwa I, Maponga CC, Gavaza P. [12] : ont mené une intéressante étude au Zimbabwe portant sur les facteurs influençant le choix du mode d'alimentation du nourrisson dans une population de femmes dans des zones urbaines (200 femmes au centre clinique de Harare et Chitungwiza) dans le contexte de la transmission du VIH. Les résultats ont indiqué que l'influence des maris (58%) sur les pratiques alimentaires avait été plus importante que celle des infirmières (42%) suggérant que les influences sociales sont plus fortes que l'avis du personnel médical quant au choix d'une méthode d'alimentation.

Respectivement 33 et 77% des femmes de Harare et Chitungwiza connaissaient le lien entre la transmission du VIH et l'allaitement maternel. Quarante neuf pour cent (49%) des femmes redoutaient d'allaiter au sein. Le degré d'instruction, le statut vis-à-vis de l'emploi et les opinions de la famille ont tous influencé les décisions des femmes enceintes infectées par le VIH quant au mode d'alimentation du nourrisson.

Leroy V, Sakarovitch C, Viho I, Becquet R, Ekouevi DK, et al. [15]: ont dans une étude longitudinale sur cinq ans menée à Abidjan, en Côte d'Ivoire décrit l'acceptabilité de 580 femmes en grossesse séropositives au VIH par rapport à l'alimentation par formule pour réduire les risques de transmission verticale. Deux options ont été proposées à ces femmes : un allaitement artificiel et un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce entre le troisième et le quatrième mois. De plus, le lait artificiel a été gratuitement fourni jusqu'au neuvième mois de vie de l'enfant. Chaque femme devait participer à l'étude après un consentement éclairé et faire un choix entre les deux options avant l'accouchement. Cinquante trois pourcent (53 %) des femmes ont opté pour l'allaitement artificiel, 44 % pour l'allaitement maternel exclusif et 3 % ont été indécises. Les principales raisons de cette hésitation ont été : la crainte de la réaction du conjoint (39 %), la crainte de la réaction du cercle familial (31 %), la crainte de la santé de leurs enfants (7 %) les contraintes logistiques (2 %) et d'autres raisons diverses (8 %). Parmi les femmes indécises, par la suite 41 % ont opté pour l'allaitement artificiel, 51 % pour l'allaitement maternel exclusif et 8 % sont restées sans option.

Talawat S, Dore GJ, Le Cœur S, Lallemand M. [20] : ont mené une étude sur l'attitude et la pratique de l'alimentation des enfants auprès de trois groupes de femmes au nord de la Thaïlande. Les groupes étaient constitués de femmes séropositives en post natal (n = 80) de femmes enceintes séropositives (n = 36), et de femmes en grossesse de statut sérologique inconnu (n = 86). Les auteurs ont procédé par interview en utilisant des questionnaires dans trois zones de la province de Chiang Rai. Les avantages de l'allaitement maternel et de l'alimentation par formule ont été évalués selon plusieurs caractéristiques (convenance, propreté, bas prix et sûreté) utilisant une échelle à quatre points (allant de 0 à 3). De façon générale dans les trois groupes de femmes le choix de l'allaitement maternel a été plus fréquent (11.4/12) que l'alimentation par formule (6.1/12 P = 0,0005). Cependant l'alimentation par formule a été plus fréquente parmi les femmes séropositives en postnatale (6.8/12) que l'allaitement maternel (11.3/12). La grande majorité de femmes en grossesse de statut sérologique au VIH inconnu avait prévu d'allaiter leurs enfants (83%) au sein.

III-METHODE

III.1- Cadre de l'étude :

III.1.1- Trait physique :

La Région de Mopti est située au centre du Mali avec une superficie totale de 79 017 km², soit 6,34% du territoire national. Elle est limitée :

- Au nord par la région de Tombouctou (les cercles de Rharous et de Niafunké) ;
- Au sud par le Burkina Faso (sous-préfectures de Djibo, Ouahigouya et Tougan) et la région de Ségou (cercles de Tominian, San et Macina) ;
- A l'ouest par les cercles de Niono et Macina de la Région de Ségou ;
- A l'est par le Burkina Faso (sous-préfecture de Djibo) et la région de Tombouctou (cercle de Rharous).

Mopti, la capitale régionale est distante de Bamako de 675 km.

Le *relief* est marqué par deux types de formations : les formations rocheuses et le manteau sableux. Le mont de Hombori avec 1.150 m d'altitude est le sommet culminant de la Région.

Dans la zone de Korientzé, N'Gouma et Youwarou, on observe des hautes dunes de sable mouvant en bordure des lacs (Korientzé, Béma, Kogoundo, Niangaye) et du fleuve Niger en allant vers la région de Tombouctou.

La période de *pluviométrie* s'étale de juin à septembre avec un maximum de pluie en août.

Depuis 1970, on assiste à une insuffisance et une irrégularité des pluies.

Du point de vue *hydrographique*, le principal cours d'eau est le fleuve Niger avec 262 km de parcours dans la région. Il a comme défluent le Diaka, le Bara-Issa et le Koli-Koli et comme affluents le Bani, le Sourou, et le Yamé. La région compte en outre, une multitude de mares et de lacs.

III.1.2- Démographie :

Au dernier Recensement Général de la Population réalisé en avril 1998, la région de Mopti comptait 1 478 505 habitants soit 15,1 % de la population du Mali. Le taux d'accroissement annuel moyen dégagé a été de 1,3%. Cette population est estimée en 2007 à 1 865 297 habitants.[10]

Tableau 1 : Populations de la région de Mopti.

POPULATIONS	POURCENTAGES	CHIFFRES BRUTS
Population totale		1 865 299
Femmes enceintes	5 %	93 265
Femmes en âge de procréer	22 %	410 366
Enfant de moins de 12 mois	4 %	74 612
1 - 4ans	14 %	261 142
5 – 14 ans	28 %	522 284

Source : DRS Mopti, 2008

III.1.3- Organisation politique et administrative :

La région de Mopti compte 108 communes parmi lesquelles on compte cinq (5) communes urbaines (Mopti, Bandiagara, Djenné, Douentza et Tenenkou), huit Conseils de Cercle, une Assemblée Régionale et 2 038 villages. Le nombre moyen de villages par commune est de 18.

III.1.4- Organisation sociale :

La région de Mopti ne compte pas moins de 15 groupes ethniques dont les plus dominants sont : les Peulhs, Rimaïbé, Dogons, Songhaï, Bozo, Somonos, Bambara, Markas, Bobos Tamasheqs et Maures qui cohabitent depuis la nuit des temps.

Cette diversité ethnique se traduit par la présence dans la région de communautés socialement régies par des règles de conduite, de croyances, des modes de vie spécifiques, avec des expressions artistiques différentes. Cependant, la famille est, pour toute, la base de la communauté. Selon le milieu l'influence de celle-ci sur l'éducation de l'enfant est plus ou moins déterminante :

- Chez les peuls, les tamasheqs, les maures (donc la grande majorité) l'enfant est très vite confié au maître coranique avec lequel il passe une bonne partie de sa jeunesse. L'intervention de la famille dans son éducation est alors minime.
- Chez les dogons, les Bambara, l'enfant reste dans la famille et tous les membres se chargent de son éducation.

A l'image de la plupart des femmes Africaines, les femmes de Mopti évoluent sous la tutelle du mari. Leurs tâches se résument au ménage et à la garde des enfants. Tout déplacement est conditionné à l'avis favorable du conjoint, y compris la fréquentation des services de santé. A cela, s'ajoutent les orientations de la belle mère concernant les soins réservés aux petits enfants. Il est de coutume que la belle mère apporte son assistance à la femme de son fils depuis la grossesse jusqu'au quarante cinquième jour de l'enfant après l'accouchement. Durant toute cette période elle apporte son aide à la belle fille pendant le bain et

l'alimentation de l'enfant, si bien qu'il est difficile pour la femme d'instituer une pratique unilatérale. Un refus ou une abstention d'allaiter du nouveau-né au sein, va d'une mise en garde à l'isolement de la femme voir une pression sur le conjoint avec des retentissements graves sur la vie du couple. On pourrait imaginer une affirmation de la séropositivité des femmes dans de telle situation. Conscientes des conséquences néfastes d'une éventuelle séropositivité, elles préfèrent refuser de se soumettre au dépistage du VIH/SIDA.

A Mopti, la solidarité collective, quoique très minime à cause de la très grande pauvreté, se manifeste toujours autour de l'individu malade, impotent ou grabataire. La maladie est souvent perçue comme un mauvais sort de façon générale. Particulièrement le VIH/SIDA est synonyme d'une infidélité conjugale ou d'un libéralisme sexuel.

L'islam est la religion dominante de la région. L'animisme bien qu'en régression est pratiqué par les dogons.

III.1.5- Economie :

La région de Mopti connaît une forte incidence de la pauvreté en dépit de ses énormes potentialités économiques. Les études menées au Mali sur la pauvreté, révèlent que la région de Mopti est l'une des régions les plus pauvres du Pays.

- Le taux d'incidence de la pauvreté est supérieur à 76% au sein de la population de la région de Mopti (dont environ 38% de pauvres et 38% de très pauvres) ; [10]
- La profondeur de la pauvreté qui est le gap à combler par les pauvres pour se hisser au niveau du seuil de pauvreté est de 58%. [10]

L'économie de la région est essentiellement rurale. L'agriculture, la pêche et l'élevage en constituent les principales activités, puisqu'elles occupent près de 90% de la population.

Cependant, ces trois activités économiques sont tributaires des aléas climatiques (sécheresses, inondations), des prédateurs (sautereaux & oiseaux) et restent handicapées par l'insuffisance notoire des moyens modernes de production.

Le tourisme et l'artisanat gagnent de plus en plus en importance.

III.1.6- Education :

La région de Mopti est divisée en cinq (5) Centre d'Aptitude professionnelle (CAP) : Mopti, Sevaré, Djenné, Ténenkou, et Youwarou qui se répartissent les 737 écoles. [1]

Tableau 2 : Catégorisation des écoles de la région de Mopti en fonction des cercles.

Source : Académie de Mopti, 2008

	Types d'écoles								TOTAL
	Pu	Pr. L	Pr. C	Com	Méd.	J. E	CED	CAF	
Mopti	77	13	1	9	26	13	19	109	267
Sevaré	44	0	0	5	8	1	21	51	130
Djenné	83	0	0	5	9	12	26	38	173
Ténenkou	51	0	0	3	3	1	24	18	100
Youwarou	41	0	0	2	0	0	10	14	67
TOTAL	296	13	1	24	46	27	100	230	737

Pr. L : Privée laïque
 Pu : Publique
 Com : Communautaire
 CED : Centre d'Education pour le développement

Méd. : Médersa
 Pr. C : Privée catholique
 J.E : Jardin d'enfant
 CAF : Centre d'Alphabétisation Fonctionnelle

III.1.7- Situation sanitaire :

La pyramide sanitaire de la région de Mopti a fortement évolué à la faveur des différentes péripéties de la mise en œuvre de la politique nationale de santé et de population que sont le PSPHR, les PRODESS I et II. Elle se compose de nos jours de : L'hôpital régional, huit (8) CSREF et de 128 CSCOM fonctionnels auxquels il convient d'ajouter 10 structures privées, 3 structures parapubliques et 2 centres de santé confessionnels. Pour son approvisionnement en médicaments et produits pharmaceutiques, en plus des dépôts existant dans les structures publiques et communautaires (dont l'approvisionnement régulier en ME relève de la PPM conformément au SDAME), la région compte aussi 20 officines privées.

La région se caractérise encore par des taux de mortalité infantile et infanto juvénile très élevés (respectivement 109 et 203‰ contre des taux nationaux de 96‰ et 191‰). [10]

Les pathologies infectieuses ou parasitaires telles que : le paludisme, les maladies respiratoires, la diarrhée, les amibiases, le ver de Guinée, les maladies sexuellement transmissibles et le VIH/SIDA, etc., représentent plus de 70% des causes de consultation dans les formations sanitaires de la région. Ceci témoigne d'un niveau d'éducation sanitaire de la population très insuffisant quand on sait qu'il s'agit là d'affections que l'on peut prévenir ou guérir avec des moyens simples, et relativement peu coûteux.

Par ailleurs, d'après des données préliminaires de l'Enquête Démographique et de Santé IV, la malnutrition reste un problème prioritaire de santé au niveau de la région de Mopti. Selon cette source :

- 19,3% des enfants de moins de 5 ans présentent un retard important de croissance et 37.4% la forme modérée de ce type de malnutrition
- 11% des enfants de cette même tranche d'âge souffrent de malnutrition aiguë modérée (indice poids/taille compris entre 70 et 80% de la médiane) tandis que 2.2% présentent des cas sévères de malnutrition (indice P/T inférieur à 70% de la médiane). [10]

La mortalité maternelle enregistrée au niveau des structures de santé pendant les trois dernières années est restée autour de 20 pour 1000 naissances vivantes. [10]

III.1.8- Personnel :

A Mopti, le personnel de santé est insuffisant (en tenant compte des normes de l'OMS, 1 médecin pour 10 000 habitants, 1 sage femme pour 5 000 habitants, 1 cadre infirmier pour 5 000 habitants) et inégalement reparti (forte concentration dans les chefs lieux et faible concentration en périphérie).

