

Stratégies de prévention et risques de transmission chez les enfants des mères allaitantes séropositives au Sénégal

Ibrahima DIA

Enseignant-chercheur

Université Cheikh Anta DIOP, département de sociologie

Alassane SOW

Université Cheikh Anta DIOP, département de sociologie

Ndèye Awa SYLLA THIOYE

Université Cheikh Anta DIOP, département de sociologie

Résumé

Le VIH/Sida est devenu en 20 ans la première cause de mortalité en Afrique subsaharienne, remettant ainsi en cause de nombreux succès de santé publique de ce continent. Depuis quelques années, des traitements existent et permettent de réduire considérablement la morbidité et la mortalité des personnes infectées par le VIH/Sida. Ce présent article se propose d'analyser, à travers une approche biographique inspirée de la sociologie du corps, la manière dont les femmes séropositives allaitantes arrivent à éviter les risques de transmission à travers des stratégies de prévention politico-médicale (Prévention-Transmission mère-enfant (PTME) et à surmonter la peur d'être stigmatisées. Sur la base de l'analyse mixte des questionnaires et entretiens individuels effectués auprès des mères allaitantes séropositives et des spécialistes de santé, cet article montre que l'allaitement (maternel, artificiel ou mixte) est vécu par les femmes séropositives comme avec une anxiété liée à la stigmatisation et au risque de transmission. Ces femmes séropositives pratiquant l'allaitement ne connaissent pas leur statut sérologique. Elles sont dépistées séropositives tardivement après la naissance de leur bébé. Le test de dépistage, pour les femmes enceintes au Sénégal n'est pas automatique. On note un faible taux d'acceptation du test de dépistage du VIH chez elles en période prénatale, ce qui rend inefficace le programme de prévention de la transmission mère-enfant.

Mots-clés : mères allaitantes séropositives, transmission mère-enfant, VIH, risque, stratégies de prévention.

Summary

In 20 years, HIV/AIDS has become the leading cause of death in sub-Saharan Africa, thus calling into question many of the continent's public health successes. For a few years now, treatments have existed and have made it possible to considerably reduce the morbidity and mortality of people infected with HIV/AIDS. This article proposes to analyze, through a biographical approach inspired by the sociology of the body, the

way in which breastfeeding HIV-positive women manage to avoid the risks of transmission through politico-medical prevention strategies (Prevention-Transmission mother- (PMTCT) and to overcome the fear of being stigmatized Based on the combined analysis of questionnaires and individual interviews carried out with HIV-positive nursing mothers and health specialists, this article shows that breastfeeding (breastfeeding, artificial or mixed) is experienced by HIV-positive women as an anxiety linked to stigmatization and the risk of transmission. These HIV-positive women who breastfeed do not know their HIV status. They are tested HIV-positive late after the birth of their baby. Screening for pregnant women in Senegal is not automatic. There is a low rate of acceptance of the HIV screening test among them during the prenatal period, which makes the program for the prevention of mother-to-child transmission ineffective.

Keywords: HIV-positive breastfeeding mothers, mother-to-child transmission, HIV, risk, prevention strategies.

Introduction

L'épidémie VIH/SIDA continue de progresser à un rythme alarmant dans le monde. De par son impact démographique, économique et social, l'infection à VIH constitue un véritable frein au développement. En Afrique, le SIDA de l'adulte en particulier le syndrome « slim disease », ou maladie de la maigreur a été décrit pour la première fois au début des années 80 (SEYTRE 1995 : 4). Le développement exponentiel de l'épidémie du SIDA en Afrique, sa gravité sur les plans social, économique et sur le bien-être de nos communautés doivent aujourd'hui, plus que jamais rendre alertes tous les États africains, leurs gouvernements, leurs chercheurs et leurs responsables de santé et du développement, s'ils veulent relever dans les prochaines décennies les défis de la croissance économique et du capital humain. Cette pandémie a bouleversé bien des sociétés. Le VIH/Sida est devenu en vingt ans la première cause de mortalité en Afrique sub-saharienne, remettant ainsi en cause de nombreux succès de santé publique de ce continent. Depuis quelques années, des traitements existent, qui permettent de réduire considérablement la morbidité et la mortalité des personnes infectées par le VIH/Sida. De plus, les effets dévastateurs du Sida ne se font pas sentir partout avec la même intensité et se concentrent souvent là où la population est plus vulnérable. Il est incontestable par rapport à ses pays voisins, qu'avec un taux global de prévalence VIH d'environ 1,66% d'après le système de surveillance sentinelle, le Sénégal a réussi à contenir l'épidémie.

En effet, cette situation de basse prévalence est due à la réaction rapide des autorités sanitaires dès l'apparition des premiers cas de SIDA au Sénégal avec la mise sur pied du Comité National Pluridisciplinaire de Prévention du SIDA et d'un programme de surveillance sentinelle en 1989 (CRDH, EDS-IV, 2005). Selon les données des sites sentinelles les régions de haute prévalence sont Dakar (3,6%), Ziguinchor (3,4%), Kolda (3,0%), Tambacounda (3,6%), Mbour (1,8%), Matam (1,4%), Kaolack (1,6%), Saint-Louis (0,7%), Thiès (0,3%), Diourbel (1,1%), Fatick (0,8%), Louga (0,6%) (Bulletin séro-épidémiologique, 2006). En 2005, les résultats de l'EDS-IV (enquête démographique et de santé), montrent qu'au niveau national la prévalence globale (tous sexes confondus) est de 0,7%. Les femmes avec un taux de prévalence de 0,9% sont plus infectées que les hommes 0,4%.

Dans le contexte du Sénégal, la stratégie nationale de lutte contre le SIDA se limitait à la prévention. Par la suite, la prise en charge des Personnes Vivant avec le VIH (PVVIH) a été progressivement intégrée à la riposte. Il s'agit de la prise en charge médicale avec la mise en place de l'initiative sénégalaise d'accès aux antirétroviraux (ISAARV) en 1998 et la gratuité des antirétroviraux (ARV) depuis 2004, la prise en charge psychosociale et nutritionnelle; le démarrage du programme de Prévention Transmission Mère-Enfant; la prise en charge des Accidents Exposant au Sang (AES) et la promotion du Conseil, Dépistage Volontaire constituent les compléments de la gamme des activités de lutte contre la propagation de la maladie dans le pays. La mise en œuvre des programmes tels que la prévention transmission mère-enfant (PTME) prouve qu'il est possible de prévenir l'infection à VIH pédiatrique. Les stratégies de prévention de la TME ont connu de nombreuses avancées scientifiques et opérationnelles. Elles comprennent les tests de dépistage du VIH au cours de la grossesse, la modification des pratiques obstétricales, les protocoles de prophylaxie par les ARV (antirétroviraux) et la modification des pratiques d'alimentation du nourrisson. Toutefois, si ces avancées au niveau pédiatrique restent limitées aussi bien dans leur portée que dans leur ampleur, il est établi que la survie du nouveau-né et du nourrisson est étroitement liée à la survie de la mère, notamment dans les pays pauvres. Dès lors, les programmes de survie de l'enfant devront faire une large place aux interventions tendant à préserver la

vie de la mère. La feuille de route insiste sur le caractère indissociable des problèmes de santé de la mère et ceux de l'enfant notamment le nouveau-né. Notre objectif est de comprendre la manière dont les mères allaitantes séropositives arrivent à survivre dans le programme de Prévention Transmission Mère-Enfant au Sénégal malgré les risques de transmission et la stigmatisation. Ce présent article aborde la problématique de l'allaitement artificiel au Sénégal dans le contexte du VIH. Les femmes séropositives qui pratiquent l'allaitement maternel ne connaissaient pas leur statut sérologique. Elles sont dépistées séropositives tardivement après la naissance de leur bébé. Le test de dépistage pour les femmes enceintes au Sénégal, n'est pas automatique. Il y a un faible taux d'acceptation du test de dépistage du VIH chez les femmes en période anténatale, ce qui rend inefficace le programme de prévention de la transmission mère-enfant dans le contexte du Sénégal.

