

VIH/sida en Côte d'Ivoire : sein ou biberon, un choix cornélien

Autor(en): [s.n.]

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **106 (2008)**

Heft 5

PDF erstellt am: **11.09.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949442>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

EDITORIAL

L'allaitement à travers le monde: point de pratiques ou de rituels, c'est plutôt d'information éclairée qu'il s'agit.

Nous partons d'abord en Côte d'Ivoire, pays sévèrement touché par le VIH et où les moyens font défaut. Si on sait qu'il est grandement responsable de la transmission du virus, l'allaitement maternel exclusif y est recommandé car il permet une protection contre d'autres maladies infantiles. De plus, le lait maternisé, outre son prix élevé, comporte un risque infectieux et nutritionnel exigeant un accompagnement difficile à mettre en place. Les mères craignent aussi de gâcher leur réputation ou de dévoiler leur séropositivité. Mais, plus l'alimentation au sein se prolonge, plus le risque de transmission est grand. Dans des sociétés où l'on allaite facilement jusqu'à deux ans et plus, il est difficile d'imposer un sevrage à six mois! Et, si l'allaitement maternel y est prédominant, la bonne santé de l'enfant et les exigences d'une vie active font qu'on recourt très tôt à un allaitement mixte, la pire des solutions selon les données actuelles de la recherche. Sein ou biberon? Le choix est cornélien! Si la responsabilité en revient à la mère, elle et son entourage se doivent d'être correctement informés. Là est la responsabilité du personnel de santé.

Départ aussi vers le Canada où deux femmes se sont intéressées au vécu des mères ayant subi une violence sexuelle durant l'enfance. Que reste-t-il de ce traumatisme au moment de vivre maternité et allaitement? Sans accompagnement approprié, celui-ci peut réactiver une expérience négative et tourner à un nouvel échec. En cernant les éléments pouvant favoriser un soutien optimal, elles ont édité deux feuillets d'information afin d'améliorer les possibilités d'une expérience positive de l'allaitement.

Enfin, retour par la France où, le temps d'une photo, plus de 220 femmes ont allaité simultanément leurs bébés lors de la 2^{ème} «Grande Têtée». Sa grande couverture médiatique a permis de lutter contre la désinformation et a permis aussi de créer un véritable réseau féminin dans un pays où un peu plus de la moitié des femmes choisissent d'allaiter. Saluons donc cette initiative citoyenne, des femmes se mobilisant pour rendre l'allaitement maternel plus populaire et donc plus accessible.

Où que l'on soit dans le monde, allaiter est un droit. Et un choix qui demande respect, accompagnement et information éclairée...

E. Jherikl - Eu.
Elvire Sheikh-Enderli

VIH/sida en Côte d'Ivoire

Sein ou biberon,

La transmission mère-enfant du VIH peut avoir lieu pendant la grossesse, l'accouchement ou via l'allaitement maternel. Dans les pays industrialisés, elle a été réduite à moins de 1% grâce aux traitements antirétroviraux, à la césarienne programmée et au lait artificiel. Au sud, où les moyens font défaut, on tente désormais d'appliquer la recommandation d'un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce. Enquête en Côte d'Ivoire, le pays d'Afrique de l'Ouest le plus sévèrement touché par le VIH.

«Même en présence du VIH, l'allaitement maternel reste le moyen d'alimentation du nouveau-né le plus sûr, car nous ne disposons pas de lait de remplacement, résume Albert Edi Ossohou, pédiatre et directeur du programme national santé infantile (PNSI) de Côte d'Ivoire.» En effet, pour prévenir aujourd'hui la transmission mère-enfant du VIH, l'OMS recommande désormais – outre la mise sous traitement de la mère pendant la grossesse et l'accouchement – le recours à l'allaitement maternel exclusif durant six mois avec sevrage précoce. L'allaitement artificiel n'est encouragé que s'il apparaît comme «acceptable, praticable, financièrement abordable, sûr et durable.» Pourtant, les deux propositions apparaissent particulièrement difficiles à mettre en œuvre en Côte d'Ivoire comme dans de nombreux pays d'Afrique.