Tableau 3 : Répartition des personnels de santé de la région de Mopti en fonction des districts sanitaires.

	Bandiag	Bankass	Djenné	Douentza	Koro	Mopti	Ténenkou	Youwarou	Total
Populations	287 294	246 900	195 221	196 719	337 787	330 775	160 622	105 476	1 865 299
Médecin	4	4	4	4	4	15	3	3	38
Pharm	0	0	0	0	0	3	0	0	1
Ast. Med	4	0	3	2	2	4	7	2	24
I.D.E.	4	4	6	4	11	9	3	3	38
Tec H.A.	1	2	1	1	1	1	1	1	9
Sag fem.	3	2	3	3	3	9	2	0	24
I.P.C	18	11	11	10	16	32	8	4	104
I.O.	3	3	3	2	1	4	4	3	22
Gérant	4	7	15	7	19	20	10	7	86
Matrone	9	23	24	19	26	22	13	6	142
Aide soig	9	19	13	17	18	26	14	9	120

NB : le personnel du cercle de Mopti inclus celui de l'hôpital régional

Sag fem. : Sage femme

I.O. : Infirmière obstétricienne

Tec. H.A. : Technicien hygiène assainissement

I.D.E. : Infirmier d'état I.P.C. : Infirmier du premier cycle

Aide soig. : Aide soignant Ast. Med. : Assistant médical

Pharm. : Pharmacien

III.2- Définition opératoire des concepts :

Accessibilité en eau potable : Possibilité pour la femme de s'approvisionner en une eau non contaminante (robinet et/ou pompe) sans contrainte géographique (moins de deux kilomètres).

Allaitement artificiel : Alimentation de l'enfant par substitut du lait maternel, sans apport de lait maternel. Encore appelé alimentation par formule par certains auteurs.

Allaitement maternel exclusif : Alimentation de l'enfant par le lait de sa mère ou d'une nourrice, ou par le lait maternel exprimé sans apport d'autres liquides ou de solides à l'exception de sirop composé de vitamines de suppléments minéraux et de médicaments.

Allaitement mixte : Alimentation de l'enfant par substitut du lait maternel, du lait maternel et d'autres liquides.

Allaitement non artificiel : Il s'agit des autres modes d'alimentation de l'enfant en dehors de l'allaitement artificiel, entre autre : allaitement mixte, et maternel.

Alimentation appropriée pour un enfant né de mère séropositive : Allaitement artificiel ou maternel exclusif jusqu'à l'âge de quatre mois.

Alimentation par formule : Citée par certains auteurs, elle désigne une alimentation de remplacement pour les enfants nés de mères séropositives qui ne reçoivent pas de lait maternel (de sa propre mère, d'une nourrice ou d'une banque de lait) mais qui reçoivent un substitut de lait contenant tous les nutriments dont il a besoin.

Difficulté d'accès au service de santé : Le service de santé est difficile d'accès lorsqu'il est distant de plus de cinq kilomètres de la femme et/ou dont l'accès nécessite la traversée d'un cours d'eau (fleuve ou rivière).

Durée d'allaitement maternel exclusif si mère séropositive : Quatre mois dans le contexte de la région de Mopti où les femmes séropositives arrivent dans les formations sanitaires avec une charge virale déjà élevée avant l'accouchement.

Eau potable : Eau du robinet ou de la pompe.

Entourage immédiat : Le mari de la femme, sa belle mère, sa belle sœur et ses amies.

Faible continuité de la dispensation du lait : Prend en compte l'absentéisme au poste du dispensateur du lait et/ou la rupture du lait.

Faible niveau de connaissance : La femme a un faible niveau de connaissance lorsqu'elle ne remplit pas les conditions d'un niveau de connaissance acceptable décrit ci-dessous.

Insuffisance du système de santé : Elle englobe la faible continuité de la dispensation du lait, la difficulté d'accès au service de santé pour la femme et son counseling tardif sur le mode d'allaitement de l'enfant (après l'accouchement).

Niveau de connaissance acceptable : La femme a un niveau de connaissance acceptable lorsqu'elle est alphabétisée en une langue locale et/ou scolarisée, connaît au moins deux voies de transmission et au moins deux modes de prévention du VIH/SIDA.

Site PTME : Il s'agit de toute structure socio-sanitaire publique qui abrite un service de consultation prénatale, d'obstétrique, disposant de tests de dépistage pour le VIH, d'antirétroviraux et de personnels qualifiés ayant suivi une formation sur la Prévention de la Transmission Mère Enfant contre le VIH/SIDA.

Unité PTME : Représente toute association privée de lutte contre le VIH/SIDA disposant de tests de dépistage pour le VIH, d'antirétroviraux et de personnels qualifiés ayant suivi une formation sur la Prévention de la Transmission Mère Enfant du le VIH/SIDA.

III.3- Type d'étude :

Il s'agissait d'une enquête transversale à visée descriptive et analytique dans six districts sanitaires (Bandiagara, Djenné, Douentza, Koro, Mopti et Ténenkou) de la région de Mopti. L'étude s'est étalée sur cinq mois : août - décembre 2008.

III.4- Echantillonnage :

III.4.1- Population d'étude :

L'enquête a porté essentiellement sur les femmes enceintes et en postnatal séropositives.

III.4.2- Méthode et technique d'échantillonnage :

La méthode a été non probabiliste. Tous les sites PTME et association en lutte contre le VIH/SIDA disposant d'une unité PTME dans les six districts sanitaires de la région de Mopti ont été choisis de façon exhaustive. Nous avons procédé à un échantillonnage accidentel des femmes séropositives au VIH.

III.4.3- Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude les femmes enceintes et allaitantes séropositives résidant dans la région de Mopti au moment de l'enquête.

III.4.4- Critères d'exclusion :

Les femmes enceintes et en postnatal séropositives n'ayant pas accepté de faire partie et celles grabataires ont été exclues.

III.5- Collecte des données :

III.5.1- Technique de collecte des données :

Au cours de l'étude nous avons procédé par une technique d'interview des femmes séropositives et une technique d'analyse documentaire par exploitation des registres et dossiers PTME.

III.5.2- Outils de collecte des données :

Nous avons utilisé comme outils les questionnaires pour l'interview des femmes, les registres et dossiers PTME pour l'exploitation des données.

III.5.3- Déroulement de la collecte des données :

La collecte des données a été effectuée en deux phases :

- Une phase préparatoire, pendant laquelle les enquêteurs ont été identifiés et formés au remplissage des questionnaires pendant neuf (9) jours. Un questionnaire a été testé dans un site PTME du district sanitaire de Mopti en vue d'apporter des améliorations au besoin.

- Une phase de collecte proprement dite, pendant laquelle les enquêteurs des six cercles qui abritent des sites PTME et associations de lutte contre le VIH/SIDA ont procédé par interview auprès des populations cibles concernées pour collecter les données. A ces niveaux ils ont procédé dans un premier temps à l'administration des questionnaires par des questions/réponses puis dans un second temps à la vérification manuelle des données récoltées.

III.6- Plan de collecte des données :

Tableau 4 : Plan de collecte des données de l'enquête.

Objectifs spécifiques	Indicateurs	Définition de l'indicateur	Information à collecter	Source d'information	Outils de collecte
Identifier l'influence du niveau de connaissance des femmes séropositives sur la pratique de l'AA	Nbre de FE et FPN séropositives à faible niveau de connaissance sur le nombre total de femmes enquêtées	Aptitude pour la femme de connaître les modes de transmission et de prévention du sida et d'être alphabétisée	Connaissance des femmes à l'école, sur le VIH et sur l'allaitement	Auprès des FE et FPN Séropositives qui se présentent au centre de soins	Fiche d'enquête
Déterminer l'influence de la faible continuité de la dispensation du lait dans la pratique de l'AA	Nombre de RDV où la femme n'a pas été satisfaite sur l'ensemble des RDV de la période d'étude	Disponibilité permanente du lait et de l'agent de santé dispensateur	Collection du nombre de jour d'absence du dispensateur et de rupture du lait pendant RDV	Auprès des FE et FPN séropositives	Cahier de mouvement du lait Fiche d'enquête RTA
Décrire l'influence de l'entourage immédiat des femmes séropositives dans la pratique de l'AA	Perception de l'entourage immédiat sur l'AA	Mari, belle mère et belle sœur de la femme	Opinion de la femme sur la personne qui serait contre l'AA	Auprès des FE et FPN séropositives	Fiche d'enquête
Evaluer l'influence des contraintes d'accès à une eau saine sur la pratique de l'AA	Nombre de femmes disposant d'une eau saine sur l'ensemble des femmes enquêtées	Distance de moins de 2km de la femme à un robinet et/ou une pompe	Présence d'un robinet et/ou d'une pompe	Auprès des FE et FA séropositives	RTA Fiche d'enquête

III.7- Analyse statistique :

III.7.1- Description des variables :

Les variables de l'étude ont été établies en fonction du plan d'analyse à savoir, la variable dépendante (expliquée) et les variables indépendantes (explicatives).

La variable dépendante principale retenue a été le mode d'allaitement pratiqué par la femme séropositive au VIH après son accouchement. Secondairement nous nous sommes intéressés au mode d'allaitement choisit avant l'accouchement.

Les variables mode d'allaitement pratiqué et mode d'allaitement choisit ont été redéfinis en variables dichotomiques pour la recherche d'éventuels facteurs d'association au cours de l'analyse.

Les variables indépendantes ont concerné : les caractéristiques sociodémographiques (provenance, zone de résidence, ethnie, situation matrimoniale, régime matrimonial, mode de vie familiale, profession, l'alphabétisation et/ou la scolarisation), la connaissance de la femme, la qualité du counseling, l'accessibilité au service de santé, l'accessibilité en eau potable, l'opinion de l'entourage immédiat, l'opinion de la culture et de la tradition et l'information du conjoint.

Ces variables ont été redéfinies pendant l'analyse selon le besoin.

III.7.2- Estimation des paramètres clés :

Au cours de l'étude, le risque d'erreur retenu a été $\alpha = 5\%$. C'est-à-dire quelque soit le modèle envisagé une marge d'erreur de 5% est acceptable.

III.7.3- Plan d'analyse :

Deux méthodes d'analyse statistique ont été utilisées. La première descriptive simple, a consisté au moyen des fréquences de présenter la population d'étude. La seconde explicative, nous a permis de se prononcer (à partir du Khi-deux ou du Fisher) sur les présomptions entre chaque variable indépendante et la variable dépendante.

Tableau 5 : Plan d'analyse des données.

Objectifs	Variables	Instruments
- Décrire pendant la grossesse, le mode d'allaitement opté par les mères séropositives à Mopti	- Mode d'allaitement choisit pendant la grossesse	- Fiche d'enquête
- Déterminer les facteurs associés au choix de l'allaitement artificiel pendant la grossesse à Mopti	- Mode d'allaitement choisit pendant la grossesse X caractéristiques sociodémographiques X Faible niveau de connaissance X qualité du counseling X accessibilité des services de santé X accessibilité à l'eau potable X opinion de l'entourage immédiat, de la culture et de la tradition sur l'allaitement artificiel X l'information du conjoint.	- Fiche d'enquête
- Décrire la pratique de l'allaitement artificiel par les mères séropositives à Mopti	- Mode d'allaitement pratiqué par les mères séropositives après l'accouchement	- Fiche d'enquête
- Déterminer les facteurs associés à la pratique de l'allaitement artificiel par les mères séropositives à Mopti	- Idem, variables sélectionnées pour la détermination des facteurs associés au choix de l'allaitement artificiel pendant la grossesse.	- Fiche d'enquête

III.8- Traitement et analyse des données :

Après la vérification manuelle des données, le masque de saisie et l'analyse ont été faits sur *Epi Info 2000 Version 3.5.1*. Le logiciel *Excel 2007* a servi pour l'élaboration des graphiques.

III.9- Aspects d'éthiques :

Les personnes concernées ont été admises après un consentement éclairé dans la stricte confidentialité et d'anonymat lors des visites de suivi prénatal et/ou sur rendez vous. Par moment nous avons eu recours à l'aide d'un personnel de santé de la localité pour des fins d'interprète.

III.10- Diffusion et utilisation des résultats :

Les résultats de cette étude seront restitués au niveau de chaque district sanitaire et associations de lutte contre le VIH/SIDA de la région de Mopti ainsi qu'à la Direction Régionale de la Santé, de la Direction Nationale de la Santé et de la Cellule Sectorielle de Lutte contre le VIH/SIDA.

III.11- Limites de l'étude :

L'incomplétude des données au niveau de certains sites PTME et associations de lutte contre le VIH/SIDA et les pertues de vue risqueront d'entraîner des biais d'information.

Aussi, des biais d'interprétation pourront survenir, compte tenue de la confidentialité, l'opinion directe de l'entourage ne pourrait être exploitée.