1. Contexte et problématique de recherche

Depuis la fin des années 90, l'épidémie du Sida remet en cause les équilibres sociaux et économiques déjà fragiles sur le continent africain. Lors de la XI^e Conférence internationale sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles en Afrique (CISMA), qui s'est tenue à Lusaka en Zambie, au mois de septembre 1999, première conférence africaine qui a bénéficié d'un écho important au niveau international, les responsables de l'Organisation des Nations unies (ONU) n'ont pas hésité à qualifier l'épidémie de sida en Afrique de « véritable crise du développement ». C'est ainsi qu'aussi le message du Secrétaire général au Sommet spécial de l'Union africaine Kofi Annan, qui porte sur le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme, à Abuja le 4 mai 2006 a considéré :

Le sida comme principal obstacle à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement, nous n'allons pas imaginer que l'épidémie de sida s'estompe toute seule, ni que la gravité exceptionnelle de son impact a diminué. Le sida demeure le plus grand obstacle au développement en Afrique et tant que nous ne l'aurons pas surmonté, il nous sera impossible d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Aucun pays d'Afrique subsaharienne n'est épargné par le virus du sida. En effet, en 2009, les adultes et enfants vivants avec le VIH s'élevaient à 22,5 millions. Le nombre de nouvelles infections en 2009 sont de 1,8 millions, avec une prévalence chez les adultes de 5% (Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida, 2010). Dans la même année, le nombre de décès dus au sida en 2009 a été estimé à 1,3 millions de personnes. L'Afrique Subsaharienne reste la région la plus affectée par l'épidémie, on y recense 69% de l'ensemble des nouvelles infections à VIH. Les enfants sont les premières victimes, la question des orphelins du sida renforce la perception selon laquelle la maladie serait un enjeu de sécurité crucial. En 2007, selon l'ONUSIDA, les jeunes de 15 à 25 ans représentent déjà aujourd'hui un tiers des séropositifs de la planète, soit dix millions de personnes. Parmi les victimes de la pandémie, on peut ajouter les dix millions d'orphelins du sida qui doivent vivre seuls parce que leurs parents ont succombé au virus. L'Afrique, et particulièrement le sud-est du continent affichent les chiffres les plus terribles. Au Botswana, dans la tranche d'âge 15 à 24 ans, une jeune femme sur trois et un jeune homme sur sept sont infectés par le VIH. En Afrique du Sud, au Lesotho et au Zimbabwe, une jeune femme sur quatre et un jeune homme sur dix sont contaminés. Si l'action menée contre le VIH/SIDA n'est pas à la hauteur, la maladie va continuer à détruire le système éducatif et d'autres institutions d'importance vitale, à réduire le capital humain et la capacité de le transmettre, tout en provoquant dans la durée un recul de l'épargne et des investissements. En effet, le nombre d'« *enfants des rues* », sous-éduqués, mal nourris et désœuvrés, augmente. On a donc tout avantage à réagir contre les épidémies, même lorsqu'elles présentent une faible prévalence. Une plus faible productivité des personnes malades, la baisse du revenu des foyers, la chute de la consommation et de l'épargne, conjuguées à un accroissement des dépenses publiques (notamment dans le domaine de la santé), sont autant de facteurs qui déterminent une diminution sensible du produit national brut (PNB) et un ralentissement de la croissance économique. L'augmentation de la mortalité chez les adultes déclenche trois phénomènes dont la combinaison est dévastatrice. Premièrement, en augmentant la mortalité des femmes et des hommes, travailleurs d'âge très actif, le sida mine la capacité de fonctionnement du secteur public et l'aptitude du secteur privé à

assurer pleinement sa productivité. Deuxièmement, le sida perturbe les ménages aussi bien ruraux qu'urbains et certains d'entre eux, en particulier ceux dont le chef est une femme, vont voir leurs moyens d'existence menacés. Troisièmement, l'effet cumulé des deux phénomènes menace la stabilité et la viabilité des systèmes du développement socioéconomique.

Au Sénégal, un an après la conférence de Londres de Décembre 2005, sur le Compte à Rebours d'ici 2015, le Gouvernement du Sénégal a tenu un Symposium national pour la santé maternelle, néonatale et infantile. Le symposium a permis de faire le point sur les progrès réalisés, les défis qui devaient être relevés avant 2015 et le plaidoyer. Malgré la baisse récente de la mortalité maternelle et infanto-juvénile entre 1992 et 2005, passant respectivement de 510 à 401 pour 100.000 naissances vivantes et de 145 à 121‰, la santé des mères et des enfants est restée très préoccupante dans l'optique de l'atteinte des OMD 4 et 5. Pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, le gouvernement et les partenaires s'étaient engagés à passer à l'échelle les interventions efficaces à travers des mécanismes innovants de mobilisation et d'utilisation rationnelle des ressources. L'élaboration du Plan Stratégie Nationale pour la Survie de l'enfant survient dans un contexte d'adoption de la stratégie régionale et de partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile. À cet égard, l'existence d'une Feuille de Route pour l'Accélération la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale (RMMN) constituait une porte d'entrée pour le continuum des soins qu'il convenait cependant de compléter avec un plan stratégique pour la survie de l'enfant. Cet exercice est intervenu au moment où le plan stratégique PCIME arrivait à son terme et nécessitait d'intégrer les soins du nouveau-né et le VIH/Sida.

Aussi, les conséquences de l'application des PAS (programmes d'ajustement structurels) dans le secteur de la santé, plus précisément à la disponibilité et à l'accessibilité des soins offerts à la population. Les difficultés économiques du Sénégal ont fortement pesé sur les dépenses sociales. Le secteur de la santé a été l'un des plus affectés. La réduction des dépenses publiques de santé a eu une répercussion négative importante sur la qualité et la disponibilité des soins offerts à la population. C'est ainsi que dans le contexte du VIH, les restrictions

financières de l'Etat vont fortement peser sur l'accès des personnes vivant avec le VIH aux soins et traitements. La TME (Transmission mère-enfant) est le second mode de transmission le plus fréquent en Afrique subsaharienne, après les rapports hétérosexuels. On estime que 90% des infections chez les bébés et les enfants en bas âge viennent de la mère, alors que les autres 10% sont le résultat d'abus sexuels, de transfusion sanguine et de toute autre exposition à du sang infecté (Bulletin épidémiologique, 2006). De par leur système immunitaire fragile, les bébés et enfants en bas âge risquent davantage de développer le SIDA plus précocement que les adultes, et beaucoup décèdent un ou deux ans suivant la naissance. Quant au nombre d'enfants infectés au Sénégal, il varie de 4150 en 2004 à 5890 en 2010 (hausse de 42%) (Bulletin épidémiologique, 2006). La TME (Transmission mère-enfant) est de loin le mode de transmission le plus important aussi bien chez les nouveau-nés que chez les nourrissons. Le nombre de naissances VIH positifs au Sénégal d'après les mêmes données est stable sur la période (2004-2010), alors que le nombre d'orphelins du SIDA connaîtra une hausse de 121% entre 2004 et 2010 (Bulletin épidémiologique, 2006). Dans cette même année, les estimations renseignent que 12.700 adultes et 1990 enfants de moins de 15 ans sont nouvellement infectés par le VIH (Bulletin épidémiologique, 2006). Le taux de transmission maternofoetale sans intervention est de l'ordre de 20 à 40 % en Afrique sub-saharienne (Bulletin épidémiologique, 2006). Puis l'avènement des trithérapies modifiant le pronostic de l'infection à VIH, améliorant l'espérance et la qualité de vie des personnes infectées leur a permis de se projeter dans l'avenir et pour les femmes, de penser à la maternité. La PTME (**Prévention de la Transmission Mère-Enfant**) demeure donc le fondement de la riposte de l'infection à VIH chez l'enfant et par conséquent permet de réduire la morbidité et la mortalité infantile.

