

# Pratiques contraceptives dans le post-partum immédiat en relation avec les modalités d'alimentation infantile chez des mères infectées par le VIH

Expérience du projet Ditrame Plus ANRS 1201/1202 à Abidjan en Côte d'Ivoire

**Renaud BECQUET** pour le groupe Ditrame Plus ANRS 1201/1202

## Introduction

Engagée seulement depuis 1997 dans une politique de développement de la planification familiale, la Côte d'Ivoire est un des pays d'Afrique de l'Ouest qui connaît la plus faible prévalence contraceptive. Il a été ainsi mis en évidence que à peine 10 % des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisaient une méthode contraceptive moderne en 1998-1999 dans ce pays (INS, 2001). Par ailleurs, certaines idées fausses subsistent dans la population quant aux éventuelles conséquences néfastes des méthodes modernes de contraception sur la santé (Toure *et al.*, 1997). Dans ce contexte, un déclin de la fécondité a néanmoins été mis en évidence au cours des vingt dernières années (INS, 2001). Ce déclin peut s'expliquer en partie par un recours très fréquent à l'avortement, pratiqué clandestinement dans un pays où l'interruption volontaire de grossesse reste un acte illégal (Desgrées du Loû *et al.*, 1999).

La Côte d'Ivoire est le pays d'Afrique de l'Ouest payant le plus lourd tribut à la pandémie de VIH/Sida. Une étude conduite à Abidjan, la capitale économique de Côte d'Ivoire, a ainsi récemment mis en évidence que la prévalence de l'infection par le VIH était de 11 % chez les femmes enceintes se rendant dans les formations urbaines de santé communautaire de cette ville (Ekouevi *et al.*, 2004a). Ces femmes risquent de transmettre le VIH à leur enfant, en particulier du fait de la pratique de l'allaitement maternel. En effet, à Abidjan où l'allaitement maternel est mis en oeuvre par plus de neuf femmes sur dix et souvent prolongé un an après la naissance, cette pratique est

responsable d'environ 40 % des cas d'infection pédiatriques par le VIH (Becquet *et al.*, 2005a ; Leroy *et al.*, 2003). Des alternatives à l'allaitement maternel prolongé sont envisageables chez ces femmes infectées par le VIH afin de diminuer ce risque de transmission postnatale lié à la pratique de l'allaitement maternel (Rollins *et al.*, 2004). Ces interventions nutritionnelles peuvent consister en la promotion d'une absence totale d'allaitement, alors remplacé par une alimentation artificielle, ou d'une période d'allaitement raccourcie dans le temps avec la mise en place d'un sevrage précoce.

Dans un contexte où la pratique d'un allaitement maternel prolongé contribue à espacer les naissances à l'échelle de la collectivité (Mondot-Bernard, 1981), on peut s'interroger sur les répercussions en termes de santé reproductive que pourraient avoir de telles pratiques d'alimentation infantile. En effet, la réduction de la durée d'allaitement ainsi préconisée, en réduisant la stérilité *post-partum*, peut conduire à un risque accru de nouvelles grossesses, en particulier non désirées, en l'absence de pratiques contraceptives efficaces. Cette potentielle augmentation de l'incidence de nouvelles grossesses chez des mères infectées par le VIH peut entraîner des effets délétères sur leur propre santé (French et Brocklehurst, 1998) ; et par ailleurs le risque de donner naissance à un enfant infecté par le VIH persiste, même lorsque des interventions de prévention de la transmission mère-enfant du VIH adaptées sont mises en œuvre. D'autre part, le risque accru d'avortements provoqués en cas de grossesses non désirées pose de réels problèmes de santé maternelle dans le contexte de la Côte d'Ivoire où cet acte est illégal et pratiqué dans de mauvaises conditions sanitaires (Goyaux *et al.*, 1999).

Afin de pallier ces risques, il convient de proposer aux femmes infectées par le VIH des méthodes contraceptives adaptées à leurs pratiques effectives d'alimentation infantile, et ce dès le *post-partum* immédiat. Car si cette période est, par exemple, propice à la mise en œuvre d'une méthode contraceptive tirant parti de l'infertilité naturelle temporaire que provoque l'allaitement maternel, il convient de proposer d'autres moyens de contraception aux femmes qui n'allaitent pas.