Des biais de sélection pourront se produire lorsque les femmes enquêtées sont celles qui fréquentent les structures de santé et celles qui adoptent l'allaitement artificiel.

Enfin, le fait que nous nous sommes limités à deux niveaux d'analyse (analyse bi variée).

III.12- Apport du stage :

Notre stage de mise en situation professionnelle s'est déroulé principalement au service de gynéco-obstétrique de l'Hôpital Louis MOURIER à Colombes (France) et secondairement à la Direction Régionale de la Santé de Mopti (Mali).

Le choix de Louis MOURIER est loin d'être fortuit. Il constitue un exemple en matière de suivi des enfants nés de mères séropositives (où le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant par le lait maternel est moins de 2 % contrairement aux 20 % de l'Afrique subsaharienne).

Aussi, les deux tiers des consultantes séropositives à Louis MOURIER sont originaires de l'Afrique subsaharienne.

Ces deux faits majeurs nous ont conduits à réaliser une étude sur la perception des mères séropositives au VIH sur l'allaitement artificiel des enfants nés de mères séropositives. Un prélude de celle menée au Mali (Mopti), elle nous a permis dans un premier temps de décrire la population d'étude : les mères séropositives les plus fréquemment rencontrées étaient celles originaires de la côte d'ivoire (24%) suivies de celles originaires du Mali (20%) ensuite celles originaires du Cameroun (11%) et du Congo Kinshasa (11%).

Dans un second temps cette étude nous a permis de mieux cerner la notion de VIH/SIDA chez la femme séropositive originaire d'Afrique subsaharienne en général et chez les originaires du Mali en particulier, la notion de pression de l'entourage immédiat, et enfin la notion du poids de la culture et de la tradition.

La Direction Régionale de la Santé de Mopti fut le service d'accueil pour la réalisation de l'étude du mémoire.

A ce niveau, nous avons procédé à la conception du protocole d'étude, la formation des enquêteurs et la collecte des données dans les districts sanitaires concernés de la région (Bandiagara, Djenné, Douentza, Koro, Mopti et Ténenkou).

IV-RESULTATS :

IV.1- Caractéristiques sociodémographiques :

Cette enquête a permis d'interviewer 64 femmes séropositives répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion.

L'âge : Les femmes enquêtées avaient un âge compris entre 14 à 42 ans, avec une moyenne de 28 ans. Regroupées par tranche de 5 ans, les [24 – 29 ans] ont été les plus fréquentes avec un effectif de 20 soit 31,30 % des cas.

Tableau 6 : Répartition des femmes en fonction de la tranche d'âge.

Groupes d'âge	Effectifs	Pourcentages
< = 14 ans	1	1,60 %
] 14 – 19 ans]	5	7,80 %
] 19 – 20 ans]	10	15,60 %
] 24 – 29 ans]	20	31,30 %
] 29 – 30 ans]	13	20,30 %
] 34 – 39 ans]	12	18,80 %
] 39 – 42 ans]	3	4,70 %
Total	64	100 %

Provenance : Mopti a été le district sanitaire le plus pourvoyeur avec un effectif de 35 soit 54,70 % des cas.

Tableau 7 : Répartition des femmes en fonction de la provenance.

Provenances	Effectifs	Pourcentages
Bandiagara	7	10,90 %
Bankass	2	3,10 %
Djenné	4	6,30 %
Douentza	4	6,30 %
Koro	7	10,90 %
Mopti	35	54,70 %
Ténenkou	5	7,80 %
Total	64	100 %

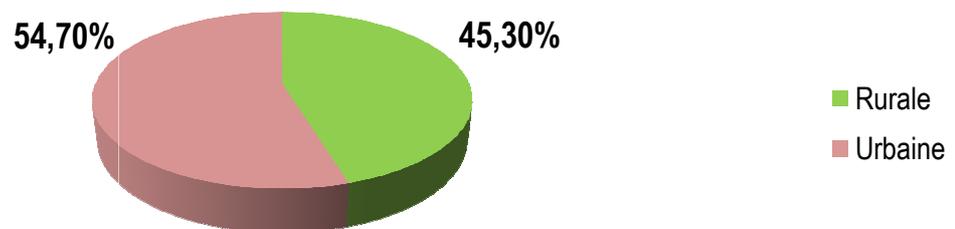
Ethnie : L'ethnie majoritaire a été Dogon avec un effectif de 22 soit 34,40 % des cas.

Tableau 8 : Répartition des femmes en fonction de l'ethnie.

Ethnies	Effectifs	Pourcentages
Bambara	6	9,40 %
Bobo	1	1,60 %
Bozo	3	4,70 %
Dogon	22	34,40 %
Malinké	2	3,10 %
Marka	2	3,10 %
Peulh	16	25,00 %
Somono	3	4,70 %
Songhoï	3	4,70 %
Autre	6	9,40 %
Total	64	100%

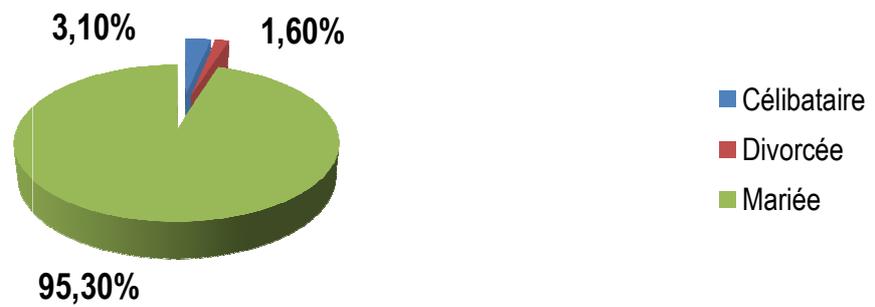
Zone de résidence : Les femmes urbaines ont été les plus fréquentes avec un effectif de 35 soit 54,70 % des cas.

Figure 2 : Répartition des femmes en fonction de la zone de résidence.



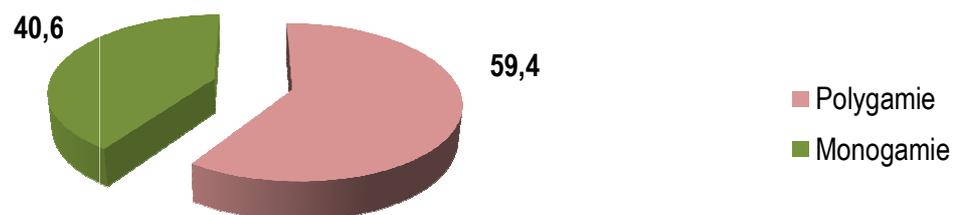
Situation matrimoniale : Les mariées ont été les plus fréquentes avec un effectif de 61 soit 95,30% des cas enquêtés.

Figure 3 : Répartition des femmes en fonction de la situation matrimoniale.



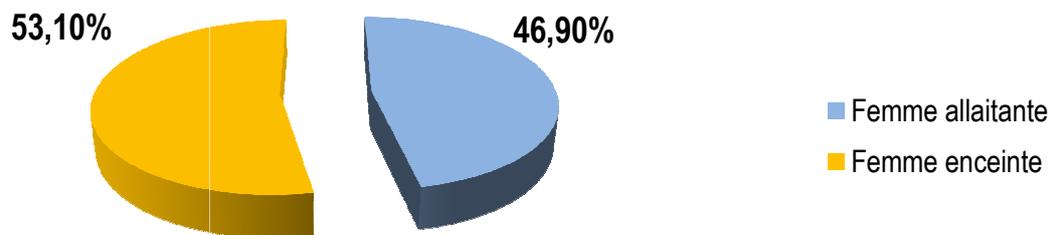
Régime matrimonial : La polygamie a été le régime matrimonial fréquemment rencontré avec un effectif de 38 soit 59,40% des cas.

Figure 4 : Répartition des femmes en fonction du régime matrimonial.



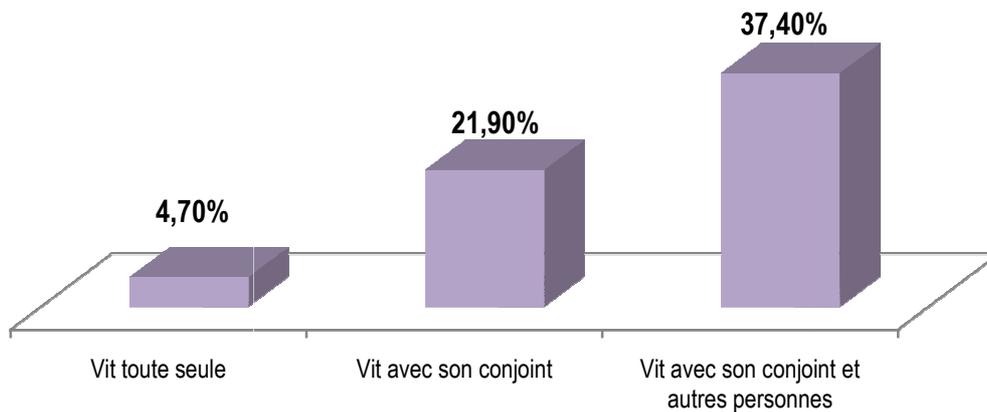
Statut obstétrical : Les femmes enceintes ont été les plus fréquentes avec un effectif de 34 soit 53,10 % des enquêtées.

Figure 5 : Répartition des femmes en fonction du statut obstétrical.



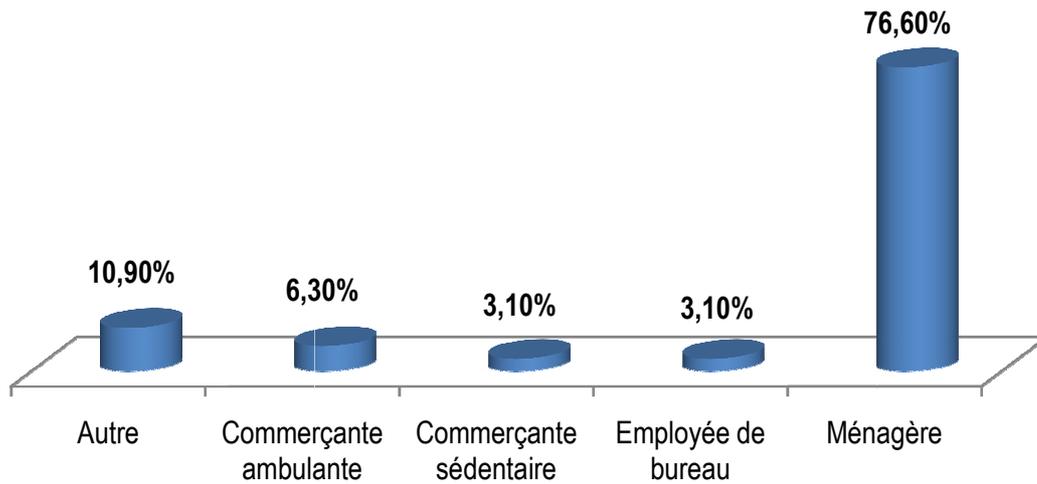
Mode de vie familiale : Les femmes vivant avec le conjoint et autres personnes ont été les plus fréquentes avec un effectif de 47 soit 37,40 % des cas.

Figure 6 : Répartition des femmes en fonction du mode de vie familiale.



Profession : Les ménagères ont été de loin les plus fréquemment rencontrées avec un effectif de 49 soit 76,60 % des cas.

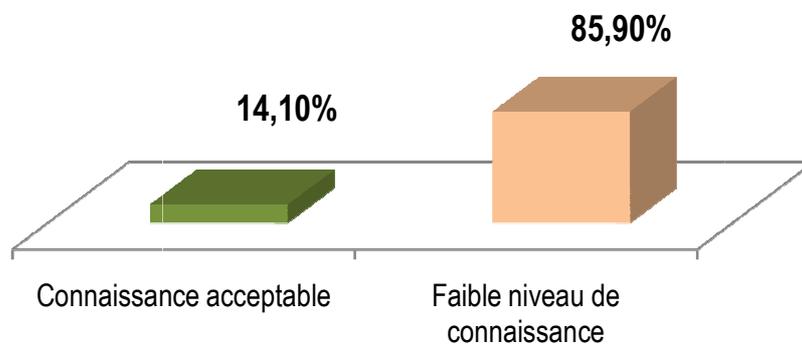
Figure 7 : Répartition des femmes en fonction de la profession.



IV.2- Connaissance de la femme :

Les femmes ayant un faible niveau de connaissance ont été les plus fréquentes avec un effectif de 55 soit 85,90 % des cas.