Ainsi, en juillet 2000, le Sénégal avait mis en place dans 3 sites à Dakar un projet pilote de Prévention de la Transmission du VIH de la mère à l'enfant dans le cadre de son programme d'accès aux antirétroviraux. L'objectif était de rendre plus accessible le dépistage du VIH chez les femmes enceintes lors des consultations prénatales, de diminuer significativement les nouvelles infections à VIH chez les nouveaux nés de mère séropositives par la prophylaxie ARV (antirétroviraux) et l'alimentation artificielle. Ainsi, la revue nationale

du programme, réalisée en 2007, avait permis de constater que le passage à l'échelle de la PTME (**Prévention de la Transmission Mère-Enfant**) est effectif. Toutefois, le taux de femmes enceintes conseillées, le taux d'acceptation du test, le taux de réalisation du test, le taux de résultats rendus et le nombre de femmes séropositives sous prophylaxie ou thérapie ARV (antirétroviraux) étaient en deçà des objectifs fixés dans le plan stratégique national. Ce qui conduit inévitablement à l'adoption d'une nouvelle directive de l'OMS qui est *l'allaitement protégé* sujet de notre problématique. L'éclairage des recherches sur la problématique de l'allaitement artificiel pour les mères séropositives dans le contexte africain, reste un enjeu de taille qui s'inscrit dans le long terme.

Au Sénégal, vivent 400.000 enfants en situation de risque, dont 20.000 enfants ayant perdu un ou les deux parents à cause du Sida. Ce chiffre atteindra 40.000 en 2010 (MBAYE N. et BECKER C., 2006). Ainsi, le nombre de naissances VIH positifs sera stable sur la période 2004-2010, alors que le nombre d'orphelins du SIDA connaîtra une hausse de 121% entre 2004 et 2010 selon les données des sites sentinelles. Il est important de noter que ce chiffre ne prend en compte ni les enfants âgés de 15 à 18 ans, ni les enfants non orphelins dont l'un ou les deux parents vivent avec le VIH, ni ceux qui sont affectés par les répercussions sociales négatives de la maladie ou du décès d'un adulte à cause du Sida. Le Conseil National du Sida souligne la nécessité de profonds changements dans les orientations des programmes de la transmission de la mère à l'enfant (PTME) mis en œuvre dans les pays en développement. Ces programmes ont été construits sur la distinction de la prévention et du traitement dans un contexte de contraintes économiques et de limites structurelles. Ils sont marqués par ces contraintes initiales qui empêchent aujourd'hui de penser la Prévention Transmission Mère-Enfant dans le cadre d'un accès aux soins élargi, contribuant ainsi au maintien de pratiques préjudiciables aux enfants et aux femmes. Ces programmes de Prévention Transmission Mère-Enfant ont atteint leurs limites et sont parfois des freins à la mise en œuvre d'une politique publique globale de lutte contre l'infection à VIH. Il apparaît véritablement nécessaire de penser la protection des enfants par la prise en charge au bénéfice des femmes et d'abandonner la logique d'un traitement donné aux femmes pour le seul bénéfice de l'enfant. Ainsi, le modèle d'une Prévention

Transmission Mère-Enfant fondée sur un traitement prophylactique administré aux femmes, et se concentrant ainsi sur le seul aspect de leur fonction maternelle, semble inadapté au contexte actuel de l'évolution de l'offre de prise en charge thérapeutique. Il conduit à penser de manière séparée des questions comme l'allaitement et le traitement administré aux femmes qui mériteraient une approche globale. C'est dans cette perspective que s'inscrit notre question de recherche : comment les femmes allaitantes arrivent à survivre dans le programme de Prévention Transmission Mère-Enfant au Sénégal ?

En un mot, la problématique de l'allaitement chez les mères séropositives est centrale dans la mesure où la transmission par le lait peut annuler l'efficacité de l'intervention prophylactique réalisée à la fin de la grossesse et au cours de l'accouchement. Bien que l'allaitement maternel exclusif soit le moyen le plus efficace pour prévenir les décès des enfants dans les pays du sud, il constitue un risque d'infection par le VIH. Par conséquent, il paraît logique de promouvoir un allaitement artificiel exclusif pour prévenir la transmission du virus par le lait, mais sa mise en œuvre soulève plusieurs problèmes en Afrique. Enfin, les critères de choix d'un type d'allaitement ou d'un autre sont difficiles à manier. Du fait de ces difficultés de mise en œuvre, le choix d'un allaitement artificiel se révèle en pratique préjudiciable aux intérêts de l'enfant s'il n'est pas bien fait. Il présente un risque accru de mortalité, mais aussi de transmission du VIH. D'après l'analyse des données issues de nos entretiens exploratoires, les structures de santé au Sénégal dispose de peu d'informations sur l'efficacité de l'administration de l'allaitement protégé pour le nourrisson allaité au sein. Des essais sont en cours de préparation ou d'exécution selon des schémas destinés à réduire la transmission du VIH aux nourrissons allaités au sein.

2. Cadre de recherche, approche et méthodologie

Après avoir obtenu la base de données nationale des femmes suivies dans le cadre de la Prévention Transmission Mère-Enfant de chaque région, nous avons répertorié avec la Division de la Lutte contre le Sida et les Infections sexuellement transmissibles les districts détenant une grande cohorte de femmes du programme Prévention Transmission Mère-Enfant. C'est ainsi que nous avons choisi Dakar et

Thiès comme cadre d'étude. Nous avons mené notre recherche dans les structures de santé suivantes : le district sanitaire de Roi Baudoin (Guédiawaye), l'hôpital Youssou Mbargane (Rufisque), le district de Mbao, le Centre de Dépistage Volontaire Anonyme (Guédiawaye), les districts de Thiès, de Mbour, de Thiadiaye et de Popounguine. Ces structures de santé de la région de Dakar ont été retenues du fait que le taux de prévalence du VIH y est élevé. Ceci tient au fait que bon nombre de femmes enceintes séropositives y sont référées et que la plupart de ces femmes proviennent des zones urbaines de Dakar.