Nous proposons de décrire dans ce chapitre les pratiques contraceptives des mères infectées par le VIH au cours des trois premiers mois *post-partum* en fonction des modalités effectives d'alimentation de leurs nouveaux-nés. Il s'agit de femmes séropositives, suivies dans le cadre d'un projet de recherche visant à prévenir la transmission de la mère à l'enfant du VIH à Abidjan, en Côte d'Ivoire.

## Objectifs et organisation du projet Ditrame Plus

Le projet de recherche Ditrame Plus a été mis en place à Abidjan en 2000 et faisait suite à l'essai Ditrame qui avait démontré l'efficacité d'un régime court de zidovudine administré en fin de grossesse sur la réduction de la transmission mère enfant du VIH (Dabis *et al.*, 1999 ; Leroy *et al.*, 2002). L'étude Ditrame Plus est financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) avec le soutien du ministère français des Affaires étrangères, la coordination méthodologique de ce projet étant

assurée par l'unité INSERM 593 de Bordeaux. A Abidjan, le recrutement et le suivi des patients du projet Ditrane Plus était effectué par une équipe pluridisciplinaire composée de 60 professionnels de santé (cliniciens, travailleurs sociaux, nutritionnistes, biologistes et pharmaciens) (Becquet *et al.*, 2005b). Le projet Ditrane Plus vise à évaluer l'efficacité d'une série d'interventions menées auprès de mères en *péri* et *post-partum* dont le but est de réduire la transmission mère enfant du VIH.

La population d'étude du projet Ditrane Plus a été recrutée dans les quartiers populaires de Yopougon et Abobo qui constituent les deux communes les plus densément peuplées d'Abidjan. Des services de dépistage anténatal anonyme et gratuit de l'infection par le VIH ont été implantés au sein de six formations communautaires de santé urbaine déjà existantes et du centre hospitalo-universitaire de Yopougon (Ekouevi *et al.*, 2004b). De mars 2001 à mars 2003, il fut proposé et conseillé à toute femme enceinte âgée de 18 ans au moins, vivant dans les limites d'Abidjan et se rendant dans une de ces formations de santé, de réaliser un test de dépistage de l'infection par le VIH. Parmi ces femmes, celles qui s'avéraient être séropositives pour le VIH se virent offrir l'opportunité de participer à l'étude Ditrane Plus dès la 32<sup>e</sup> semaine de gestation, après avoir accepté le principe de l'étude et signé un consentement éclairé (Ekouevi *et al.*, 2004c).

Les femmes incluses dans l'étude ont reçu en prénatal un régime court d'antirétroviraux constitué de zidovudine et lamivudine ainsi qu'une dose de charge de névirapine afin de réduire la transmission du VIH en *péri-partum* (Dabis *et al.*, 2005).

Des interventions nutritionnelles visant à réduire la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement maternel furent systématiquement proposées à ces femmes dès la période prénatale (Becquet *et al.*, 2005c). Ainsi, lors d'un entretien avec la mère qui fut l'occasion d'en détailler les avantages (réduction du risque de transmission du VIH en postnatal) et les inconvénients (la possible stigmatisation et les répercussions potentiellement néfastes de ces pratiques sur la santé infantile), deux alternatives à l'allaitement maternel prolongé furent hiérarchiquement présentées. La première option mise en avant consistait à promouvoir la pratique d'une alimentation artificielle depuis la naissance. La seconde option reposait sur la pratique d'un allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire sans introduction d'autres fluides ou aliments semi-solides ou solides que le lait maternel, avec la mise en place d'un sevrage précoce au cours du quatrième mois *post-partum*. Dans les deux cas, la mère était soutenue dans son choix par le personnel de santé du projet, et il lui était gratuitement fourni le matériel et le lait artificiel nécessaires à la mise en œuvre de l'intervention nutritionnelle choisie.

Les couples mère-enfant étaient suivis dans deux centres de santé spécifiquement dédiés au suivi des patients du projet Ditrane Plus. A chacune des 19 visites planifiées au cours des deux ans de suivi, une prise en charge clinique des mères et des enfants était offerte. Divers conseils en matière d'alimentation infantile étaient également prodigués afin d'aider les mères à positionner correctement leur bébé au sein, de les convaincre des bénéfices d'un allaitement maternel exclusif, de les aider à correctement réaliser le sevrage ou à préparer convenablement des biberons ou encore sur la façon de cuisiner des aliments de complément nutritionnellement adéquats.