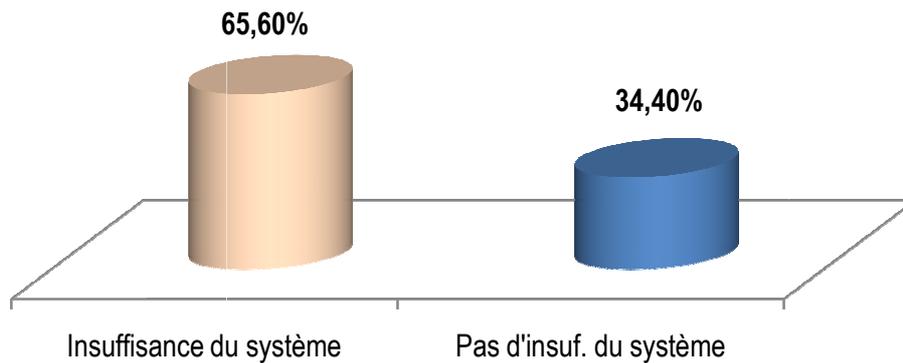
Figure 8 : Répartition des femmes selon le niveau de connaissance acceptable.



IV.3- Insuffisance du système de santé :

Une insuffisance du système de santé a été observée chez la majeure partie des femmes enquêtées, avec un effectif de 42 soit 65,60 % des cas.

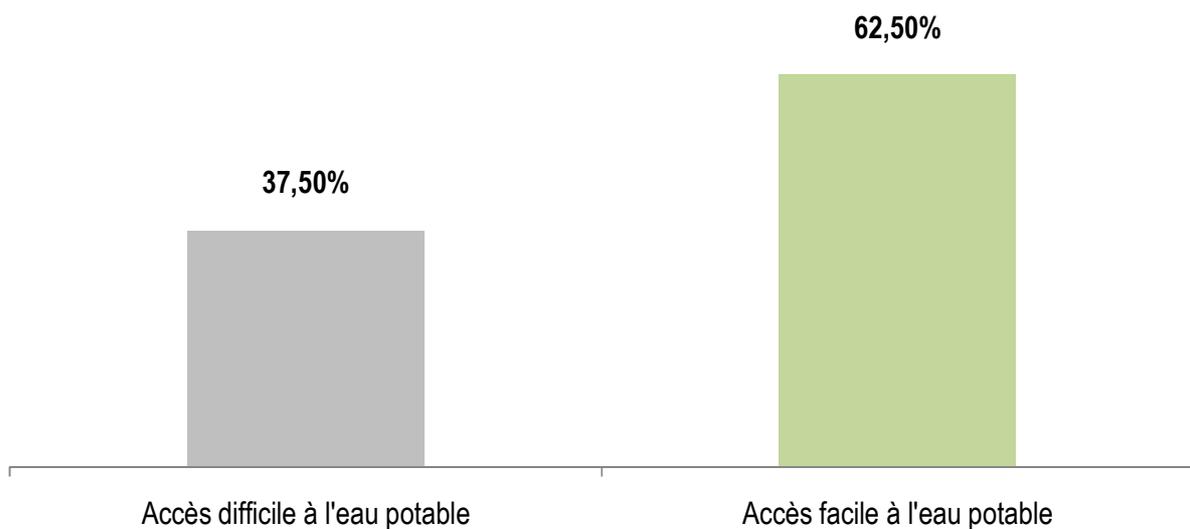
Figure 9 : Répartition des femmes selon l'observation d'une insuffisance du système de santé dans le suivi.



IV.4- Difficulté d'accès à l'eau potable :

La majeure partie des femmes enquêtées ont un accès facile à l'eau potable, avec un effectif de 40 soit 62,50 % des cas.

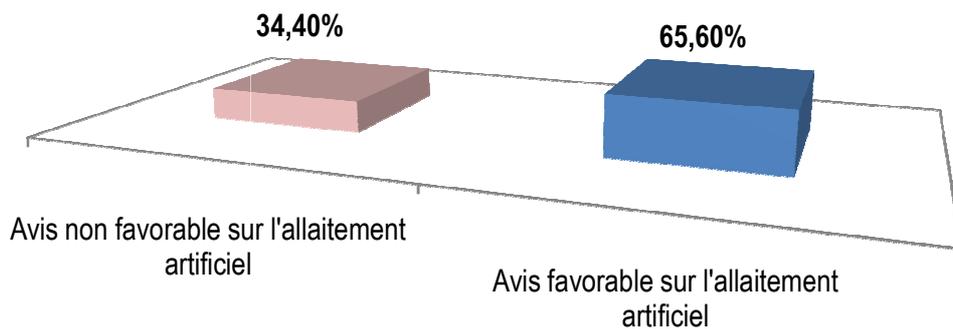
Figure 10 : Répartition des femmes en fonction de leur accessibilité à l'eau potable.



IV.5- Opinion de l'entourage immédiat et de la culture/tradition :

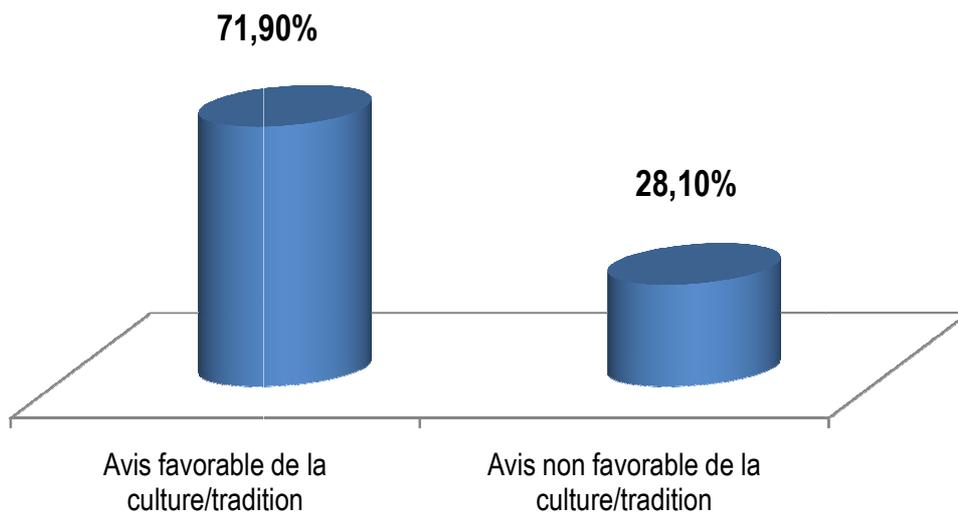
L'entourage immédiat des femmes enquêtées serait favorable à l'allaitement artificiel, avec un effectif de 42 soit 65,60 % des cas.

Figure 11 : Répartition des femmes en fonction de l'opinion de l'entourage immédiat.



La culture/tradition des femmes serait favorable à l'allaitement artificiel, avec un effectif de 46 soit 71,90 % des cas.

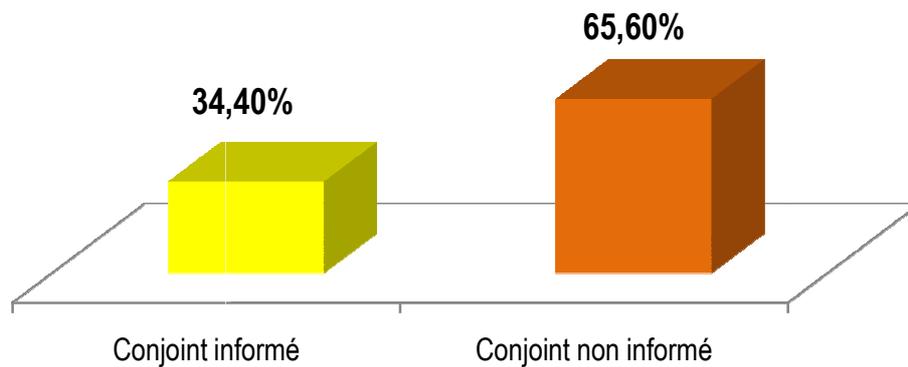
Figure 12 : Répartition des femmes en fonction de la culture/tradition.



IV.6- Information du conjoint :

Les femmes n'ayant pas encore informé le conjoint de leur séropositivité ont été les plus fréquentes, avec un effectif de 42 soit 65,60 % des cas.

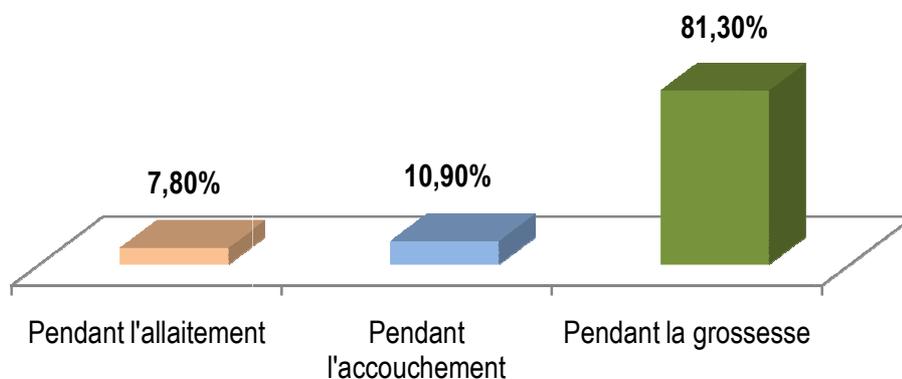
Figure 13 : Répartition des femmes en fonction de l'information du conjoint.



IV.7- Qualité du counseling :

La majeure partie des femmes interrogées ont reçu un counseling sur le mode d'allaitement de l'enfant pendant la grossesse, avec un effectif de 52 soit 81,30 % des cas.

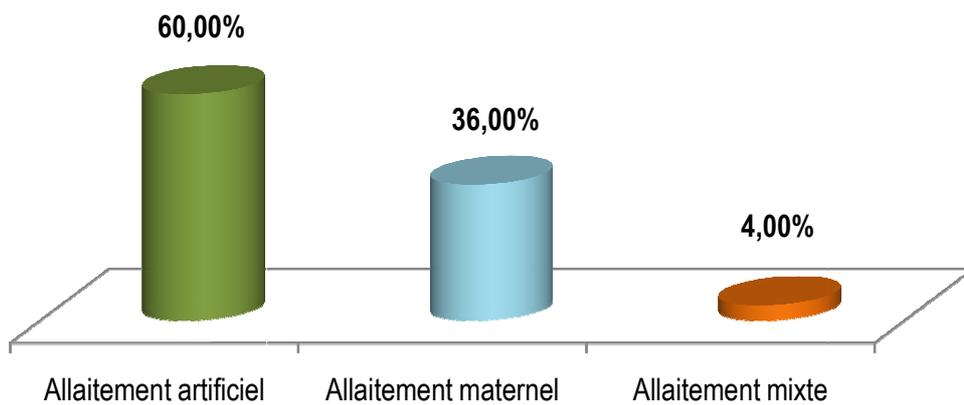
Figure 14 : Répartition des femmes en fonction de la période de counseling sur l'allaitement de l'enfant.



IV.8- Mode d'allaitement choisi pendant la grossesse :

Les femmes enquêtées ont majoritairement choisi l'allaitement artificiel comme mode d'alimentation de leurs enfants, avec un effectif de 31 soit 60 % des cas.

Figure 15 : Répartition des femmes en fonction du mode d'allaitement choisi pendant la grossesse.

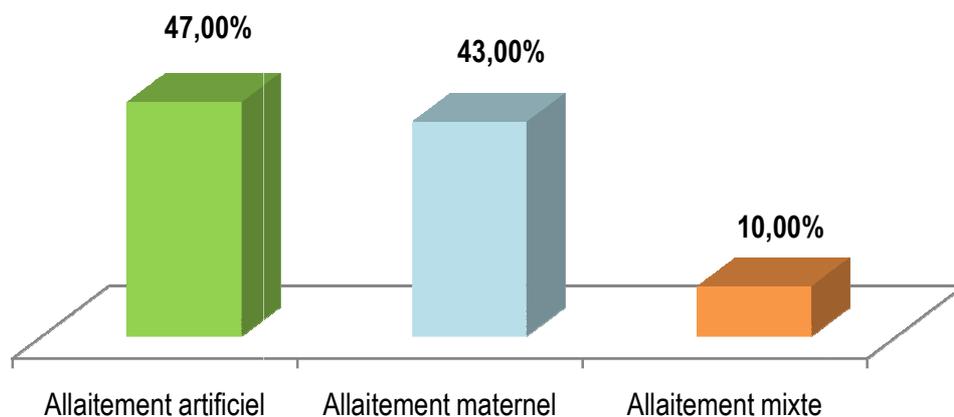


IV.9- Mode d'allaitement pratiqué après l'accouchement :

Les femmes pratiquant l'allaitement artificiel ont été les plus fréquentes, avec un effectif de 14 soit 47 % des allaitantes.

Parmi ces 14 femmes qui ont adopté l'allaitement artificiel, 6 ont connu des absences répétées de l'agent dispensateur du lait, et toutes ont coïncidé au moins à une rupture du lait.