Pour mieux étudier la question de l'allaitement chez les femmes séropositives au Sénégal, il nous semble pertinent de privilégier une approche dynamique inspirée de la sociologie du corps telle qu'elle est définie par David Le Breton (1990 ; 1994). Selon ce dernier, la sociologie du corps s'attache à la saisie de la corporéité humaine comme phénomène social et culturel, matière de symbole, objet de représentations et d'imaginaires. Elle rappelle que les actions qui tissent la trame de la vie quotidienne, des plus futiles ou des moins saisissables à celles qui se déroulent sur la scène publique, impliquent l'entremise de la corporéité. Ne serait-ce que par l'activité perceptive que l'homme déploie à chaque instant et qui lui permet de voir, d'entendre, de goûter, de sentir, de toucher... et donc de poser des significations précises sur le monde qui l'environne. Façonné par le contexte social et culturel qui baigne l'acteur, le corps est ce vecteur sémantique par l'intermédiaire duquel se construit l'évidence de la relation au monde : activités perceptives, mais aussi expression des sentiments, étiquettes des rites d'interaction, gestuelles et mimiques, mise en scène de l'apparence, jeux subtils de la séduction, techniques du corps, entretien physique, relation à la souffrance, à la douleur, etc.

Pour atteindre notre objectif de recherche, nous avons trouvé nécessaire de mobiliser à la fois la méthode quantitative et celle qualitative. Le choix de cette méthode mixte nous permet de comprendre la manière dont les femmes séropositives allaitantes arrivent à éviter les risques de transmission à travers des stratégies de prévention politico-médicale (Prévention-Transmission mère-enfant (PTME) et à surmonter la peur d'être stigmatisées. À propos du choix de la technique d'échantillonnage, nous avons mobilisé la technique d'échantillonnage reconstitué en fonction des zones concernées. En ce

qui concerne la collecte des données quantitatives, nous avons administré 269 aux femmes suivies dans le cadre de la PTME (**Prévention de la transmission mère-enfant**) au niveau de la région de Dakar, du département de Mbour et de la commune de Poponguine et Thiadiaye. Toutes ces 269 femmes sont suivies actuellement par la Prévention Transmission Mère-Enfant et le CDVA (centre de dépistage du VIH SIDA) de Guédiawaye. Il faut noter que le système de santé au Sénégal est décentralisé et polarisé en ce sens que les nouvelles réformes hospitalières font que les malades venant des régions avoisinant Dakar ou de certaines communautés rurales sont référées dans les centres de santé et postes de santé de la banlieue de Dakar. Afin d’obtenir un échantillon plus représentatif, nous avons diversifié nos cibles en ne nous limitant pas seulement au niveau des seuls postes et centres de santé de la région de Dakar, mais nous avons intégré, comme le donne à voir le tableau ci-dessous, d’autres centres et postes de santé de la région de Thiès pour ressortir les disparités existantes entre le monde rural et celui urbain.

Tableau. Composition de l’échantillon selon les zones de la recherche

Zones d’enquête	Nombre de questionnaires effectués
Centre de santé Roi Baudoin	37
CDVA (centre de dépistage du VIH SIDA)	22
Synergie Guédiawaye	22
Centre de dépistage Keur Damel	27
Association PVVIH Aboya	26
Rufisque	15
District Sanitaire de Mbour	41
District Sanitaire de Thiès	44
Poponguine	24
Thiadiaye	11
Total	269

Source : Enquête de terrain.

La diversification de nos cibles nous a permis également d'obtenir une cohorte de femmes d'origine différentes, venant de différentes régions du Sénégal et actuellement suivies par la PTME (**Prévention de la Transmission Mère-Enfant**). Ceci nous a permis de mieux étudier l'aspect extension et décentralisation du programme Prévention Transmission Mère-Enfant et de voir concrètement ce qui a été fait. Le département de Mbour a été choisi en raison du taux de prévalence qui y est assez élevé ces dernières années par rapport à d'autres départements. Un seul district sanitaire et le seul d'ailleurs a été retenu à Mbour dans le cadre de nos enquêtes, c'est le district de Mbour où toutes les femmes suivies par la Prévention Transmission Mère-Enfant y sont référées. Nous avons opéré de la même façon pour les communes de Popounguin et Thiadiaye, chacune des communes ne comptant qu'un seul district sanitaire et ayant un pôle Prévention Transmission Mère-Enfant. Nous avons prévu de diversifier nos enquêtes en ne nous limitant pas seulement au niveau de la région de Dakar pour mieux apprécier la décentralisation du programme. Finalement, nous nous sommes appuyés sur la base de données de la Prévention Transmission Mère-Enfant au Sénégal qui nous a été fournie par la Division de la Lutte contre le Sida et les Infections sexuellement transmissibles.

Pour la collecte des données documentaires et qualitatives, des entretiens individuels ont été réalisés auprès des femmes séropositives et des acteurs des structures de santé concernées. D'abord, nous nous sommes rendus dans les services techniques de l'Administration sénégalaise, notamment au niveau du Ministère de la Santé (Division de Lutte contre la Sida et les Infections Sexuellement Transmissibles) qui nous a fourni un ensemble de documentations sur la PTME (**prévention de la transmission mère-enfant**) au Sénégal et sa mise en œuvre. Ensuite, nous avons exploité les documentations du CNLS (Conseil National de Lutte contre le Sida) et notamment les bulletins séro-épidémiologique de surveillance des sites sentinelles. Ces documents que nous avons exploités, sont des documents d'orientation pour la plupart, préalablement établis par le Gouvernement et ses partenaires pour soutenir les divers programmes et activités de la Prévention Transmission Mère-Enfant et la lutte contre le sida au Sénégal. Nous avons aussi exploité les données et évaluations fournies par les districts sanitaires au niveau régional et

départemental dans lesquels se sont déroulées nos recherches, auprès aussi d'instituts de recherche tels que l'Institut de Recherche pour le Développement, les bibliothèques de la DPS (Direction Prévision Statistique) où nous sommes procurés les données de l'EDS-IV (Enquête Démographique et de Santé 2005), les données de l'ESIS (Enquête sur les Indicateurs de Santé 1999), ESAM-II (enquête sénégalaise auprès des ménages, 2001) et tout document nous pouvant être utile dans notre recherche.

En définitive, ce présent travail vise à apporter un éclairage sur quelques dimensions relatives à l'allaitement des femmes séropositives au Sénégal. Nous partons du postulat selon lequel l'irruption de la maladie chez les mères allaitantes et les enfants est un évènement à forte capacité de remodeler toutes les sphères de la vie sociale des femmes séropositives, les représentations et perceptions que ces femmes font de leur corps subissent des transformations. À travers les données recueillies, analysées et interprétées à la lumière de la socio-anthropologie du corps inspirée d'une approche biographique du vécu des mères séropositives, nous ressortons, à partir de la représentation de la maladie et du corps, les risques de transmission et les différentes expériences de vie avec le VIH articulées avec les expériences de l'allaitement.

3. Présentation et analyse discutée des résultats de la recherche

Au-delà des considérations théoriques et méthodologiques, le plan de notre article repose sur quatre grands points qui témoignent de l'organisation des résultats issus de l'enquête. Dans un premier temps, l'accent est mis sur la définition de l'allaitement et la sacralité du sein. Dans un second temps, nous décrivons le comportement des mères séropositives qui vacille entre allaitement et stigmatisation. Enfin, nous traiterons le rapport entre le rejet social des femmes séropositives au Sénégal et la survie du nourrisson.

3.1. Définition de l'allaitement et sacralité du sein

L'allaitement est l'alimentation en lait du nourrisson. Parce que le verbe « allaiter » signifie nourrir de son sein, certaines personnes limitent la définition du terme « allaitement » à allaitement maternel.