## La planification familiale proposée dans le cadre du projet Ditrane Plus

Une des originalités du projet Ditrane Plus résidait dans son volet axé sur la planification familiale. En effet, dès les suites de l'accouchement, des moyens de contraception adaptés à leur pratique d'alimentation infantile furent systématiquement proposés et gratuitement fournis aux mères. Ces mesures s'accompagnèrent d'un suivi de leur situation contraceptive tout au long de l'étude au cours d'entretiens portant sur leurs désirs d'enfants ou de contraception et leurs choix et pratiques contraceptives. A la fin de l'étude, les femmes étaient orientées vers les services de planification familiale disponibles à Abidjan.

Chez les mères ayant choisi de pratiquer un allaitement maternel, l'accent fut mis sur une méthode contraceptive comportementale qui tire parti de l'infertilité naturelle temporaire que provoque l'allaitement : la Méthode Allaitement Maternel Aménorrhée ou méthode MAMA (Linkages project, 2002). Pour utiliser la méthode MAMA, les trois conditions suivantes devaient être réunies : les règles n'ont pas repris chez la mère ; le bébé est nourri exclusivement ou quasi exclusivement au sein ; et le bébé est âgé de moins de six mois. Si l'une de ces conditions n'était plus remplie, la femme sortait de la méthode MAMA et un autre moyen de contraception lui était proposé. En seconde intention, les injectables (Depoprovera<sup>®</sup> ou Noristerat<sup>®</sup>) ou la pilule progestative ou oestro-progestative étaient proposés aux mères allaitantes.

Chez les mères pratiquant une alimentation artificielle, les moyens de contraception conseillés furent les injectables ou la pilule oestro-progestative ou progestative.

Dans ce contexte, nous avons donc défini comme méthodes contraceptives modernes les moyens de contraception suivants : la méthode MAMA, les pilules progestative ou oestro-progestative et les injectables. Quelle que soit la pratique d'alimentation infantile, des préservatifs étaient gratuitement disponibles tout au long de l'étude. Compte tenu du risque infectieux chez la femme infectée par le VIH, le dispositif intra-utérin ne fut proposé à aucune des femmes incluses dans cette étude. Par ailleurs, après l'accouchement et tout au long du suivi, une contraception d'urgence fut systématiquement remise aux mères avec une explication des circonstances d'utilisation et du mode d'emploi. En cas de survenue de grossesse ultérieure, le désir de cette grossesse était abordé avec la mère et une interruption médicale de grossesse était proposée par l'équipe du projet en cas de grossesse non désirée.

## Caractéristiques de la population d'étude

Entre mars 2001 et mars 2003, 580 femmes infectées par le VIH furent incluses dans le projet Ditrane Plus et donnèrent naissance à 612 enfants. Pour la présente analyse, seules les 557 mères ayant donné naissance à un enfant né vivant qui avait été alimenté par une source lactée au moins une fois furent prises en compte dans la présente

analyse. Parmi ces mères, 262 (47 %) initièrent un allaitement maternel tandis que les 295 autres débutèrent une alimentation artificielle.

Le tableau 1 détaille dans chacun de ces deux groupes les caractéristiques des mères au moment de leur inclusion dans l'étude ainsi que leurs connaissances en matière de contraception et un bref descriptif de leur utilisation passée de contraceptifs.

A l'inclusion, les femmes allaitantes étaient globalement comparables aux mères non allaitantes mais semblaient dans une situation socio-économique moins favorisée puisqu'une proportion significativement plus importante d'entre elles n'avait jamais été scolarisée et vivait dans une cour commune.

Les femmes incluses dans l'étude avaient une relativement bonne connaissance des moyens modernes de contraception, excepté en ce qui concerne les implants et la méthode MAMA. Globalement, 50 % des femmes rapportaient avoir déjà utilisé au moins une fois au cours de leur vie, pendant plus de deux mois, un moyen de contraception, cette proportion étant plus élevée chez les femmes non allaitantes que chez les femmes allaitantes (60 % contre 40 %,  $p=0,001$ ). La grande majorité (87 %) de ces femmes souhaitait utiliser un moyen de contraception après cette grossesse, cette proportion n'étant pas différente entre les deux groupes.