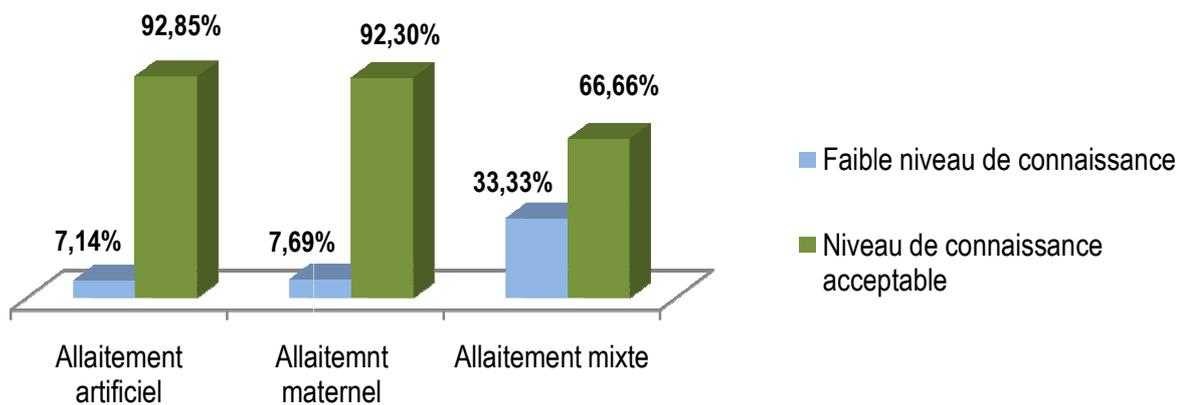
Figure 16 : Répartition des femmes en fonction du mode d'allaitement pratiqué.



IV.10- Mode d'allaitement pratiqué et niveau de connaissance :

L'allaitement artificiel et maternel exclusif ont été pratiqués par les femmes avec un niveau de connaissance acceptable, avec des proportions respectives de 13/14 et 12/13 soit 92,85 et 92,30 % des allaitantes.

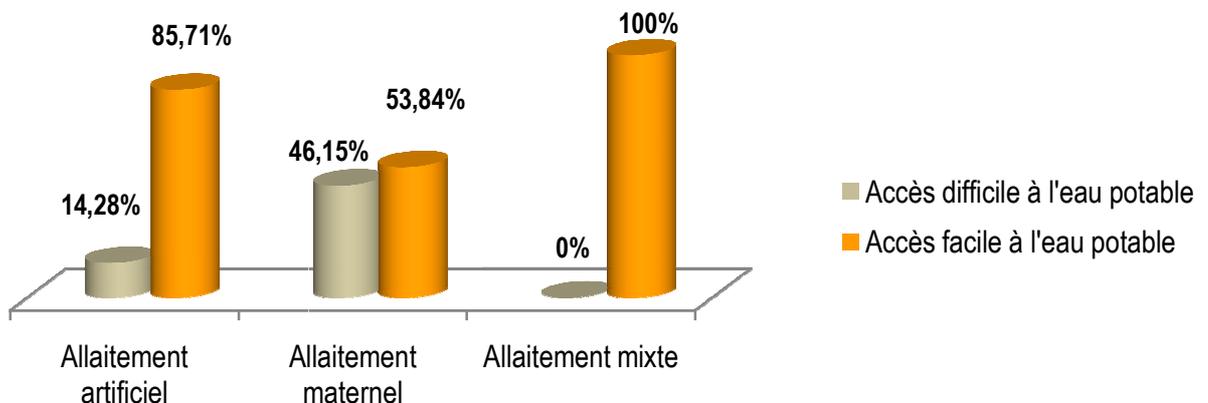
Figure 17 : Répartition des femmes en fonction du niveau de connaissance et du mode d'allaitement.



IV.11- Mode d'allaitement pratiqué et accessibilité à l'eau potable :

Les allaitements mixte et artificiel ont été plus pratiqués par les femmes ayant un accès facile à l'eau potable, avec des proportions respectives de 3/3 et 12/14 soit 100 et 85,71 % des allaitantes.

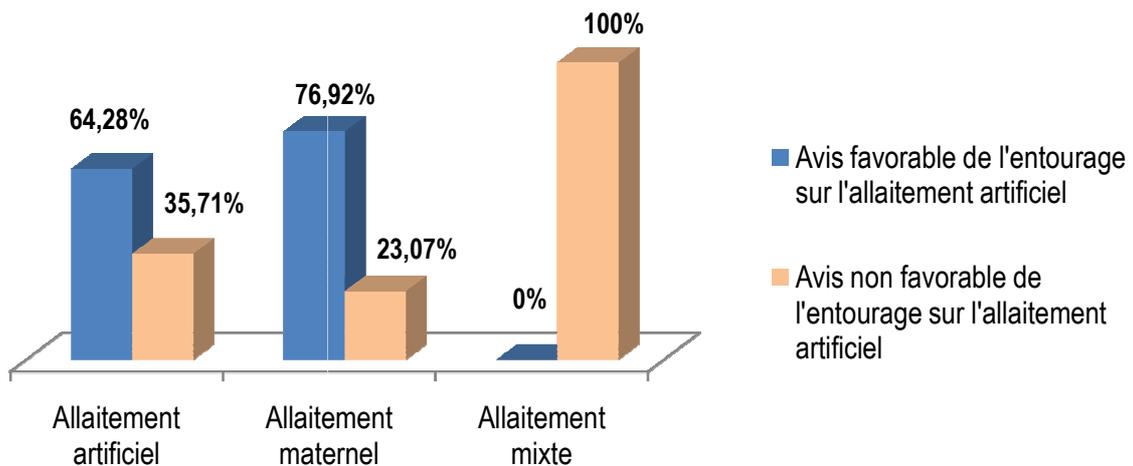
Figure 18 : Répartition des femmes en fonction du mode d'allaitement pratiqué et l'accessibilité à l'eau potable.



IV.12- Mode d'allaitement pratiqué et opinion de l'entourage immédiat :

Les femmes dont l'entourage immédiat ne serait pas favorable pour l'allaitement artificiel ont pratiqué l'allaitement mixte et celles dont l'entourage serait favorable ont plus pratiqué l'allaitement maternel exclusif.

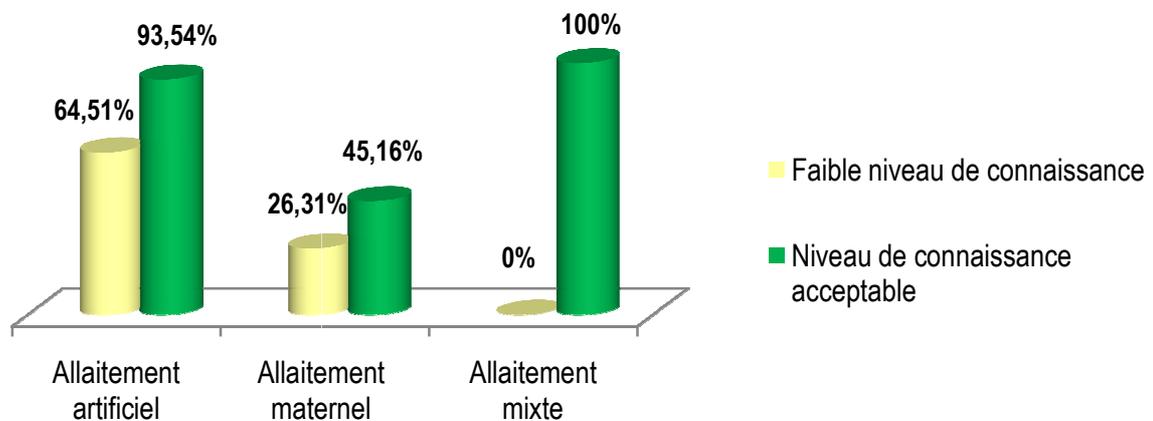
Figure 19 : Répartition des femmes en fonction du mode d'allaitement pratiqué et l'opinion de l'entourage immédiat.



IV.13- Mode d'allaitement choisi et niveau de connaissance de la femme :

Les femmes avec un niveau de connaissance acceptable ont plus choisi l'allaitement mixte et artificiel, avec comme proportions respectives de 2/2 et 9/31 soit 100 et 93,54 % des enquêtées.

Figure 20 : Répartition des femmes en fonction du mode d'allaitement choisi et le niveau de connaissance.



V- DISCUSSION

Au cours de cette étude le nombre de femmes enquêtées (64 au total pendant 5 mois) reflète le rythme de contact des services de santé par les femmes séropositives au VIH dans la région de Mopti. La perception populaire sur le VIH se résume comme étant le fruit d'un libéralisme sexuel et une infidélité conjugale. Ce qui contraint ces femmes à vivre dans la discrétion au risque d'un suivi médiocre. Si nombre d'entre elles préfèrent venir aux consultations bien avant ou après les autres femmes, d'autres n'hésitent pas à rebrousser chemin en voyant une connaissance proche dans la même structure.

Aussi, les âges observés (minimum 14 ans, maximum 42 ans avec une moyenne d'âge de 28 ans), les ethnies majoritaires (Dogon : 34,4 %, Peulh : 25 %), la polygamie (59,4 %), le mode de vie en communauté (95,3 %), la profession ménagère (76,6 %) et le faible niveau de connaissance (85,9 %) reflètent le profil de cette population à Mopti.

Au cours de notre étude 47 % des femmes ont pratiqué l'allaitement artificiel, 43 % l'allaitement maternel et 10 % l'allaitement mixte. Cette prédominance relative des femmes ayant pratiqué l'allaitement artificiel a été plus observée chez celles qui ont pris connaissance des avantages et inconvénients de l'allaitement au sein lors du counseling en consultation prénatale (64,3 % des séropositives ayant accouchées) sans être statistiquement significatif ($P = 0,07$).

Nos résultats corroborent avec ceux de **Dabis F, et al.** [8] en Côte d'Ivoire qui avaient eu des résultats similaires en suivant 557 femmes infectées par le VIH dans des centres de santé de quartiers pauvres d'Abidjan. Le lait maternisé et le matériel nécessaire ont été fournis gratuitement depuis la naissance ou au début du sevrage jusqu'à l'âge de 9 mois. Parmi ces femmes 53 % ont pratiqué l'allaitement artificiel contre 47 % d'allaitement maternel exclusif. Cette fréquence de la pratique d'allaitement artificiel pourrait s'expliquer par la mise à disposition gratuite du lait artificiel d'une part (comme à Mopti), mais aussi par la qualité du counseling au cours des consultations prénatales (elles ont eu accès à un régime court d'antirétroviraux autour de l'accouchement et deux alternatives à l'allaitement maternel prolongé leur ont été systématiquement proposées dès la période prénatale : alimentation artificiel depuis la naissance ou allaitement maternel exclusif avec mise en œuvre d'un sevrage précoce à partir du quatrième mois).

Thalawat S. et al. ont également trouvé des résultats convergents en Thaïlande en suivant trois groupes de femmes. Les séropositives en post natal ($n = 80$), les séropositives en prénatale ($n = 36$) et les prénatales de statut sérologique au VIH inconnu ($n = 86$). Parmi les mères séropositives au VIH, 94 % ont pratiqué l'allaitement artificiel, 5 % l'allaitement mixte et 1 % l'allaitement maternel exclusif. Cette fréquence de l'allaitement artificiel est plutôt imputable à la performance des formations sanitaires où les femmes ont été sélectionnées qu'à la gratuité du lait artificiel (cette gratuité ne concerne qu'une fraction de la population très pauvre). Ces formations sanitaires font partie de la région nord de la Thaïlande où l'accès aux soins

prénataux est de 80 % (Kieffer, 2001), les femmes enceintes sont systématiquement testées au VIH avec un taux d'acceptation de 99 % (Thaineua et al, 1998).

Cependant, nos résultats divergent avec ceux d'**Aika AAO, et al.** [2] qui ont suivi deux groupes de femmes (55 séropositives, 85 séronégatives) dans un centre de soutien aux familles infectées par le VIH à Lusaka (Zambie). Toutes les mères séropositives ont pratiqué un allaitement au sein (35 % d'allaitement maternel exclusif et 65 % d'allaitement mixte). Outre le faible niveau de revenu au sein de cette population (74,5 % des mères étaient sans emploi) et l'absence de gratuité du lait artificiel, la croyance traditionnelle profondément enracinée, les messages d'éducation sanitaire qu'« allaiter est le meilleur », la crainte de la révélation indirecte du statut de VIH, la stigmatisation d'une mère non-allaitante et le coût élevé d'une alimentation de remplacement seraient les raisons de pratique de l'allaitement maternel.

Chez les femmes en grossesse, 60 % avaient choisi l'allaitement artificiel. Cette intention serait associée à un avis favorable de la culture, tradition de la femme ($P = 0,008$ $RR = 2,64$ $IC = 95$ %) et la provenance à Mopti ($P = 0,0004$ $RR = 2,84$ $IC = 95$ %). Le niveau de connaissance, la faible continuité des services de soins, l'accessibilité à l'eau potable, les avis de la culture et de l'entourage immédiat n'ont pas été associés à ce choix. En rapport avec les femmes qui ont pratiqué l'allaitement artificiel, seulement une proportion de 45,1 % des intentions a été réalisée. Les raisons d'abandon les plus fréquemment évoquées ont été le coût du lait artificiel (100 %), et la crainte de ne pas réveiller les soupçons (68,7 %).