L'allaitement maternel est une expression qui s'oppose à l'allaitement artificiel et à l'allaitement au biberon. Tandis que l'allaitement au biberon ou l'alimentation au biberon est le fait de nourrir au biberon son bébé, peu importe le contenu, ce que l'on appelle communément par les substituts de lait maternel. Mais beaucoup s'interdisent d'utiliser l'expression « substituts de lait maternel », car le lait maternel n'a pas de substitut, d'où l'utilisation d'expression « lait artificiel » ou « préparation commerciale » qui sont les mieux adaptés. L'alimentation artificielle est le fait d'alimenter le nourrisson avec un lait artificiel (préparation commerciale). Le lait maternisé est l'alimentation artificielle. C'est une expression qui est à éviter. L'expression « préparation lactée pour nourrissons » ou « préparation commerciale » est plus adéquate, parce que rien ne se substitue vraiment au lait maternel. L'allaitement surtout maternel occupe une grande place dans la vie sociale et la culture. À l'orée de la vie, l'enfant demande des soins où prédomine la satisfaction de ses besoins. Son alimentation est un souci permanent pour son entourage. La mère pense remplir son rôle de « bonne mère » si elle allaite au sein son enfant, si celui-ci se porte bien et s'il a plaisir à manger. Beaucoup de femmes se culpabilisent lorsque leur enfant est malade, ou lorsque le poids de naissance de leur nourrisson est en dessous de la moyenne. Depuis la nuit des temps, les hommes ont éprouvé le besoin de représenter les gestes de la lactation. Dès l'époque préhistorique, on trouve des statuettes féminines allaitant un enfant, sans doute associées à des cultes de fécondité. Dans l'Égypte ancienne, la déesse Isis est représentée, tantôt en déesse-vache nourrissant le roi de son lait, tantôt en déesse-arbre tendant le sein de l'eau régénératrice au roi défunt, tantôt en déesse-mère allaitant le roi-enfant. À Sumer, en Mésopotamie, le Code d'Hammurabi (-1850) réglementait déjà la pratique des nourrices à qui on coupait un sein si elles n'étaient pas obéissantes. Dans la kabbale, l'allaitement est une métaphore utilisée pour désigner le mode de relation entre les émanations divines (sefirot) et l'humain, un contact intime qui ne peut pas être formulé en termes de connaissance. Dans la religion musulmane, deux enfants nourris par la même nourrice deviennent automatiquement des « frères de lait » et ne peuvent se marier entre eux. Depuis toujours, dans les forêts

nordiques, les hommes utilisent la sève de bouleau pour suppléer l'allaitement maternel⁶¹ comme le laisse penser l'extrait ci-dessous :

Les sociétés anciennes sont des mondes de pénurie, où les subsistances du lendemain ne sont jamais assurées, où la disette, voire la famine, sont fréquentes : pour éloigner ces malheurs, on invoque, entre autres des divinités en posture d'allaitement. Dans un contexte de fortes natalité et mortalité, où les nouveaux-nés ne peuvent être nourris que de lait de femme, pour que le groupe continue à se perpétuer, il faut se concilier les forces magiques qui assurent aux mères une bonne gestation et une lactation abondante. (LETT D., MOREL M.F., 2006).

Comme le sang et le sperme, le lait maternel a toujours été valorisé sur le plan symbolique. Ainsi, dès les temps les plus reculés (au VIII^{ème} siècle avant notre ère), le fait d'avoir allaité confère donc aux femmes un pouvoir exceptionnel sur les hommes. Il est intéressant de constater que cette puissance de l'allaitement se retrouve un millénaire plus tard, au cœur de la théologie mariale (LETT D., MOREL M.F., 2006). Ainsi, au fur et à mesure, l'allaitement devient un plaisir et prend un aspect collectif lié à l'échange et à la communauté. Il devient dès lors le symbole des relations humaines. L'allaitement, fortement idéalisé dans de nombreuses sociétés du passé, n'est donc pas seulement un acte nourricier, à quoi on pourrait le réduire aujourd'hui. Sous une forme symbolique, il exprime les grandes aspirations communes à toute l'humanité, mais aussi les constructions sociales, religieuses ou culturelles propres à chaque société. Une communauté et une nation qui prend la responsabilité de l'allaitement au sérieux en honorant et respectant la femme qui donne naissance et qui a besoin de temps et de soutien pour établir l'allaitement, est une nation qui se soucie de la santé à long terme de son peuple. Le lait maternel, l'aliment parfait et idéal, contenant les nutriments parfaitement équilibrés pour donner la vie sur le plan médical.

⁶¹ Revue prescrire, n°297, Juillet 2008.

Cependant beaucoup d'imaginaires sociaux aussi sont construits autour de l'allaitement au sein. L'allaitement s'inscrit dans un réseau imaginaire et symbolique. Au-delà de la satisfaction du besoin, la mère fait découvrir les premières expériences de satisfaction, d'insatisfaction, d'espoir, de déception éprouvées dans la relation alimentaire, d'où l'équivalence symbolique retrouvée dans beaucoup de cultures entre amour maternel et alimentation. Certains disent que les bébés allaités sont des êtres caressés, le lait maternel est considéré comme le vaccin de mère Nature puisqu'il jette les fondements de l'avenir du bébé, l'allaitement maternel constitue une expérience enrichissante et instructive qui enseigne la patience, la proximité, l'attention complète et la chaleur entre la maman et son enfant ainsi que le lien spirituel. Un véritable sentiment d'amour et d'affection crée un lien unique qui a été décrit comme « Ne faire qu'un ». Pour d'autres, la mère abrite et protège le bébé avec son lait. Le père et le reste de la famille protègent le rapport entre la mère et le nouveau-né par leur soutien et leurs soins. Le sida, maladie immunitaire, mobilise un cortège de croyances, conscientes ou non, autour de l'allaitement. De par ses différents modes de transmission, l'infection à VIH est chargée de tout un cortège de représentations qui génèrent pour les femmes enceintes un sentiment de culpabilité extrêmement intense, par l'annonce de la séropositivité, et du devenir de l'enfant et de savoir que par le fait qu'en nourrissant son enfant au sein, il peut être infecté. Ce contexte très particulier, ajouté au fait que plusieurs membres d'une famille peuvent être infectés ou malades, souvent sur deux générations (mère et enfant), favorise chez la femme la survenue de troubles psychiques réactionnels qui peuvent parfois s'installer de manière durable, comme en témoigne l'extrait d'entretien ci-dessous :

Ma famille était au courant, ma mère également et c'est elle qui l'a dit à mes voisins qui se moquaient de moi en disant « elle a le sida c'est pourquoi elle ne donne pas le sein ». Je pleurais assez souvent. En plus je suis l'aînée de ma mère et sa seule fille, mais quand je me dispute avec elle, elle n'hésite pas à me dire que j'ai la maladie c'est ainsi que mes voisins l'ont sue. J'avais d'énormes difficultés avec ce type d'allaitement mais je faisais la sourde oreille. On me disait souvent « donne-lui le sein, ce n'est pas bien ce que tu fais, nous ce n'est pas dans notre « ada » c'est à dire coutume de

ne pas allaiter ». Ainsi, mes parents m'ont mis en quarantaine. Dés fois, ils me mettent au courant des fêtes familiales dés fois je suis exclue mais je fais avec. Je n'ai pas de problèmes avec qui que ce soit. La plupart du temps, ils me cherchent la petite bête mais je fais comme si de rien n'était. J'ai même une fois emmenée mon voisin à la police 2 fois à cause de ça car ils disaient aux enfants dans la rue quand je passais « dites-lui qu'elle a le sida » et les enfants se moquaient de moi. Ils le savaient à cause de ma mère qui quand on se disputait me vilipender. Ma demi sœur le sait et un de mes oncles. J'étais de nouveau enceinte récemment mais j'ai avorté.