## Une acceptabilité élevée des méthodes contraceptives modernes

Le tableau 2 détaille les moyens contraceptifs utilisés par les mères au cours des trois premiers mois *post-partum* en fonction de la modalité d'alimentation infantile débutée à la naissance.

Ainsi, plus de six femmes sur dix ont utilisé une méthode moderne de contraception au cours des trois premiers mois *post-partum*, cette proportion étant statistiquement significativement plus élevée chez les femmes allaitantes que chez les non allaitantes principalement du fait du plébiscite de la méthode MAMA chez ces premières (plus d'une mère sur deux).

Seulement 35 % des 342 mères utilisant une méthode contraceptive moderne en avaient avisé leur partenaire sexuel. De même, 38 % des 240 mères utilisant une méthode contraceptive moderne et vivant sous le même toit que leur partenaire l'avaient informé. On peut cependant observer des disparités très importantes en fonction des méthodes contraceptives employées. En effet, si 59 % des femmes utilisant la pilule et 58 % des femmes utilisant des injectables en avaient informé leur partenaire, seulement 4 % des femmes pratiquant la méthode MAMA l'avaient fait.

Tableau 1 – Caractéristiques et connaissance en matière de contraception des mères à l'inclusion en fonction de la pratique d'alimentation infantile débutée (N=557)

	Femmes allaitantes (N=262)		Femmes non allaitantes (N=295)		p-value <sup>3</sup>
Caractéristiques à l'inclusion	N	%	N	%	
Age <sup>1</sup>	26	± 6	27	± 5	0,16
Niveau d'étude : aucun	123	47	75	25	<0,001
Vit avec son partenaire	83	70	86	63	0,09
Vit avec sa famille	104	40	114	39	0,80
Vit avec sa belle-famille	71	27	68	23	0,27
Vit dans une cour commune	193	74	74	59	<0,001
Activité rémunérée	139	53	145	49	0,36
Parité <sup>2</sup>	1	(0-2)	1	(0-2)	0,09
CD4 à l'inclusion (cellules/mm <sup>3</sup> ) <sup>2</sup>	392	(265-340)	386	(239-583)	0,73
Contraception	N	%	N	%	
<b>- Moyens connus à l'inclusion</b>					
Stérilet	49	19	87	29	<0,01
Pilule	244	93	46	97	0,05
Injectables	185	71	25	76	0,16
Implants	2	1	5	2	0,46
MAMA	5	2	8	3	0,59
Préservatifs	49	57	207	70	<0,01
Abstinence	11	4	20	7	0,18
Autre (cycles, température, indigénats)	54	21	6	22	0,61
<b>- Moyens précédemment utilisés pendant au moins deux mois</b>					
Stérilet	1	0,5	6	2	0,13
Pilule	69	26	120	41	<0,001
Injectables	16	6	23	8	0,43
Implants	0	0	0	0	-
MAMA	0	0	0	0	-
Préservatifs	23	9	39	13	0,10
<b>- Moyens souhaitant être utilisés après cette grossesse</b>					
Stérilet	3	1	1	0,5	0,35
Pilule	102	39	119	40	0,79
Injectables	87	33	97	33	0,93
Implants	0	0	0	0	-
MAMA	2	1	0	0	0,22
Préservatifs	15	6	35	12	0,01

<sup>1</sup>moyenne ± écart-type ; <sup>2</sup>médiane (intervalle interquartile) ; <sup>3</sup>test du  $\chi^2$  ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, test de Student pour les variables quantitatives

Tableau 2 – Prévalence contraceptive au cours des trois premiers mois *post-partum* en fonction des modalités d'alimentation infantiles (N=557)

	Utilisation du moyen de contraception (%)			p-value <sup>3</sup>
	Total	Femmes allaitantes (N=262)	Femmes non allaitantes (N=295)	
Méthode moderne <sup>1</sup>	61	68	56	<0,01
Pilule	16	7	24	<0,001
Injectables	19	6	30	<0,001
MAMA	27	55	2*	<0,001
Préservatif	3	1	5	<0,01
Autre <sup>2</sup>	2	1	2	0,51

<sup>1</sup>Pilule, injectables ou MAMA ; <sup>2</sup>abstinence, méthodes des cycles ou indigénats ; <sup>3</sup>test du  $\chi^2$  ou test exact de Fisher de comparaison des prévalences entre les deux groupes

\* ces femmes ont débuté une alimentation artificielle mais ont changé de pratique au cours du suivi pour finalement allaiter leur enfant au sein

## Une prévalence contraceptive liée à l'environnement social des mères

Nous avons cherché à mettre en évidence les profils sociodémographiques des femmes en fonction du type de méthode contraceptive utilisée dans le *post-partum* immédiat et de la modalité d'alimentation infantile pratiquée. Cette description est détaillée dans le tableau 3.