Ce résultat est superposable à celui de **Leroy V, et al.** où plus de la moitié aussi des femmes s'étaient exprimées en faveur de l'allaitement artificiel (53 %). Ces auteurs ont mené une étude prospective auprès de 580 femmes enceintes séropositives à Abidjan (Côte d'Ivoire) pendant deux ans. Par contre, les facteurs associés au choix des femmes ont été le faible niveau d'éducation, le fait d'être musulmane, vivre chez ses parents, et de ne pas partager son résultat avec quelqu'un d'autre. Parmi ces femmes ayant choisi l'allaitement artificiel, 91 % des intentions ont été réalisées (contre 45,1 % des réalisations dans notre étude). Cette différence dans la proportion des femmes ayant réellement pratiqué l'allaitement artificiel pourrait s'expliquer par la différence dans le type d'étude, la taille des échantillons et la durée des études.

Cependant **Doherty T, et al.** [11] ont trouvé une proportion voisine de la nôtre en menant une étude longitudinale dans trois centres de santé en Afrique du sud. Un peu moins de 50 % des femmes ont maintenu leur intention. Ces auteurs ont observé que les principales caractéristiques de ces femmes étaient l'aptitude à résister aux pressions de la famille visant à introduire d'autres liquides et à se rappeler des messages clés sur les risques de TME et ceux de l'alimentation mixte.

Le faible niveau de connaissance n'a pas été associé au mode d'allaitement des femmes. Ce phénomène a été également réparti entre celles qui ont pratiqué l'allaitement artificiel que maternel exclusif. Cependant, nous avons remarqué une prédominance de la connaissance du VIH/SIDA chez les femmes qui ont pratiqué l'allaitement artificiel (71,4 %) sans signification statistique. Ce qui renforce la thèse qu'à distance d'une instruction classique, une sensibilisation bien conduite pourrait avoir un impact positif sur le

comportement des populations. Toute fois, l'alphabétisation est une base dans la facilitation et la consolidation de la connaissance à acquérir.

Par contre, **Gara CP, et al.** [12] au Zimbabwe, en travaillant sur deux populations de femmes ont indiqué que respectivement 33 et 77% des femmes de Harare et Chitungwiza connaissaient le lien entre la transmission du VIH et l'allaitement maternel. Quarante neuf (49%) des femmes redoutaient d'allaiter.

Nous avons observé des prédominances de l'opinion favorable de l'entourage immédiat (64,2 %) et de la culture (78,6 %) sans qu'elles ne soient statistiquement significatives. Par ailleurs, l'influence de la belle mère a été fréquemment évoquée dans 36,4 % des cas. Ces faits sont superposables au type de société que vit actuellement la population à Mopti. Si les considérations culturelles sont de moins en moins pesantes (à cause d'une tendance à l'occidentalisation), l'appartenance et la hiérarchie familiale demeure encore. **Bland RM, et al.** [4] ont par contre observé dans leur étude que de nombreuses femmes au sud du Kwazulu Natal en Afrique du sud instaurent une alimentation mixte en raison d'une insuffisance de lait maternel. L'enquête transversale menée auprès de ces femmes (mères de 445 nourrissons) a aussi révélé que le choix de l'alimentation par la mère a été principalement autodéterminé (43%), tandis que des travailleurs sociaux (22%) et la grand-mère (16%) ont été cités comme principales sources de conseil.

Gara CP, et al. [12] dans une étude au Zimbabwe sur 200 femmes ont indiqué que l'influence des maris (58%) sur les pratiques alimentaires avait été plus importante que celle des infirmières (42%) suggérant que les influences sociales sont plus fortes que l'avis du personnel médical quant au choix d'une méthode d'alimentation.

Contrairement à ces auteurs, **Chopra M, et al.** [5] ont indiqué dans leur étude en Afrique du sud que les femmes infectées par le VIH n'avaient ressenti aucun effet social négatif lié au fait qu'elles n'allaitaient pas. Ce qui peut toute fois ne pas en être de même dans d'autres communautés d'Afrique du sud, particulièrement dans des zones rurales où l'allaitement maternel est la norme.

Une insuffisance du système de santé a été observée autant chez les femmes qui ont pratiqué l'allaitement artificiel (50 % de cet effectif) que celles qui ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif (53,8 % de cet effectif). Cette insuffisance du système de santé pourrait s'expliquer par la rupture du lait artificiel au cours de notre enquête. Toute la région, en exemple, est restée sans lait pendant près d'un mois. De plus, certaines femmes avaient des difficultés d'accès aux centres dispensateurs du lait : 34,4 % étaient distantes à plus de 5 km, 21,9 % devaient traverser un fleuve ou une rivière.

Une prédominance de la difficulté d'accès à l'eau potable a été observée chez les femmes qui ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif (46,1 %) sans signification statistique.

Par ailleurs, **De Paoli MM, et al.** [9] ont dans une étude menée à Moshi (Tanzanie), indiqué une insuffisance du système de santé au niveau counseling donné aux femmes séropositives. Ces auteurs ont montré que les recommandations de l'ONUSIDA/OMS/UNICEF avaient été gravement compromises par les conseillers. Les options d'alimentation du nourrisson n'ont pas toujours été expliquées avec précision. Ces

conseillers ont considéré que la plupart des femmes avaient peu d'autres choix que d'allaiter au sein (à cause de leurs statuts socioéconomiques) et qu'il était peu probable qu'elles le fassent de façon exclusive malgré les conseils donnés. Pourtant, l'expérience de ces conseillers allait de 6 mois à 9 ans.

CONCLUSION

Dans la région de Mopti, les femmes séropositives au VIH acceptent l'allaitement artificiel de leurs enfants mais la pratique reste un véritable défi dans une population où l'allaitement au sein est la norme, les croyances populaires sur le VIH sont négatives et la hiérarchie familiale est bien enracinée. Relever ce défi, dépasse la seule volonté de la femme. Il nécessite une conjugaison multifactorielle. Si la disponibilité du personnel et des intrants à cet effet sont les conditions sine qua none, seule la continuité des services permet de garantir une minimisation des risques de transmission verticale et la pérennisation des activités. Pour faire face aux incessantes pressions de l'entourage immédiat, une véritable préparation de la femme elle-même est nécessaire, en terme de connaissance sur le VIH, de conviction et d'acquisition d'un mental irréfutable. Ce transfert de compétence serait d'autant plus aisé que la femme ait acquis une alphabétisation et/ou une scolarisation de base. En plus, l'information du conjoint permet un choix approprié au contexte, renforce de façon durable et efficace la pratique adoptée. Outre ces barrières vint l'obstacle communautaire en termes d'accessibilité géographique des services de soins. A Mopti, près de la moitié de la population vit dans la zone inondée où le déplacement n'est pas facile en période de hautes eaux, à cela une distance lointaine de la formation sanitaire alourdi le fardeau de la femme dans une localité où le transport des personnes et des biens ne sont pas assurés.

L'étude ainsi menée dans la région, certes est loin d'être parfaite. Son mérite serait de tenter de déterminer d'éventuels facteurs associés au mode d'allaitement des enfants nés de mères séropositives au VIH. Elle a été réalisée dans un contexte où ces femmes arrivent le plus souvent en prénatal avec une charge virale élevée et allaitent leurs enfants.

En somme, nous avons rencontré des femmes en âge de procréer enceintes et en postnatal séropositives au VIH, à majorité Dogon et Peuhl, ménagères, en union polygame et vivant en communauté avec un faible niveau de connaissance réparties sur toute l'étendue de la région.

Les femmes enceintes ont majoritairement choisi l'allaitement artificiel et celles en post natal ont majoritairement pratiqué d'autre type d'allaitement qu'artificiel.

Le faible niveau de connaissance n'a pas été associé au mode d'allaitement des enfants mais nous avons noté une prédominance de la connaissance sur le VIH au sein des femmes qui ont pratiqué l'allaitement artificiel. Ce qui renforce la thèse qu'à distance d'une instruction classique, une sensibilisation bien conduite pourrait avoir un impact positif sur l'attitude des femmes.

Cependant, le choix des femmes enceintes séropositives au VIH serait associé à un avis favorable de la culture, tradition de la femme ($P = 0,008$ avec un Risque Relatif = 2,64 et un Intervalle de Confiance = 95 %) de la provenance du district de Mopti ($P = 0,0004$ avec un Risque Relatif = 2,84 et un Intervalle de Confiance = 95 %). Il n'y a pas eu de différence sur le niveau de connaissance selon que la femme réside en milieu rural ou urbain.

Parmi les femmes qui ont choisi l'allaitement artificiel pendant la grossesse seulement une proportion de 45,1 % est parvenue à le pratiquer. Les raisons principales racontées ont été la belle mère (36,4 %), le coût du lait artificiel (26,6 %) et la crainte de ne pas réveiller les soupçons (21,9 %).

Le mode de vie en solitaire serait un facteur protecteur à la pratique d'allaitement artificiel dans la région ($P = 0,008$ avec un Risque Relatif = 0 et un Intervalle de Confiance = 95 %).

L'insuffisance du système de santé a beaucoup influencé le mode d'allaitement des enfants sans l'être associé. Cette insuffisance a été largement imputable à la rupture prolongée du lait dans la région et quelques indisponibilités du personnel dispensateur. Si la majorité des femmes ont reçu le counseling sur le mode d'alimentation de l'enfant pendant la grossesse (81,3 %) quelques unes l'ont reçu pendant l'accouchement (7,8 %) ou en postnatal (10,9 %). Cet aspect est loin d'être le moins déterminant si l'on sait que les chances de transmission verticale dépendent aussi du délai de contact de la femme avec la formation sanitaire, voir son adhésion au principe de prise en charge. Imaginons une femme qui découvre sa séropositivité au VIH en postnatal (jusque là inconnue), le temps d'intégrer cette séropositivité, de mesurer le pour et le contre d'informer son conjoint et de prendre une décision, le virus aurait fait du chemin.

L'accessibilité à l'eau potable serait associée au mode d'allaitement des enfants ($P = 0,04$ avec un Risque Relatif = 1,3 et un Intervalle de Confiance = 95 %). Les femmes qui ont pratiqué d'autres modes d'allaitement qu'artificiel auront une difficulté d'accès à l'eau potable. Coïncidence hasardeuse ou choix raisonné, la question reste entière au moment où l'on pense que les substituts de lait ne sont efficaces que lorsque la femme dispose d'une eau saine et potable pour sa préparation.

L'opinion de l'entourage immédiat ou de la culture/tradition n'ont pas été associée au mode d'allaitement des enfants. Toute fois, nous avons observé une prédominance d'opinion favorable de l'entourage immédiat chez celles qui ont pratiqué l'allaitement artificiel (64,2 %). La grande majorité des femmes n'ont pas pu encore informer leurs conjoints sur la séropositivité (34,4 % de conjoints informés contre 65,6 % de conjoints non informés). Beaucoup ont rapporté qu'elles ne pourront jamais le faire pour des raisons de survie, d'honneur, et de stabilité conjugale.

Au terme de cette étude un regard croisé s'impose, entre d'une part la femme séropositive au VIH avec son environnement (physique, social, culturel et économique) et d'autre part la capacité du système de santé à relever le défi pour minimiser les chances de transmission verticale et de prolonger l'espérance de vie de cette femme. Encore faudrait-il extrapoler ces résultats aux autres régions du Mali ? Ou mener des études contextuelles dans chaque région ? Ces questions restent entières. Ce qui est sûr, l'espoir reste permis avec la réalisation d'autres études qui épouseront plus les aspects socio-anthropologiques et medico-scientifiques afin de déterminer réellement le mode d'alimentation approprié (accessible, réalisable à risque négligeable) pour toutes les populations du Mali.

RECOMMANDATIONS

Au niveau national :

- Initier et coordonner une véritable étude socio-anthropologique et médico-scientifique à l'échelle nationale (loin des supervisions) afin d'arrêter une politique appropriée d'alimentation des enfants nés de mères séropositives. Etude qui évaluera l'acceptabilité, la faisabilité, la durabilité, la sûreté et l'accessibilité financière propre à chaque région ou district sanitaire.
- Procéder à une révision des programmes et directives nationaux qui portent sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives en fonctions des données du terrain. Cette révision pourrait préciser l'adoption de mesures singulières selon les populations ou des mesures communes pour l'ensemble des populations du pays.
- Veiller à la continuité des services de santé surtout au niveau opérationnel. Continuité qui pourrait s'appuyer sur la disponibilité des intrants et des personnels. Suite à l'évaluation au cours de l'étude, on pourrait procéder au recrutement ou au redéploiement de personnel en fonction des besoins selon les localités.
- Mettre en place des stratégies nationales de développement permettant de mobiliser davantage de ressources domestiques afin de faciliter l'accessibilité des services de santé, d'approvisionnement en eau potable. Ces stratégies doivent également permettre d'aplanir les obstacles non financiers d'accès aux soins, géographiques, culturels, ethniques ...
- Renforcer les capacités des décideurs en matière de soins de santé, des directeurs de programmes des agents de santé et si nécessaire des conseillers et des groupes de promotion de la prévention primaire.
- Consulter les communautés et développer leurs capacités pour l'acceptation, la promotion et le soutien de pratiques appropriées pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant nés de mères séropositives.
- Accroître l'accès et la demande du dépistage et le conseil en matière de VIH avant, pendant la grossesse et en période postnatale afin de permettre aux femmes et à leurs partenaires de savoir à temps leurs statuts sérologique au VIH.
- Renforcer et soutenir la recherche sur le VIH et l'alimentation de l'enfant, y compris la recherche opérationnelle, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux de dissémination des résultats.
- Mieux articuler la relation Etat – Région – Districts sanitaires – Aires de santé.
- Intégrer la politique de santé à celle du développement et de la stratégie de réduction de la pauvreté.
- Développer une culture de performance.