Si nous nous référons à GOFFMAN E., (1989 ; [1963]), nous constatons que la séropositivité provoque la naissance d'un « stigmaté » et la personne séropositive devient « déviante ». Le « stigmaté » provoqué par la contamination du VIH est invisible, pourtant son incidence sur la représentation du corps est grande. MATHIEU S., (2000 : 241-249) abonde dans le même sens que GOFFMAN lorsqu'il estime que les représentations du corps chez les personnes atteintes par le VIH évoluent avec le temps, et selon que l'on entre ou pas dans la maladie. Cette représentation est tout d'abord fortement associée à la rupture provoquée par l'annonce de la séropositivité, qui renvoie, dans certains cas, à une conduite déviante. Le corps, visible socialement, doit alors, semble-t-il, porter au regard d'autrui la marque de cet écart par rapport à la norme. Toutefois, il est important de rappeler que l'allaitement au biberon est une pratique d'alimentation du nourrisson moderne qui s'est développée avec la société industrielle. Cette pratique engendre toutes sortes de représentations imaginaires. Même si la préparation aseptique du biberon a fait de gros progrès, au début du XX^{ème} siècle, il reste délicat d'élever un bébé au biberon dès la naissance. Le grand pédiatre Budin, qui a pourtant une solide expérience de l'allaitement artificiel, écrit en 1907: « le médecin, qui trouvera le moyen d'élever artificiellement les enfants dans les premières semaines de leur existence, avec autant de succès et de sécurité qu'avec l'allaitement au sein aura, pensons-nous, réalisé un très grand progrès » (LETT D., et MOREL M.F., 2006). De plus en plus, les femmes ont adopté ce mode d'allaitement pour leurs enfants soit à cause de leurs conditions de vie, de travail ou d'habitat ou soit de leur état de santé avec l'infection à VIH afin de prévenir la

transmission mère-enfant. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, énoncé en 1981 par l'OMS, réglemente la commercialisation des laits pour nourrissons, biberons, tétines et aliments pour nourrissons. Il interdit notamment la publicité et promotion auprès du public, la promotion et distribution de cadeaux et d'échantillons dans les services de santé ainsi que la promotion de produits inadaptés⁶². Mais, l'allaitement artificiel reste un enjeu dans la société africaine et au sein des familles. L'allaitement est toujours le contexte historique et culturel précis qui amène une mère à faire des choix. Ainsi, le détour par l'histoire de l'allaitement et l'imaginaire est indispensable à qui veut comprendre le présent. « Si l'histoire ne peut pas toujours tout expliquer, du moins permet-elle de se poser des questions...sur la continuité des liens avec le passé » (LETT D., MOREL M. F., 2006).

3.2. Mères séropositives : allaitement ou stigmatisation ?

Dans le contexte africain, une femme qui n'allait pas est stigmatisée. L'alimentation du nourrisson autre que l'allaitement au sein peut être entourée de tabous. Etant donné que le risque de transmission par le lait maternel est plus élevé au cours des premiers mois de vie où les nourrissons sont les plus vulnérables à la morbidité consécutive et à des infections entériques, l'allaitement artificiel est conseillé dans le cadre de la PTME (**prévention de la transmission mère-enfant**) au Sénégal. Cet état des choses a suscité un dilemme de santé publique dans les régions pauvres où l'allaitement maternel constitue la première garantie de santé, de développement et de survie de l'enfant, notamment au cours des premiers mois de vie. Il paraît difficile dans un contexte où donner le sein est quasiment sacré, d'interdire cette tradition en Afrique, particulièrement au Sénégal, on accorde beaucoup d'importance à l'allaitement au sein qui est très culturel et a beaucoup de connotations sociétales. Citons quelques-unes : les parents estiment que cela renforce les liens d'affection entre la mère et l'enfant et renforce la santé de l'enfant. Aussi se pose la problématique de l'allaitement artificiel dans la mesure où en raison des contraintes sociales très fortes qui s'exercent sur ces femmes

⁶² Code International de commercialisation des substituts du lait maternel.

séropositives, celles-ci refusent bien souvent de recourir à ce type d'allaitement qui les désigne comme personnes infectées. Et celles qui essaient de limiter les risques de transmission à leur enfant alternent souvent allaitement maternel et artificiel, ou bien se cachent pour allaiter, ce qui aboutit pour l'enfant, en l'absence de conditions sanitaires satisfaisantes et d'une prise en charge adaptée, à cumuler les risques d'infection associés à chacune de ces pratiques d'allaitement maternel ou artificiel. La forte charge symbolique de la maladie joue de manière déterminante sur l'environnement social de la personne atteinte. L'une des mères allaitantes séropositives le justifie quand elle déclare que

J'ai choisi de faire l'allaitement artificiel. A propos des difficultés liées à ce type d'allaitement, j'en ai vu de toutes les couleurs. Mon mari et ma famille ne cessaient d'insister pour que je donne le sein au bébé. Finalement, on avait divorcé à cause de cela. Par la suite, je me suis remariée et malgré toutes ces difficultés, je continuais à donner le biberon au bébé. Mais à cause de l'insistance de mon entourage, je fus obligée d'allier les deux à savoir l'allaitement maternel et artificiel. Finalement, l'enfant est décédé.

Si le poids de cette charge peut s'avérer très lourd dans la sphère personnelle, il a aussi des conséquences dans la sphère sociale comme la très forte pression de l'entourage familial et la stigmatisation des femmes qui n'allaitent pas leurs enfants. Cette pression devient une hantise, voire un traumatisme pour ces femmes qui se cachent pour donner le biberon. Par exemple N. Mbaye⁶³ le justifie, lorsqu'il met l'accent sur les sentiments de culpabilité qu'éprouvent ces femmes en ces termes :

En somme quel que soit le mode d'allaitement choisi par la femme, il peut toujours y avoir un sentiment de culpabilité quelle que soit l'option nutritionnelle. S'il s'agit de l'alimentation artificielle, la femme se dira que le biberon n'est pas bon, le lait n'est pas adapté, et elle a le sentiment d'avoir infecté ou même dans certains cas tué son enfant. S'il

⁶³ Pédiatre intervenant dans le cadre du Programme PTME au Sénégal.

s'agit de l'allaitement au sein, la femme se culpabilisera en se disant qu'elle n'a pas choisi la meilleure option nutritionnelle pour réduire les risques de Transmission Mère-Enfant et que, si elle avait choisi l'autre option c'est-à-dire l'allaitement artificiel son enfant ne serait pas infecté ou décédé. Il y a un vrai dilemme psychologique aujourd'hui que ces femmes mènent et ceci quelle que soit le mode d'allaitement.