Parmi les mères allaitantes, les utilisatrices de la méthode MAMA tendaient à être plus âgées que les utilisatrices de la pilule ou des injectables ou que celles qui n'utilisaient aucune méthode contraceptive moderne. Quelle que soit la méthode, les utilisatrices d'un moyen de contraception exerçaient significativement plus souvent une activité rémunérée que les non utilisatrices, et leur parité tendait à être plus élevée. Hormis l'âge, le profil sociodémographique était similaire chez les femmes allaitantes utilisatrices de la méthode MAMA, de contraceptifs oraux ou d'injectables.

Chez les mères non allaitantes, les utilisatrices de pilules ou d'injectables étaient significativement moins souvent illettrées que les non utilisatrices ; elles vivaient par ailleurs plus souvent avec un partenaire, moins souvent dans une cour commune, et tendaient à exercer plus souvent une activité rémunérée. La parité était strictement la même chez les utilisatrices et les non utilisatrices d'une méthode moderne de contraception.

Tableau 3 – Caractéristiques maternelles en fonction de la modalité d'alimentation infantile débutée et de la méthode contraceptive moderne utilisée au cours des trois premiers mois post-partum (N=557)

	Utilisation d'une méthode contraceptive							
	Femmes allaitantes (N=262)				Femmes non allaitantes (N=295)			
	MAMA	Pilule ou injectables	Non	p-value <sup>3</sup>	Pilule ou injectables	Non	p-value <sup>4</sup>	
Age <sup>1</sup> (en années)	27 ± 5	26 ± 6	26 ± 6	0,13	27 ± 5	27 ± 5	0,43	
Age ≥ 25 ans (%)	68	56	53	0,06	68	64	0,53	
Niveau d'étude : aucun (%)	46	41	50	0,62	51	68	< 0,01	
Vit avec son partenaire (%)	72	65	68	0,65	70	55	< 0,01	
Vit avec sa famille (%)	39	50	38	0,42	34	44	0,10	
Vit avec sa belle famille (%)	29	29	22	0,49	24	22	0,79	
Vit dans une cour commune (%)	75	61	75	0,24	51	68	< 0,01	
Activité rémunérée (%)	59	53	42	0,04	55	45	0,09	
Nombre d'enfants nés vivants <sup>1</sup>	1,7 ± 1,6	1,8 ± 1,9	1,2 ± 1,5	0,11	1,3 ± 1,5	1,3 ± 1,7	0,89	
CD4 (cellules/mm <sup>3</sup> ) <sup>2</sup>	392(273-515)	357(249-466)	427(276-611)	0,39	358(224-581)	395(252-583)	0,20	

<sup>1</sup>Moyenne ± écart-type ; <sup>2</sup>Médiane (intervalle interquartile) ; <sup>3</sup>Test du  $\chi^2$  ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, analyse de variance (ANOVA) pour les variables quantitatives ; <sup>4</sup>Test du  $\chi^2$  ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives, test de Student pour les variables quantitatives

Nous avons également cherché à mettre en évidence les déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne au cours des trois premiers mois *post-partum* chez les mères incluses dans le projet Ditrane Plus. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4 – Déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne au cours des trois premiers mois *post-partum*, régression logistique (N=557)

	Rapport de cotes ajusté	Intervalle de confiance à 95 %	p-value
Mère allaitante vs. non allaitante	1,97	1,35 - 2,87	<0,001
Utilisation antérieure de contraceptifs	1,70	1,18 - 2,46	<0,01
Mère déjà scolarisée vs. jamais	1,23	0,83 - 1,83	0,31
Habitat individuel vs. cour commune	1,60	1,08 - 2,37	0,02
Vit avec son partenaire vs. non	1,56	1,07 - 2,27	0,02
Parité (en continu)	1,10	0,97 - 1,24	0,15
Naissance multiple vs. simple	1,56	0,29 - 1,43	0,28