- Instaurer le système de contractualisation.
- Etablir une synergie entre le secteur public et le secteur privé.

Au niveau régional :

- Coordonner et aider à la réalisation de l'étude socio-anthropologique et médico-scientifique sur le terrain.
- Procéder à la mise en œuvre au niveau régional de la politique nationale sur l'alimentation des nourrissons et du jeune enfant nés de mères séropositives.
- Associer toutes les représentations (services régionaux, leaders religieux, ONG et organismes internationaux en matière de lutte contre le VIH/SIDA) au sein de la population aux prises de décision et à la mise en œuvre des directives et programmes.
- Procéder à une expression des besoins durables en intrants et personnels au niveau régional.
- Renforcer le suivi des activités au niveau des services publics et privés.

Au niveau des districts sanitaires :

- Faciliter la mise en œuvre d'études qualitative et quantitative au niveau du cercle afin d'identifier le mode d'allaitement approprié des enfants nés de mères séropositives.
- Accroître les connaissances des familles et des communautés pour protéger, encourager et soutenir toutes les mères en général et en particulier les séropositives au VIH par la communication et la mise en place des groupes de soutien.
- Suivre tous les nourrissons exposés au VIH quelque soit le mode d'alimentation choisi par la mère, et offrir des conseils et soutien concernant leur alimentation.
- Mieux encadrer les agents conseillers et dispensateurs de lait afin d'assurer la continuité des services.
- Instaurer un mécanisme d'encouragement local.
- Promouvoir la culture de la performance.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'enquête

A- Caractéristiques sociodémographiques de la femme :

Numéro de saisie de la femme : /_/_/

Date de l'enquête : /_/ /_/ 2008

Age de la femme : /_/_/ ans

/_/_/

Provenance :

- 1- Bandiagara /_ / 2- Bankass /_ / 3- Koro /_ /
 4- Douentza /_ / 5- Djenné /_ / 6- Mopti /_ /
 7- Ténenkou /_ / 8- Youwarou /_ /

/_ /

Zone de résidence :

- 1- Urbaine /_ / 2- Rurale /_ /

/_ /

Ethnie :

- 1- Bambara /_ / 2- Bobo /_ / 3- Bozo /_ /
 4- Dogon /_ / 5- Malinké /_ / 6- Marka /_ /
 7- Maure /_ / 8- Peulh /_ / 8- Rimaïbé /_ /
 9- Somono /_ / 10- Songhoï /_ / 11- Tamasheq /_ /
 10- Autres /_ /

/_ /

Situation matrimoniale :

- 1- Mariée /_ / 2- Célibataire /_ / 3- Veuve /_ /
 4- Divorcé /_ / 5- Union libre /_ / 6- Autres /_ /

/_ /

Régime matrimonial :

- 1- Monogamie /_ / 2- Polygamie /_ /

/_ /

Mode de vie familial :

- 1- Vit toute seule /_ /
 2- Vit en famille avec ses parents /_ /
 3- Vit seulement avec son conjoint /_ /
 4- Vit avec sa (ses) coépouses et le conjoint /_ /
 5- Vit avec les parents du conjoint et le conjoint lui-même /_ /
 6- Vit avec sa (ses) coépouses, les parents du conjoint et le conjoint /_ /

/_ /

Profession :

- 1- Ménagère /_ / 2- Commerçante ambulante /_ /
 3- Commerçante sédentaire /_ / 4- Aide ménagère /_ /
 4- Femme libre /_ / 5- Employée de bureau /_ / 6- Autres /_ /

/_ /

Statut obstétrical de la femme :

- 1-Femme enceinte /_/
2-Femme allaitante /_/

Niveau d'alphabétisation (en une langue locale) :

- Femme alphabétisée 1- Oui /_ / 2- Non /_ /

Niveau de scolarisation (en français) :

- Femme scolarisée 1- Oui /_ / 2- Non /_ /

Si scolarisé :

- 1-Niveau fondamental /_ /
2-Niveau secondaire /_ /
3-Niveau universitaire /_ /

B- Connaissances / attitude de la femme :

Niveau de connaissance en matière de VIH/SIDA :

Avez-vous entendu parler du VIH/SIDA ?

- 1- Oui /_ / 2- Non /_ /

Pouvez-vous m'en citer les différentes voies de transmission ?

- 1- Oui /_ / 2- Non /_ /

Si oui, elle est capable de citer

- 1-un sur trois /_ /
2-Deux sur trois /_ /
3-Trois sur trois /_ /

Pouvez-vous me citer ses modes de prévention ?

- 1- Oui /_ / 2- Non /_ / /_ /

Si oui, elle est capable de citer

- 1-un sur trois /_ /
2-Deux sur trois /_ /
3-Trois sur trois /_ /

Mode d'allaitement :

- Selon vous quel est le mode d'allaitement approprié pour un enfant né de mère séropositive :
- Selon vous quel est la durée (en nombre de mois) d'allaitement maternel (au sein) d'un enfant né de mère séropositive :
- Pendant la grossesse quel est le mode d'allaitement que vous avez choisi ?
1-Allaitement maternel exclusif /_ /
2-Allaitement artificiel /_ /
3-Allaitement mixte /_ /
- Si allaitante, quel est le mode d'allaitement que vous pratiquez ?
1-Allaitement maternel exclusif /_ /
2-Allaitement artificiel /_ /
3-Allaitement mixte /_ /
- Selon vous, quel est l'aspect qui vous contraint à ne pas allaiter Votre enfant au lait artificiel ?

- 1- La difficulté d'accès au centre de santé /_ /
- 2- L'incrédibilité de l'agent qui donne le lait /_ /
- 3- L'indiscrétion du lieu d'approvisionnement en lait /_ /
- 4- Le coût de l'allaitement artificiel /_ /
- 5- Les contraintes de la préparation du lait /_ /
- 6- La crainte de ne pas réveiller les soupçons /_ /
- 7- La pression de ma belle-mère /_ /
- 8- Autres à préciser /_ /

C- Qualité du conseil /personnel de santé :

A quel période l'agent de santé a-t-il abordé la question sur l'allaitement :

- 1- Pendant la grossesse /_ /
- 2- Pendant l'accouchement /_ /
- 3- Pendant l'allaitement /_ /

Disponibilité du personnel :

Vous arrive t-il de porter absente la personne qui donne le lait ?

- 1- Oui /_ / 2- Non /_ /

Si oui à quelle fréquence :

- 1- Je l'ai connu une seule fois /_ /
- 2- Je l'ai connu deux fois /_ /
- 3- Je l'ai connu plusieurs fois /_ /

Disponibilité du lait :

Vous arrive t-il de coïncider aux ruptures de lait ?

- 1- Oui /_ / 2- Non /_ /

Si oui à quelle fréquence :

- 4- Je l'ai connu une seule fois /_ /
- 5- Je l'ai connu deux fois /_ /
- 6- Je l'ai connu plusieurs fois /_ /

D- Accessibilité au service de santé (où elle s'approvisionne en lait) :

Distance de la femme au centre de santé

- 1- Centre de santé à moins de 100 mètres /_ /
- 2- Centre de santé à plus de 2 km /_ /
- 3- Centre de santé à plus de 5 km /_ /

Présence d'un cours d'eau sur le trajet

Vous traversez un fleuve et/ou une rivière pour venir au centre de santé ?

- 1- Oui /_ / 2- Non /_ /

E- Accessibilité en eau potable :

Source d'approvisionnement en eau :

Votre source d'approvisionnement en eau est :

- 1- Robinet /_ / 2- Pompe /_ / 3- Puits /_ /
- 4- Fleuve /_ / 5- Rivière /_ / 6- Mare /_ /

Accessibilité à l'eau potable :

- 1-Robinet et/ou pompe à moins de 100 mètres /_/_
- 2-Robinet et/ou pompe à plus de 2 km /_/_
- 3-Robinet et/ou pompe à plus de 5 km /_/_

/_/_

F- Entourage immédiat/culture et tradition :

Votre culture, tradition condamne t-il l'allaitement artificiel

- 1- Oui /_/_ 2- Non /_/_

/_/_

Avez-vous quelqu'un dans votre entourage immédiat serait contre l'allaitement artificiel ?

- 1- Oui /_/_ 2- Non /_/_

/_/_

Si oui, il s'agit de :

- 1- Votre mari /_/_
- 2- Votre belle mère /_/_
- 3- Une belle sœur /_/_
- 4- Une amie /_/_
- 5- Autres /_/_

/_/_

G- Information du conjoint :

Votre conjoint est-il informé de votre séropositivité ?

- 1- Oui /_/_ 2- Non /_/_

/_/_

Si non, souhaitez vous qu'il soit informé ?

- 1- Oui /_/_ 2- Non /_/_

/_/_

Si oui, par :

- 1- Par vous-même /_/_
- 2- Par un agent de santé /_/_

/_/_

Si non, quelles sont les raisons qui vous contraient à ne pas l'informer :

.....

Selon vous qu'est qu'on pourrait faire pour vous faciliter l'allaitement artificiel de votre enfant ?

.....
.....
.....

ANNEXE 2 : Rapport PTME Région de Mopti 2008

Activités	MOIS												TOTAL												
	Janv	fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec													
Nombre de femmes vues en CPN (anciennes+nouvelles)	1220	1246	1761	1629	1835	1742	1501	1495	1600	1377	1275	1181	17862												
Nombre de nouvelles femmes vues en CPN	645	699	826	931	779	817	761	731	733	662	708	567	8859												
Nombre de femmes ayant reçu le counseling	321	179	706	293	358	299	600	665	577	597	606	448	5649												
Nombre de femmes ayant reçu le counseling en salle de travail	59	0	37	10	26	9	28	44	41	47	48	112	461												
Nombre de femmes ayant accepté le test après le counseling	236	126	666	283	234	189	577	633	457	535	597	406	4939												
Nombre de femme ayant effectivement fait le test	236	124	496	223	173	149	437	543	412	508	534	389	4224												
Nombre de femmes enceintes séropositives	2	2	8	0	2	0	4	6	113	7	4	3	151												
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant reçu ARV	4	4	7	1	0	0	1	6	5	1	2	0	31												
Nombre de femmes enceintes séropositives devant accoucher au centre	2	0	6	1	3	0	1	4	5	4	2	1	29												
Nombre de femmes enceintes séropositives ayant accouché au centre	1	4	6	0	1	0	3	1	4	2	3	2	27												
Nombre de nouveau-nés de mère séropositive	2	4	6	2	2	0	4	2	5	2	3	3	35												
Nombre de nouveau-nés de mère séropositive ayant reçu ARV	1	4	2	1	2	1	2	2	6	3	1	3	28												
	Janv	fév	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Sept	Oct	Nov	Dec													
	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N	A	N											
Nombre de femmes enceintes séropositives suivies (A et N)	6	1	6	0	6	6	8	0	6	3	5	0	3	2	6	2	9	2	8	5	17	4	14	5	124
Nbre de femmes séropositives accouchées suivies (A et N)	8	1	8	0	6	5	4	1	10	3	9	0	0	1	0	3	2	4	4	5	11	9	9	6	109
Nbre de nouveau-nés de mères séropositives suivies (A et N)	15	2	19	3	17	4	5	2	7	0	11	0	18	4	22	1	27	3	23	4	26	3	18	6	240
Nbre de nouveau-nés de mères séropositives sous allaitement maternel (A+N)	2	1	2	0	2	1	2	0	7	1	3	1	4	3	8	1	9	1	3	2	4	2	9	2	70
Nombre de nouveau-nés de mères séropositives sous allaitement artificiel (A+N)	14	1	17	10	9	2	6	1	3	1	8	1	5	1	18	0	17	4	19	3	20	4	17	4	185

Nombre d'enfants nés ayant effectué le test à 18 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Nombre d'enfants nés de mères séropositives, dépistés séronégatifs à 18 mois	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Nombre de conjoints de femmes séropositives qui ont eu accès au dépistage volontaire	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	3	0	7
Nombre de femmes séropositives référées	3	2	5	0	0	1	5	6	0	4	4	0	30
Nombre d'enfants nés de mères séropositives référés	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4
Nombre de femmes enceintes séropositives perdues de vue	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	2	7
Nombre d'enfants nés de mères séropositives perdues de vue	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	6	8

Source : Direction régionale de la santé de Mopti

ANNEXE 3 : Définition des termes

Définition des termes acceptable, faisable, financièrement abordable, sûre et durable [23]: Ces termes devraient être interprétés à la lumière des conditions locales et de la recherche formative. Les définitions suivantes peuvent servir de base :

Acceptable : La mère ne voit pas d'obstacle à l'alimentation de substitution. Un obstacle peut avoir une origine culturelle ou sociale ou être dû à la crainte de la stigmatisation d'autrui ou de discrimination. Acceptable signifie que la mère n'est pas soumise à des pressions sociales ou culturelles la poussant à ne pas recourir à une alimentation de substitution ; ses proches et la communauté la soutiennent dans sa préférence pour l'alimentation de substitution ou elle saura résister aux pressions exercées par sa famille et ses amis en faveur de l'allaitement au sein et elle ne redoutera pas la stigmatisation éventuelle que suscite l'utilisation d'aliments de substitution.