L'analyse de cet extrait révèle que les parents éprouvent des sentiments de culpabilité, quel que soit le mode d'allaitement choisi. Il y a là un paradoxe : alors que les manifestations pathologiques ne sont pas encore repérables et ne provoquent aucune prise de conscience, la relation de la femme contaminée à elle-même, à son enfant, à son corps, à son entourage est soudain bouleversée. Sans être devenu un « malade » au sens propre du terme, sans en avoir le statut social, la femme connaît intérieurement une rupture psychologique profonde : la conscience d'avoir pu à un moment donné ou autre transmettre le virus à son enfant, est désormais présente chez les mères allaitantes séropositives, comme l'exprime A-T (mère allaitante) en ces mots :

J'ai su que j'étais malade depuis 2000. On m'avait proposé de faire le test et c'était à l'hôpital Fann. On ne m'avait pas communiqué les résultats mais plutôt on l'avait annoncé à une cousine. Cette dernière l'a fait savoir à toute la famille et cela m'avait beaucoup affecté. Finalement, quand je me suis sentie un peu mieux, j'ai intégré les groupes de parole qui m'ont beaucoup soutenue avec des sensibilisations et formations. J'étais mariée depuis 1995 et j'ai divorcé en 2000. Mon mari est décédé en 2004. Je me suis remariée et quand je suis tombée enceinte, j'ai suivi un traitement à l'hôpital le Dantec où ils me donnaient des comprimés. Quand j'accouchais, le personnel de soins en maternité ont fait un bain à mon enfant avec un produit qui coûte 5000 Francs. On lui a donné ensuite du lait et ils m'ont conseillée de faire l'allaitement artificiel pour minimiser les risques de transmission mère enfant. Je n'avais pas de difficultés majeures concernant l'allaitement artificiel car je suis de nature très réservée. De plus, personne

ne me voyait quasiment pas quand je donnais le biberon, je me cachais.

Si nous inscrivons ces témoignages dans la même perspective que CALVEZ M., (2001 : 127-144), nous pouvons déduire que les modèles culturels qui sous-tendent les politiques d'information et de communication développées dans une perspective de prévention primaire tracent un cadre de référence dans lequel les destinataires de la prévention sont appelés à intégrer l'existence de risques à leur environnement, et à développer des conduites de protection. Selon l'auteur, ces politiques s'expriment dans des recommandations relatives au dépistage ou à l'usage des préservatifs qui peuvent, en première lecture, être regardées comme des réponses pratiques à des problèmes de contrôle de la transmission du virus. D'après MEYSTRE-AGUSTONI G., (1999 : 101-103), la vie des personnes séropositives est affectée par les altérations de l'image de soi qui interviennent après la séroconversion et lors de l'apparition de symptômes. L'expression de ce malaise varie selon que les individus sont à la recherche de partenaires ou qu'ils vivent une relation stable. Chez les personnes sans partenaire fixe, les enjeux de la protection se situent autour de la révélation du statut sérologique et des solutions retenues pour minimiser le risque de rejet. Chez celles vivant une relation stable, c'est l'inscription dans le long terme d'une sexualité bridée par les exigences de la protection et la crainte de voir s'éloigner le partenaire qui est associée à des prises de risques. Les entretiens mettent en évidence le rôle que le partenaire peut prendre en manifestant son manque d'intérêt pour des relations protégées. Les personnes séropositives éprouvent un sentiment d'inégalité face à la responsabilité de la protection. Toutefois, il est clair que la prise en charge par la PTME (**prévention de la transmission mère-enfant**) de la femme contaminée, sa responsabilisation, sa capacité à réagir et à assumer sa nouvelle situation de femme enceinte puis de mère dépendent beaucoup de la situation psychologique de cette personne et de son niveau de maturation (et maturité). La manière dont l'annonce sera faite devrait tenir compte de ce niveau de maturité : la femme n'entendra que ce qu'elle pourra entendre. Tout un chemin lui reste à parcourir, de l'interrogation lucide sur sa situation réelle jusqu'au sentiment d'une responsabilité concernant l'avenir de son enfant. Ce sont ces raisons qui justifient pleinement le choix du

dépistage volontaire et qui incitent à veiller aux conditions « humaines » et sociales de l'annonce. Notre enquête révèle que 56,5% des femmes ont peur que leur séropositivité soit découverte.

3.3. Le rejet social des mères séropositives au Sénégal et la survie du nourrisson

Si nous analysons le vécu social des mères qui allaitent dans le cadre du programme, nous constatons que dans le cadre de la Prévention Transmission Mère-Enfant au Sénégal, l'allaitement artificiel exclusif est conseillé aux femmes pour prévenir la transmission du virus par le lait, mais sa mise en œuvre soulève plusieurs problèmes. Toutefois, les avantages de l'allaitement artificiel sont : l'élimination du risque de transmission post-natale du VIH et la possibilité de nourrir le bébé par une autre personne que sa mère. Les inconvénients de ce type d'allaitement sont l'augmentation de la morbidité et la mortalité par diarrhée et infections respiratoires lorsque la préparation du biberon comprend de l'eau insalubre ou si la mère suit mal les instructions pour la préparation. L'allaitement artificiel peut aussi être un facteur de discrimination pour les mères, la famille et la communauté. Toutefois, on peut noter aussi chez les mères allaitantes séropositives la pratique de l'allaitement mixte, la combinaison de l'allaitement maternel et artificiel. L'allaitement mixte est l'association d'un allaitement maternel avec des biberons de lait infantile. Il se pratique principalement lors de deux situations : soit le biberon vient en complément du sein si la maman n'a pas suffisamment de lait, soit le biberon remplace une tétée. Il faut savoir que le passage à un allaitement mixte peut diminuer la quantité de lait maternel produite (lors du remplacement d'une tétée par un biberon). Ainsi, 79,7% des femmes enquêtées pratiquent l'allaitement artificiel, 14,5% des femmes ont opté pour l'allaitement maternel et 5,8% des femmes pratiquent l'allaitement mixte. Le fort taux de femmes qui allaitent artificiellement s'explique par le fait que le programme de PTME (**Prévention de la transmission mère-enfant**) au Sénégal sensibilise les femmes enceintes séropositives à choisir l'allaitement artificiel après la naissance de leur bébé. Le programme tel que nous l'avons vu prend en charge pour chaque femme le ravitaillement en lait maternisé jusqu'à 6 mois. Nous avons deux raisons différentes relatives au choix de l'allaitement. Pour l'allaitement artificiel, 70, 26% des femmes

l'ont choisi sur conseil des médecins dans le cadre du programme. Notons que ces femmes qui pratiquent l'allaitement artificiel ont été dépistées avant ou au cours de leur grossesse, raisons pour laquelle le choix de l'allaitement artificiel leur a été conseillé par les médecins après leur accouchement. Pour l'allaitement maternel, 14,86% l'ont pratiqué parce qu'elles ne connaissaient pas leur statut sérologique au moment de l'accouchement. Ces femmes sont donc les plus exposées aux risques de transmission post natale du VIH parce qu'aucune prévention n'aura été prise. Concernant l'allaitement mixte 14,86% des femmes interrogées l'ont pratiqué. En effet, l'alimentation mixte est l'option la plus dangereuse pour le bébé, car cette pratique l'expose d'une part à tous les inconvénients de l'alimentation artificielle et d'autre part aux risques accrus d'infection au VIH par le lait maternel. C'est dans ce sens que s'inscrit N. Mbaye (Dr. Pédiatre) lorsqu'il déclare ceci :

Pour les femmes qui optent pour l'allaitement maternel, il faut les aider à sevrer. Le sevrage est une étape difficile qu'il faut bien préparer. L'une des principales difficultés auxquelles nous sommes confrontés dans la Prévention Transmission Mère-Enfant est la réticence à faire le test de dépistage surtout prénatal. Face à cette réticence, il nous est difficile de connaître le statut sérologique des femmes enceintes, de les suivre correctement pendant leur grossesse et d'appliquer si nécessaire le protocole de traitement pré-partum, per-partum et post-partum. Nous les personnels de soins, sommes confrontés à des difficultés d'observance, le manque d'assiduité aux rendez-vous prénataux, des difficultés sociales ou médicales qui font que la femme est souvent perdue de vue ou n'applique pas le protocole de façon complète. Il est plus difficile pour nous de savoir que ces femmes perdues de vue accouchent souvent dans des lieux qui ne font pas de la Prévention Transmission Mère-Enfant et ne peuvent pas bénéficier d'une aide appropriée.