En ajustant sur les variables détaillées ci-dessus, il apparaît ainsi que les mères allaitantes ont deux fois plus de chances d'utiliser une méthode contraceptive moderne que les mères non allaitantes. L'utilisation antérieure à l'inclusion dans l'étude de contraceptifs sur une période d'au moins deux mois est également un facteur déterminant de l'utilisation de contraceptifs. Par ailleurs, l'environnement social des mères était très corrélé à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, les femmes vivant sous le même toit que leur partenaire et dans un habitat individuel plutôt que dans une cour commune étant les plus grandes utilisatrices de contraceptifs. La parité n'était pas associée à l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne, aussi bien en univarié qu'en multivarié. Néanmoins, la même analyse multivariée réalisée cette fois uniquement parmi les femmes allaitantes a mis en évidence que, dans ce sous-groupe, tout enfant vivant supplémentaire augmentait de manière statistiquement significative la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive moderne de 21 % (intervalle de confiance à 95 % : 2 - 46).

## Une prévalence contraceptive en augmentation par rapport aux études précédentes conduites dans la même population

Nous avons ainsi mis en évidence une prévalence contraceptive de 61 % au cours des trois premiers mois *post-partum* au sein de cette cohorte de mères infectées par le VIH à Abidjan en Côte d'Ivoire. Parmi les mères non allaitantes et donc non éligibles pour la méthode MAMA, 56 % ont rapporté avoir utilisé des contraceptifs oraux ou des injectables sur cette période. Cette prévalence est particulièrement élevée dans le contexte d'Abidjan où des prévalences contraceptives beaucoup plus basses avaient précédemment été mises en évidence, tant chez des mères infectées par le VIH que chez des femmes dont le statut VIH était inconnu.

En effet, une étude transversale avait été conduite en 2000, à Abidjan, dans les mêmes formations urbaines de santé communautaire que celles où les femmes du projet Ditrane Plus étaient recrutées, auprès de 246 jeunes mères de statut VIH inconnu venant en consultation pour la pesée ou la vaccination de leur enfant, âgé de six mois en médiane (Viho *et al.*, 2004). Ces mères étaient âgées de 25 ans en médiane et environ un tiers d'entre elles n'avait jamais été scolarisé. Cette étude avait mis en évidence que seules 8 % des mères enquêtées avaient bénéficié d'une consultation de planification familiale au moment de l'enquête.

Par ailleurs, dans le programme de PTME précédent l'essai Ditrane à Abidjan, une étude réalisée auprès de 109 mères allaitantes, infectées par le VIH et recrutées selon les mêmes critères et dans les mêmes formations urbaines de santé communautaire que dans l'étude Ditrane Plus (Desgrées du Loû *et al.*, 2002), a montré que 21 % des mères avaient utilisé l'une de ces deux méthodes contraceptives modernes proposées (pilules et injectables).

Comment peut-on expliquer cette prévalence contraceptive élevée dans le projet Ditrane Plus particulièrement différente du contexte habituel ? Il est indéniable que la qualité du conseil fourni aux mères en matière de planification familiale et le nombre élevé de visites ont contribué à cette réussite. Mais l'excellente acceptabilité de la méthode MAMA chez les mères allaitantes permet également d'expliquer ces résultats, d'autant qu'à peine plus de 3 % des mères incluses connaissaient l'existence de cette méthode à leur entrée dans l'étude. Du fait de cette méthode, les mères allaitantes, bien qu'issues d'un milieu socio-économique plus défavorisé et ayant dans le passé moins souvent utilisé des méthodes contraceptives, utilisaient significativement plus souvent que les mères non allaitantes une méthode contraceptive moderne. Cependant, on peut s'interroger sur la signification de la méthode MAMA auprès des femmes qui la mettent en œuvre. En effet, à l'inverse des femmes utilisant des contraceptifs oraux ou des injectables, les femmes utilisant la méthode MAMA n'en parlaient pas à leur partenaire. Des études qualitatives sont donc nécessaires sur cette thématique afin d'étudier si la méthode MAMA est considérée par ses utilisatrices comme une méthode contraceptive à part entière.