Obstacle économique

Le recours au lait maternisé présente l'inconvénient d'être très cher. «Actuellement le coût d'une boîte de lait, soit ce qui est nécessaire à l'enfant pour trois jours, est d'environ 2500 CFA (environ 6,50 Euros), précise Kouakou Kouadio, pédiatre au Cirba, un centre de consultations VIH privé d'Abidjan.» Une somme considérable en Côte d'Ivoire et dans la plupart des pays en développement qui explique en partie les difficultés à mettre en place ce mode d'alimentation à la naissance.

On reproche également aux substituts du lait maternel de ne pas plaire aux populations. Il faut préciser que, depuis les années 80, une promotion hardie de l'allaitement maternel dans les pays africains suite à des



Dossier réalisé par Sandra Mignot, paru à l'origine dans «Profession Sage-Femme» (n. 137/2007), reproduit avec l'aimable autorisation de l'auteure.

épidémies de diarrhées et à un phénomène urbain de «mode» qui aurait poussé les femmes à recourir à l'allaitement artificiel a été lancée. «Du coup, à présent, les gens – et les professionnels de santé – ne se gênent pas pour interpeler une femme qui ne donne pas le sein», explique Biba Coulibaly, sage-femme à la formation sanitaire de Yopougon, un des faubourgs d'Abidjan. En Afrique, les modes de vie communautaires et la promiscuité stigmatisent ces femmes qui ne donnent pas le sein. «Quand mes voisins ont vu que je donnais du lait artificiel à mon enfant, ils n'ont cessé de m'interroger, se rappelle Christine Houssou, présidente d'Amepouh, une association de femmes ivoiriennes vivant avec le VIH. J'ai fini par leur dire que j'avais un début de cancer qu'il me fallait traiter et que par conséquent je ne pouvais pas allaiter. Heureusement, j'avais le soutien de mon époux.»

L'attitude du conjoint est en effet souvent décisive... Qu'il prenne le parti de son épouse lorsqu'il sait qu'elle protège la santé de leur enfant en ne lui donnant pas le sein ou qu'il s'associe au chœur des protestations en la soupçonnant d'être une mauvaise mère peut tout changer. «On s'est aperçu que les femmes qui ne parviennent pas à convaincre leur entourage donnent un allaitement mixte, explique Biba Coulibaly. Elles mélangent allaitement maternel et lait artificiel.» La pire des solutions selon les données actuelles de la recherche (voir «L'Etat des connaissances»). Enfin, la sensibilisation à propos du VIH et le bouche-à-oreille commencent à faire leur effet. «Certaines craignent qu'on ne soupçonne leur sérologie si on les voit donner le biberon, poursuit

un choix cornélien

Biba Coulibaly. Cela commence à se savoir que le VIH rend le lait dangereux.»

Risque infectieux et risque nutritionnel

Autre problème: la pratique de l'allaitement artificiel exige un accompagnement spécifique, car la préparation des substituts au lait maternel comporte un risque infectieux quand l'eau n'est pas potable ou la stérilisation difficile. Sans compter le risque nutritionnel, notamment en cas de mauvais dosage ou de trop grande dilution des laits en poudre. «Toutes les mères ne savent pas forcément préparer le biberon et certaines n'ont pas accès à l'eau potable, note Christine Amani, sage-femme. D'autres laissent préparer le biberon à une fillette de 11 ans qui va mettre trop d'eau, ajouter du sucre, etc.»

Différentes études menées au Kenya, en Côte d'Ivoire et en Afrique du Sud ont montré que l'adoption – dûment accompagnée – de l'allaitement artificiel par les mères séropositives n'avait pas entraîné d'excès significatif de morbidité et de mortalité de leurs enfants. En Côte d'Ivoire, les assistantes sociales ont été formées au conseil nutritionnel. «Nous leur montrons comment préparer le lait en poudre, elles le répètent devant nous, et nous pesons l'enfant à plusieurs reprises», explique Augustine Koutou assistante sociale à la maternité libanaise de Treichville. L'établissement lorsqu'il participait à un programme de recherche international, bénéficiait de lait et de biberons gratuits. «Aujourd'hui que nous n'avons plus ces moyens, le programme étant terminé, c'est difficile de mettre

Photo: JBS

Quelques chiffres

Prévalence générale du VIH: 7%.

Prévalence de l'AME des enfants de moins de 6 mois: 5,4%.