En somme, les pratiques d'alimentation constituent les facteurs déterminants de l'état nutritionnel des enfants qui, à son tour, peut affecter la morbidité et la mortalité de ces enfants. Le cas des femmes qui allaitent artificiellement pose en premier lieu la problématique de la confidentialité et de la confiance de sa séropositivité aux proches.

En effet, l'annonce à la famille et aux amis est indispensable de la part du malade mais cela reste difficile. Le malade désirant se confier à son entourage est pris entre la peur du jugement d'une part, et d'autre part la conscience « que cela va se voir ». En effet, révéler sa séropositivité, c'est aussi avouer son mode de vie antérieure, et la société « demande des comptes ». La réaction de la famille est d'ailleurs loin d'être toujours positive. Les femmes allaitantes artificiellement sont obligées de se cacher pour donner le biberon à cause des pressions de l'entourage, la peur de la stigmatisation et du rejet. THÉRY I., (1999 : 113) attire notre attention sur les perceptions et représentations négatives qu'on a sur une femme séropositive quand il étudie l'atteinte toute particulière à la féminité que représente la séropositivité. Il affirme que le stéréotype selon lequel « une femme séropositive n'est pas/n'est plus une femme » a la vie dure. Un triple stigmaté, celui du corps suspect, du corps dangereux et du corps abîmé, frappe les femmes atteintes par le VIH. Il est lié de façon générale aux représentations sociales de la féminité, mais est aussi un effet pervers de la construction sociale des groupes à risque. Le fait d'être « hors groupe à risque » alimente le soupçon d'un comportement individuellement transgressif de la normalité sociale, qui pèse particulièrement sur les femmes contaminées par voie hétérosexuelle. Le stigmaté de l'atteinte à la féminité est d'autant plus difficile à affronter que la séropositivité oblige les femmes à affronter deux situations « hors normes ». À cela, s'ajoute le développement de sentiments d'incapacité chez la maman liée aux accusations de l'entourage familial et aux soins apportés à l'enfant dans le cadre de l'allaitement artificiel, considéré comme jamais suffisamment parfait.

Conclusion

En définitive, il convient de retenir que le VIH/Sida est devenu en 20 ans la première cause de mortalité en Afrique sub-saharienne, remettant ainsi en cause de nombreux succès de santé publique de ce continent. Depuis quelques années, des traitements existent et permettent de réduire considérablement la morbidité et la mortalité des personnes infectées par le VIH/Sida. La prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) est aujourd'hui un programme qui fait l'objet d'une attention toute particulière. La

prévention de la transmission de la mère à l'enfant s'est bornée essentiellement à administrer une prophylaxie antirétrovirale aux femmes vers la fin de la grossesse et à éviter l'allaitement au sein. Certaines femmes ont besoin d'une thérapie antirétrovirale très puissante pour retarder la progression de leur propre maladie. D'autres femmes qui bénéficient d'une thérapie intensive peuvent décider d'allaiter leur nourrisson, en supposant que le risque de transmission est faible ou inexistant. La non-adhésion de certaines PVVIH à l'allaitement protégé s'explique par la contradiction de l'éthique PTME (**Prévention de la transmission mère-enfant**) au départ qui se voulait prévenir la TME (**transmission mère-enfant**) via l'allaitement artificiel. Nous analysons, dans ce présent article, la manière dont les femmes séropositives allaitantes arrivent à éviter les risques de transmission à travers des stratégies de prévention politico-médicale (Prévention-Transmission mère-enfant (PTME) et à surmonter la peur d'être stigmatisées. L'allaitement (maternel, artificiel ou mixte) est vécu par les femmes séropositives avec une anxiété liée à la stigmatisation et au risque de transmission. En un mot, on peut dire que l'anxiété et les sentiments de faute vis-à-vis du nourrisson sont très présents dans le cadre de la séropositivité, de même que des phobies d'impulsion qui obligent les mères séropositives à se cacher pour allaiter et réduire leur angoisse. Ces femmes séropositives pratiquant l'allaitement ne connaissent pas leur statut sérologique. Elles sont dépistées séropositives tardivement après la naissance de leur bébé. Le test de dépistage, pour les femmes enceintes au Sénégal, n'est pas automatique. On note un faible taux d'acceptation du test de dépistage du VIH chez elles en période prénatale, ce qui rend inefficace le programme de prévention de la transmission mère-enfant.

Références bibliographiques

Calvez Marcel (2001), « Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du Sida », in DOZON J.-P., FASSIN D. eds, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, pp. 127-144.

Données épidémiologiques du VIH/Sida au Sénégal, Conseil National de Lutte contre le SIDA du Sénégal CNLS/Laboratoire de bactériologie et de Virulogie C.H.U.A. Le Dantec Dakar,

Division IST/Sida, DLSI/MSPM, Nouvelles Directives PTME, 2010.

EDS-IV Enquête Démographique et de Santé 2005).

Goffman Erving, (1989 ; [1963]), *Stigmates. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit.

Le Breton David (1994), *La sociologie du corps*, Paris, PUF.

Le Breton David (1990), *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, PUF.

« Le système de santé au Sénégal », Missions économiques. Version Numéro 2, MINEFE-DGTPE, *Actualité UBIFRANCE*, 2008, 4 p.

Lett Didier et Morel Marie-France (2006), *Une histoire de l'allaitement*, Editions de la Martinière, 159 p.

Mathieu Séverine (2000), « Ce corps étranger », *Quasimodo*, n° 6, p. 241-249.

Giovanna Meystre-Agustoni (1999), « Prises de risques chez les personnes vivant avec le VIH/sida », in *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission VIH*, Collection Sciences sociales et Sida, ANRS, pp.101-103.

Mbaye Ismaël et al. (2006), « Problèmes éthiques rencontrés par les médecins dans la gestion de l'infection VIH en milieu de travail », *Revue Dakar médical*, Tome 49, n°1, pp 1-4.

Mbaye Ngagne & Becker Charles (2006), « Guide de prise en charge des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/Sida au Sénégal », HACI, Synergie pour l'enfance, CNLS, Conseil National de Lutte contre le Sida, Dakar, 172 p.

MSPM-FHI-CDC (2006), *Bulletin séroépidémiologique*, 71 p.

Rapport ONUSIDA.

Seytre Bernard (1995), *Histoire de la Recherche sur le Sida*, PUF, Que sais-je ?, 127 p.

Théry Irène (1999), « Une femme comme les autres » séropositivité, sexualité et féminité », *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission VIH*, Collection Sciences sociales et Sida, ANRS, pp.113-137.