Il sera par ailleurs intéressant d'étudier les pratiques contraceptives à plus long terme, en particulier chez les femmes allaitantes, afin de vérifier si un relais vers d'autres méthodes contraceptives modernes est mis en place lorsqu'il n'est plus envisageable d'utiliser la méthode MAMA, *i. e.* quand la mère a arrêté l'allaitement maternel ou si l'enfant est âgé de plus de six mois.

L'acceptabilité des méthodes contraceptives modernes reste néanmoins dépendante de l'environnement de vie de la mère. La stigmatisation liée à l'utilisation de contraceptifs reste problématique, en particulier dans les cours communes où la promiscuité est importante. Dans ces contextes difficiles, la méthode MAMA pourrait aider à résoudre le problème en permettant aux femmes de réguler leurs naissances plus discrètement qu'avec d'autres méthodes modernes de contraception.

Nous avons présenté ici les pratiques contraceptives au cours des trois premiers mois *post-partum* chez des mères infectées par le VIH à Abidjan en Côte d'Ivoire. Or, à Abidjan, les rapports sexuels sont généralement repris plus de trois mois après l'accouchement (Desgrées du loû et Brou, 2005). Notre description de l'accès à la contraception dans le *post-partum* immédiat reste cependant pertinente puisque la mise en œuvre de pratiques contraceptives doit être antérieure à la reprise des rapports sexuels afin d'éviter tout risque de grossesse non désirée.

## Conclusion

Un des enjeux de la planification familiale dans le contexte particulier de l'étude Ditrane Plus résidait dans la proposition de méthodes contraceptives adaptées aux pratiques d'alimentation infantile des mères, et ce dès le *post-partum* immédiat. Nos résultats montrent que cette approche est envisageable dans ce contexte. L'enjeu réside donc dans la proposition d'un large panel de méthodes contraceptives afin de permettre aux femmes d'adopter le moyen le plus en accord avec leur environnement social.

Il est cependant nécessaire de poursuivre cette évaluation en étudiant la continuité des pratiques contraceptives sur le long terme et en mettant en parallèle l'incidence des nouvelles grossesses avec les modalités effectives d'alimentation infantile.

## Remerciements

L'étude Ditrane Plus était financée par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS) avec le soutien du ministère français des Affaires étrangères et de l'Institut National de la Recherche Médicale (INSERM). Renaud Becquet était financé par le ministère français de l'Education nationale, de la Recherche et des Technologies.

Cette étude a été réalisée en collaboration avec l'ensemble du groupe de travail Ditrane Plus ANRS 1201/1202 listé ci-dessous et avec Marcel Vekemans (International Planned Parenthood Federation, Londres, Angleterre). Le suivi des mères incluses dans le projet Ditrane Plus en matière de contraception était assuré par Angèle Yao et Brigitte Ehouo. Cette étude est dédiée à la mémoire de Pierrette Kassi.

### **Composition du groupe de travail Ditrane Plus ANRS 1201/1202**

Investigateurs principaux : François Dabis, Valériane Leroy, Marguerite Timite-Konan, Christiane Wellfens-Ekra.

Coordination à Abidjan : Laurence Bequet, Didier K. Ekouévi, Besigin Tonwe-Gold, Ida Viho.

Méthodologie, biostatistique et gestion des données : Gérard Allou, Renaud Becquet, Katia Castetbon, Laurence Dequae-Merchadou, Charlotte Sakarovitch, Dominique Touchard.

Equipe Clinique : Clarisse Amani-Bosse, Ignace Ayekoe, Gédéon Bédikou, Nacoumba Coulibaly, Christine Danel, Patricia Fassinou, Apollinaire Horo, Ruffin Likikouët, Hassan Toure.

Laboratoire : André Inwoley, François Rouet, Ramata Touré.

Equipe psycho-sociale : Héléne Agbo, Hortense Aka-Dago, Hermann Brou, Annabel Desgrées du Loû, Alphonse Sihé, Annick Tijou-Traore, Benjamin Zanou.

Comité scientifique : Stéphane Blanche, Jean-François Delfraissy, Philippe Lepage, Laurent Mandelbrot, Christine Rouzioux, Roger Salamon.