Malnutrition aigüe infantile: 7,3% (13,2% chez les 12–23 mois).

Taux de mortalité des moins de 5 ans: 195‰.

Taux de mortalité infantile (moins d'un an): 118‰.

17% d'enfants de moins de 5 ans souffrent d'insuffisance pondérale (modérée et grave).

21% d'enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance (modéré et grave).

Source: Unicef



Le lait maternel peut à la fois protéger et exposer l'enfant

Un paradoxe que les scientifiques n'ont pas fini d'éclaircir même si les connaissances progressent. La transmission du VIH de la mère à l'enfant via l'allaitement maternel a été démontrée dès la fin des années 1980. En l'absence de prise en charge spécifique, ce risque s'ajoute à celui de contamination pouvant survenir durant les neuf mois de grossesse et au cours du travail. Et, plus l'allaitement se prolonge, plus le risque est grand. Quand ce dernier dure au moins 24 mois, le taux moyen de transmission via le lait maternel approche les 15%. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), entre un tiers et la moitié des transmissions mère-enfant actuellement observées dans le monde seraient ainsi imputables à l'allaitement maternel.

Tous les mécanismes de cette transmission ne sont pas encore clairement identifiés. Le lait maternel, qui joue un rôle essentiel dans la constitution de l'immunité infantile, est un produit complexe, dont la composition varie en fonction de multiples critères. Et, bien qu'il contienne des éléments viraux sous forme de particules libres – virions – et de cellules infectées, il véhicule également de précieux anticorps. Un paradoxe que la science n'a, à ce jour, pas entièrement résolu.

Facteurs de risque

Certains facteurs augmentent la présence de virus dans le lait maternel et donc l'exposition du nouveau-né allaité. L'état immunitaire de la mère semble particulièrement important. Bien que la charge virale dans le plasma maternel ne soit pas toujours proportionnelle à celle retrouvée dans le lait, une étude réalisée au Malawi a en effet montré que le nourrisson allaité court cinq fois plus de risques d'être contaminé quand la charge virale de la mère est détectable dans son lait.

Par ailleurs, une analyse portant sur cinq études prospectives a montré que les mamans dont le taux de CD4 était inférieur à 200/mm³ ont huit fois plus de risques de transmettre le VIH à leur enfant. Les pathologies mammaires comme la mastite

(relativement fréquente en début d'allaitement, lors du sevrage et en cas d'allaitement mixte) favorisent également le passage du virus dans le lait. Enfin, en cas d'infection primaire chez la mère (quand le virus est en phase de répllication intensive), le risque de contamination du nouveau-né par l'allaitement maternel atteint 26%.

Fragilité intestinale

Du côté du nourrisson, d'autres paramètres font également la différence. Une analyse souligne par exemple l'influence du sexe: les filles auraient ainsi 40% moins de risques d'être infectées que les garçons. Une différence sociale et non biologique, puisque l'alimentation des bébés masculins serait plus précocement diversifiée que celle des filles. Or, on sait désormais que le mode d'alimentation du nourrisson peut fragiliser sa muqueuse intestinale. En effet, le lait maternel qui contient le virus comporte également les anticorps du VIH déve-

loppés par la mère et des substances anti-infectieuses – lactoferrine, immunoglobulines, ou encore protéine SLPI (Secretory Leukocyte Protease Inhibitor). Ce qui semble expliquer que le taux de transmission du VIH en cas d'allaitement exclusif (14,6%) soit inférieur à celui observé en cas d'allaitement mixte (24,1%). Enfin, toute affection affaiblissant l'intégrité des muqueuses du nourrisson favorise également la contamination, les portes d'entrée du VIH dans l'organisme du bébé étant très probablement les muqueuses intestinales et les amygdales. Si leur intégrité est affectée, elles deviennent plus perméables au virus. En se transmettant au sein de la mère, une pathologie buccale du nourrisson peut, de même, accroître en retour le passage du VIH du sang maternel au lait.

Action des antirétroviraux

Dernier axe de recherche: l'administration d'antirétroviraux, qui ont largement montré leur efficacité dans la prévention de la transmission mère-enfant du virus au cours de la grossesse et de l'accouchement. Celle de zidovudine permettrait, par exemple, de réduire de 40% la transmission du VIH à six mois de vie de l'enfant. Mais l'allaitement maternel semblerait légèrement amoindrir ce bénéfice.