Faisable : La mère (ou la famille) dispose de suffisamment de temps, de connaissance, de compétences et d'autres ressources pour préparer l'alimentation de substitution et nourrir le bébé jusqu'à 12 fois par 24 heures. La mère doit comprendre et suivre les instructions concernant la préparation de la nourriture de l'enfant et confectionner correctement, avec l'aide de ses proches, un nombre suffisant de portions pour chaque jour – et pour la nuit – même si cela l'empêche partiellement de cuisiner pour sa famille ou d'accomplir d'autres travaux.

Financièrement abordable : La mère et la famille, avec, si nécessaire, l'aide de la communauté ou des services de santé peuvent acheter ou produire, préparer et utiliser une alimentation de substitution, à savoir tous les ingrédients, ainsi que le combustible, l'eau propre, le savon et les ustensiles, sans désavantage pour la santé et la nutrition de la famille. Ce terme comprend aussi l'accès aux soins médicaux requis en cas de diarrhée et le paiement de ces soins.

Sûr : Les aliments de substitution sont préparés et conservés de manière correcte et hygiénique et donnés en quantité nutritionnellement suffisantes, avec les mains propres et en utilisant des ustensiles propre, de préférence une tasse. Cela signifie que la mère ou la personne qui s'occupe du bébé :

- A accès à une quantité assurée d'eau potable (provenant d'un robinet ou d'un puits couvert) ;
- Prépare des aliments de substitution qui sont satisfaisants du point de vue nutritif et exempts de pathogènes ;
- Peut laver soigneusement ses mains et les ustensiles avec un savon et bouillir régulièrement les ustensiles pour les stériliser ;
- Peut bouillir l'eau pour préparer chaque repas du bébé ;

- Peut conserver les aliments non préparés dans des récipients propres et couverts et les protéger des rongeurs, insectes et autres animaux.

Durable : Il faut un approvisionnement continu, ininterrompu et fiable de tous les ingrédients et produits nécessaires pour une alimentation de substitution sûre, pendant aussi longtemps que l'enfant en a besoin, jusqu'à 12 mois ou plus. Les ingrédients doivent donc être toujours disponibles ou accessibles et, en l'absence de la mère, une autre personne doit préparer l'alimentation de substitution et nourrir l'enfant.

ANNEXE 4 : Préalables pour la gratuité ou subvention du lait artificiel

Conditions à observer lors de la distribution gratuite ou subventionnée de préparations commerciales pour nourrissons [18]:

Les gouvernements qui décident de fournir des préparations pour nourrissons aux enfants de femmes VIH-positives peuvent imposer les conditions suivantes :

- Les préparations pour nourrissons ne devraient être fournies gratuitement ou à prix réduit qu'aux femmes VIH-positives et à leurs enfants pour lesquels l'alimentation de substitution est acceptable, faisable, sûre et durable. Les autorités compétentes doivent s'assurer qu'elles ont les moyens financiers de fournir les préparations sans interruption, même dans les régions les plus éloignées, tant que l'enfant en a besoin. Elles ne doivent pas accepter les préparations gratuites ou offertes par les fabricants ou les distributeurs. Elles doivent acheter les produits par les circuits normaux.
- Les autorités doivent veiller à l'application du Code (notamment les dispositions concernant la fourniture et la distribution de préparations pour nourrissons ainsi que la qualité des produits et l'emballage).
- Le personnel chargé de la distribution des préparations pour nourrissons doit pouvoir suivre des directives indiquant quelles femmes VIH-positives bénéficient du programme, quelles conditions, avec quelle fréquence et pendant combien de temps, où a lieu la distribution, etc.
- Avant de commencer à distribuer des préparations commerciales pour nourrissons dans les centres de santé, il faut désigner des conseillères formées en allaitement au sein, en alimentation complémentaire et en alimentation de l'enfant dans le contexte du VIH. Ces personnes doivent savoir fournir des conseils et un soutien objectifs à toutes les mères. Quand une femme VIH-positives opte pour les substituts du lait maternel, il faut lui montrer comment conserver et préparer ces produits et comment les donner au nourrisson en utilisant une tasse. Une telle démonstration ne doit s'adresser qu'aux femmes qui ont choisi l'alimentation de substitution.
- Avant d'entreprendre la distribution de préparations commerciales pour nourrissons dans les centres de santé, il faut expliquer à la population les problèmes qui découlent de l'alimentation des nourrissons en cas de VIH et souligner que c'est à cause de ces problèmes que les préparations pour nourrissons sont fournies. Ainsi, les mères à qui il est conseillé de recourir à une alimentation de substitution et d'éviter l'allaitement au sein ne sont pas critiquées parce qu'elles n'allaitent pas leur enfant. La crainte de la stigmatisation peut conduire certaines mères à pratiquer une alimentation mixte.
- Il faut recueillir des informations sur la santé et l'état nutritionnel (surtout la croissance) des enfants nourris avec des substituts du lait maternel et les analyser pour surveiller les effets de ces derniers sur la santé des nourrissons.

- Une fois qu'on a commencé à donner une préparation à l'enfant, il ne faut pas l'arrêter pendant au moins les six premiers mois de sa vie. Ensuite, on peut continuer ainsi ou utiliser du lait d'origine animale pendant au moins une année, et de préférence jusqu'à 24 mois, tout en ajoutant des aliments de complément. Des préparations spéciales de suivi ne sont pas nécessaires. Le lait de substitution doit être fourni à la mère qui a commencé l'allaitement au sein, puis choisi d'y renoncer à un moment quelconque de la première année de son nourrisson.
- Quand elles envisagent d'exécuter un projet d'approvisionnement en préparations pour nourrissons gratuites ou subventionnées à l'intention des femmes VIH-positives qui préfèrent ne pas allaiter leur enfant, les autorités doivent prévoir un soutien nutritionnel ou autre pour les mères VIH-positives qui opèrent un autre choix. Il est équitable d'aider toutes les femmes infectées par le VIH, afin que les services de santé ne donnent pas l'impression qu'ils préconisent une option plutôt qu'une autre. En outre, un tel soutien peut amener une mère à choisir une alimentation de substitution non pas parce que celle-ci est gratuite, mais parce que c'est une solution qui se réalise sans danger.

ANNEXE 5 : Droit de l'homme en matière de VIH/SIDA

Protection, respect et garanti des droits de l'homme [24] :

Dans le contexte du VIH, protéger, respecter et garantir les droits de l'homme signifie ce qui suit :

- Toutes les femmes et tous les hommes, quel que soit leur statut VIH, ont le droit de déterminer leurs relations sexuelles et leur santé génésique et d'accéder à des informations et services qui leur permettent de protéger leur propre santé et celle de leur famille.
- L'enfant a le droit de survivre, de se développer et de jouir du meilleur état de santé possible.
- La mère a le droit de choisir la manière de nourrir ses enfants, sur la base d'informations complètes, et de bénéficier d'un soutien dans la pratique qu'elle juge appropriée.
- Les femmes et les filles ont droit à des informations sur le VIH/SIDA et aux moyens de se protéger contre l'infection par le VIH.
- Les femmes ont le droit d'avoir accès à un test de dépistage du VIH accompagné d'un soutien psychosocial et de connaître leur statut VIH.
- Les femmes ont le droit de refuser de subir un test de dépistage du VIH ou de ne pas être informées des résultats d'un test de dépistage du VIH.

ANNEXE 6 : Risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant

Estimation des risques et moment de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en l'absence de mesures particulières [24] :

Moment	Taux de transmission
Pendant la grossesse	5 – 10 %
Pendant le travail et l'accouchement	10 – 15 %
Pendant l'allaitement au sein	5 – 20 %
Total sans allaitement au sein	15 – 25 %
Total avec allaitement au sein jusqu'à 6 mois	20 – 35 %
Total avec all. au sein jusqu'à 18 – 24 mois	30 – 45 %

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Académie de Mopti. *Rapport de rentrée 2007-2008*. Académie Mopti. Mopti: 2008;1-80.
- [2] Aika AA, Chewe L, Chipepo K, Ganapati JB, Bunn J. Infant-feeding practices of mothers of known status in Lusaka, Zambia. *Health Policy and Planning*. 2003;**18**(2):156-162.
- [3] *Plan opérationnel 2007-2010*. 2007. Bamako: Secrétariat exécutif; 2007. 8-122
- [4] Bland RM, Rollins NC, Coutoudis A, Coovadia HM. Child health group: breastfeeding practices in an area high HIV prevalence in rural South Africa. *Acta Paediatr*. 2002;**91**(6):704-711.
- [5] Chopra M, Piwoz E, Sengwana J, et al. Effect of mother-to-child HIV prevention programme on infant feeding and caring practices in South Africa. *S. Afr. Med. J.* 2002;**92**(4):298-302.
- [6] Coutoudis A, Dabis F, Fawsi W et al. Late postnatal transmission of HIV in breastfed children: an individual patient data meta-analysis. *J Infect Dis*. 2004;**189**(97):2154-2166.
- [7] Dabis F, Msellati P, Dunn D et al. Estimating the rate of workshop of methodological issues Ghent (Belgium), 17-20 February 1992. *AIDS*. 1993;**7**(8):1139-1148.
- [8] Dabis F, Bequet L, Ekouevi DK, Viho I, Rouet F, Horo A et al. Field efficacy of zidovudine, lamivudine and single-dose nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV. *AIDS*. 2005;**19**(3):309-318.
- [9] De Paoli NM, Manongi R, Klepp KI. Counsellor's perspectives on antenatal HIV testing and infant feeding dilemmas facing women with HIV in northern Tanzania. *Reprod Health Matters*. 2002;**10**(20):144-156.
- [10] Direction Régionale de la Santé de Mopti. *Monographie de la région de Mopti*. DRS Mopti. Mali: 2007;4-25.
- [11] Doherty T, Chopra M, Nkonki L, et al. A longitudinal qualitative study of infant-feeding decision making and practices among HIV-positive women in South Africa. *J. Nutr*. 2006;**136**(9):2421-2426.
- [12] Gara CP, Pazvakavambwa I, Maponga CC, Gavaza P. An investigation of the factors influencing the infant feeding methods among urban Zimbabwean women in the context of HIV transmission. *Cent Afr J Med*. 2005;**51**(2):1-4.
- [13] Déclaration de politique de lutte contre le VIH/sida au Mali. 2004.

- [14] Jane Helen DOWNS et Peter A. COOPER. Vih et allaitement maternel. *Annales Nestlé*. 2007;**65**(1):29-38.
- [15] Leroy V, Sakarovitch C, Becquet R, Ekouevi DK, Bequet L, et al. Acceptability of formula-feeding to prevent HIV postnatal transmission, Abidjan, Côte d'Ivoire. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.* 2007;**44**(1):77-86.
- [16] Newell ML. Current issues in the mother-to-child transmission of hiv-1 infection. *Tran R Soc Trop Med Hyg.* 2006;**100**(1):1-5.
- [17] *Hiv et alimentation de l'enfant : cadre pour actions prioritaires.* . Genève: OMS; 2004. 3
- [18] Vih et l'alimentation du nourrisson : mise à jour sur la base d'une consultation technique tenue au nom de l'équipe spéciale interinstitutions (interagency task team - iatt) sur la prévention des infections dues au vih chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons. 2006.
- [19] *Vih et nutrition.* Edition Karger. Guatemala: Ann Nestlé [fr]; 2007. 5-8
- [20] Talawat S., Dore G. J., Le Coeur S., Lallemand M.. Infant feeding practices and attitudes among women with hiv infection in northern thailand. *AIDS Care.* 2002;**14**(5):625-631.
- [21] Thorn C NM. Treatment option for the prevention of mother-to-child transmission of hiv. *Curr Opin Invest Drug.* 2005;**6**:804-811.
- [22] *Epidemic update: 2004.* Edition Karger. Genève: Ann Nestlé [fr]; 2007. 39-48.
- [23] UNICEF, OMS, ONUSIDA, UNFPA. *Le vih et l'alimentation du nourrisson : guide à l'intention des responsables et des cadres des soins de santé.* Genève: OMS; 2005. 17.
- [24] UNICEF, OMS, ONUSIDA, UNFPA. *Le vih et l'alimentation du nourrisson : guide à l'intention des responsables et cadres des soins de santé.* Genève: OMS; 2005. 6.