## Bibliographie

- Becquet R., Castetbon K., Viho I. *et al.*, 2005a - Infant feeding practices before implementing alternatives to prolonged breastfeeding to reduce HIV transmission through breastmilk in Abidjan, Côte d'Ivoire. *J. Trop. Pediatr.*, 51, 6 : 351-5.
- Becquet R., Ekouevi D.K., Sakarovitch C. *et al.*, 2005b - Knowledge, attitudes and beliefs of health care workers regarding alternatives to prolonged breast-feeding, ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 40, 1 : 102-105.
- Becquet R., Ekouevi D.K., Viho I. *et al.*, 2005c - Acceptability of exclusive breastfeeding with early cessation to prevent HIV transmission through breastmilk, ANRS 1201/1202 Ditrane Plus, Abidjan, Côte d'Ivoire. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 40, 5 : 600-8.
- Dabis F., Msellati P., Meda N. *et al.*, 1999 - 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial. DITRAME Study Group. Diminution de la Transmission Mère-Enfant. *Lancet*, 6, 353 (9155) : 786-792.
- Dabis F., Bequet L., Ekouevi D.K. *et al.*, 2005 - Field efficacy of Zidovudine, Lamivudine and single-dose Nevirapine to prevent peripartum transmission of HIV. The ANRS 1201/1202 Ditrane Plus study, Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 19, 3 : 309-318.
- Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I., Wellfens-Ekra C., 1999 - Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan. Une cause de la baisse de la fécondité ? *Population*, 54 : 427-446.
- Desgrées du Loû A., Msellati P., Viho I. *et al.*, 2002 - Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995-2000. *Int. J. STD AIDS*, 13, 7 : 462-468.
- Desgrées du Loû A., Brou H., 2005 - Resumption of sexual relations following childbirth: norms, practices and reproductive health Issues in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Reproductive Health Matters*, 13, 25 : 155-163.
- Ekouevi D.K., Leroy V., Viho A. *et al.*, 2004 - Acceptability and uptake of a package to prevent mother-to-child transmission using rapid HIV testing in Abidjan, Côte d'Ivoire. *Aids*, 18, 4 : 697-700.
- Ekouevi D.K., Rouet F., Becquet R. *et al.*, 2004a - Immune status and uptake of antiretroviral interventions to prevent mother-to-child transmission of HIV in Africa. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 36, 2 : 755-757.

- Ekouevi D.K., Becquet R., Bequet L. *et al.*, 2004b - Obtaining informed consent in HIV-1 infected pregnant women participating in a PMTCT study in Abidjan, Côte d'Ivoire. *AIDS*, 18, 10 : 1486-1488.
- French R., Brocklehurst P., 1998 - The effect of pregnancy on survival in women infected with HIV: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 105, 8 : 827-835.
- Goyaux N., Yace-Soumah F., Wellfens-Ekra C., Thonneau P., 1999 - Abortion complications in abidjan (Ivory Coast). *Contraception*, 60, 2 : 107-109.
- Institut National de la Statistique (Côte d'Ivoire), ORC Macro, 2001 - *Enquête démographique et de santé, Côte d'Ivoire 1998-1999.*: Calverton, Maryland USA: INS et ORC Macro.
- Leroy V., Karon J.M., Alioum A. *et al.*, 2002 - Twenty-four month efficacy of a maternal short-course zidovudine regimen to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in West Africa. *AIDS*, 16, 4 : 631-641.
- Leroy V., Karon J.M., Alioum A. *et al.*, 2003 - Postnatal transmission of HIV-1 after a maternal short-course zidovudine peripartum regimen in West Africa. *AIDS*, 17, 10 : 1493-1501.
- Linkages project, 2002. - La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) : une option temporaire de contraception en post-partum pour les femmes qui allaitent. USAID et AED.
- Mondot-bernard J., 1981 - Fertility and breast-feeding in Africa. *Afr. Environ.*, 14-16 : 131-150.
- Rollins N., Meda N., Becquet R. *et al.*, 2004 - Preventing postnatal transmission of HIV-1 through breast-feeding: modifying infant feeding practices. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, 35, 2 : 188-195.
- Toure L., Kamagate Z., Guillaume A., Desgrées du Loû A., 1997 - Santé de la reproduction et planification familiale à Yopougon. Rapport d'enquêtes. ENSEA, ORSTOM.
- Viho I., Ekouevi D.K., Bequet L. *et al.*, 2004 - Comportements de santé des femmes consultant en protection maternelle et infantile dans les formations sanitaires d'Abidjan, Côte d'Ivoire. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 32, 5 : 409-413.