Selon les premiers résultats de l'étude Ditrane Plus menée à Abidjan, présentés en août 2006 par le Dr Valériane Leroy, le lait maternel entraînerait en effet une transmission du VIH chez 6,8% des nouveau-nés dont la naissance a été prise en charge sous ARV, contre 5,6% quand ils sont nourris au lait artificiel. Parallèlement, le programme tanzanien Mitra de prescription de multithérapie chez la mère en fin de grossesse et prolongé durant l'allaitement a montré que moins de 5% des enfants étaient séropositifs à six mois de vie, contre près de 12% de ceux dont la mère n'était pas traitée. Des résultats similaires concernant l'administration du traitement à l'enfant durant les six premiers mois d'allaitement seront prochainement publiés.

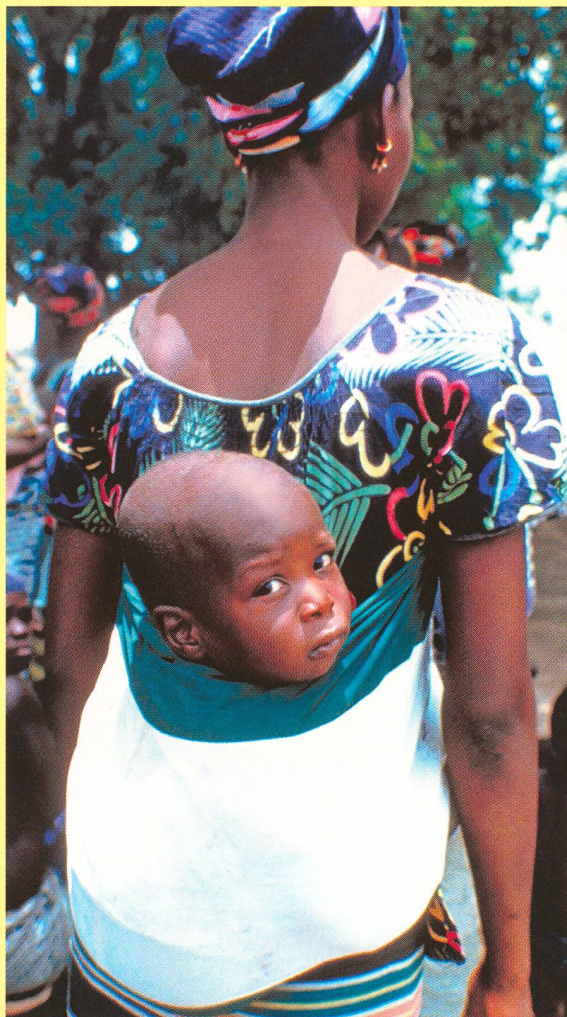


Photo: J. Isaac, UNFPA

en place un allaitement au biberon, poursuit la travailleuse sociale. D'autant qu'avec le code international de commercialisation nous n'avons pas le droit de recevoir de dons ou d'échantillons de la part des industriels.»

C'est aussi dans le cadre d'une recherche internationale que Kouakou Kouadio a pu proposer biberons, tétines, casseroles pour la stérilisation et lait artificiel. «On pouvait même remplacer les biberons cassés», s'étonne-t-il encore aujourd'hui. Résultat: 60% des femmes ont accepté de renoncer à l'allaitement au sein malgré la crainte de la stigmatisation. Et contrairement aux représentations occidentales en vigueur sur ces questions, ces dernières étaient par ailleurs réceptives à son utilisation. Une étude de l'ANRS en Côte d'Ivoire a aussi montré que, lorsque le substitut au lait maternel était fourni gratuitement, 53% des femmes optaient pour le lait maternisé. «Si ces projets avaient continué peut-être qu'on aurait finalement atteint 80% de femmes séropositives utilisant les substituts du lait maternel», hasarde Kouakou Kouadio soulignant l'injustice des programmes de recherche qui implantent des conditions idéales (personnel spécialisé et formé, matériel, protocoles, etc.) puis repartent une fois les données collectées, laissant professionnels de santé et structures dans l'état où ils les avaient trouvés. «Quand les conditions disparaissent, même si les professionnels ont été formés, la fréquentation des centres de soin par les patients diminue...», regrette Kouakou Kouadio.

Solution de compromis

Alors, devant l'absence de moyens de la plupart des états africains, la solution de l'allaitement maternel exclusif (AME) avec sevrage précoce apparaît plus séduisante. Elle a certes montré son efficacité en termes de réduction des contaminations. D'autant plus que, si 15% des enfants de mères séropositives sont contaminés pendant l'allaitement, cela signifie également que 85% ne le seront pas. Or, les substances anti-infectieuses contenues dans le lait maternel apportent une protection immunologique contre d'autres maladies, notamment les diarrhées et infections respiratoires, responsables d'une mortalité infantile alarmante dans les pays en développement. En outre, ce mode d'alimentation est gratuit. En termes de santé publique, le choix semble aisé.

Malheureusement, des anthropologues ont montré que, même si ce mode d'alimentation est prédominant sur le continent africain, l'allaitement maternel exclusif n'est, lui, pas si fréquent. Ainsi, en Côte d'Ivoire, la prévalence de l'allaitement ma-

ternel exclusif chez les enfants de moins de 6 mois n'est que de 5%! La statistique plafonne à 10,8% dans l'agglomération d'Abidjan et à 14% dans le nord-est du pays grâce à des ONG locales qui s'investissent dans le conseil nutritionnel.

«Une grande proportion de femmes donnent aussi de l'eau, note Biba Coulibaly. Elles n'arrivent pas à comprendre que l'enfant puisse être en bonne santé sans cela.» Des tisanes, des préparations à base de lait de vache et des bouillies variées sont traditionnellement administrées en complément aux nourrissons. Les exigences de la vie active et l'absence de congé maternité amènent aussi nombre de femmes à pratiquer l'allaitement mixte: elles donnent le sein soir et matin, et laissent une nourrice les allaiter ou leur donner le biberon dans la journée. Des pratiques qui expliquent en partie les statistiques alarmantes de la mortalité infantile dans le pays, tout complément fragilisant les muqueuses intestinales de l'enfant et tout apport d'eau étant susceptible de véhiculer aussi des germes lorsque les précautions d'hygiène ne sont pas respectées...

Or, en cas d'infection à VIH chez la mère, un allaitement maternel non exclusif pourrait augmenter de 10% le risque, pour l'enfant, de contracter lui aussi le virus... En Côte d'Ivoire, le développement du programme «Hôpitaux amis des bébés» a permis de former des groupes de femmes et de mettre en place une réelle politique de soutien à l'allaitement maternel. Néanmoins, l'instabilité politique des cinq dernières années et les résistances au changement présentes dans toute société n'ont pas encore permis à la situation d'évoluer...



Photo: J. Isaac, UNPFA

Ultime difficulté, l'allaitement maternel exclusif doit être conclu par un sevrage précoce – à l'âge de 6 mois. Il est particulièrement difficile à réaliser dans des sociétés où l'on allaite facilement jusqu'à 24 mois! Par ailleurs, l'enfant ne peut pas passer directement à une alimentation solide. A moins d'un an, il a encore besoin d'une alimentation spécifique que peuvent lui offrir les laits de substitution ou certaines préparations artisanales enrichies. Là encore, les femmes doivent être correctement informées sur les préparations qu'elles peuvent concocter pour répondre aux besoins spécifiques de l'enfant jusqu'à 2 ans. Elles doivent également trouver les ressources financières pour en acquérir les aliments constituants. Et, si des programmes internationaux de soutien

ou de recherche ont autrefois donné ces substituts, ils sont parvenus à terme. A Abidjan, seul le projet américain «Retro-CI» distribue encore du lait maternisé aux femmes séropositives qui acceptent de sevrer précocement leur enfant.

Aide indispensable

Dans tous les cas, allaitement artificiel ou bébé au sein, une aide financière et un soutien à l'achat de lait artificiel restent donc nécessaires. Même les associations de soutien à l'allaitement maternel le reconnaissent. «Nous sommes en faveur d'une aide pour l'achat du lait de remplacement, explique Juliette Coulibaly, sage-



Photo: www.id-ong.org

femme retraitée et présidente de la section ivoirienne de l'International Baby Food Action Network (IBFAN-CI). Mais vous savez, en Afrique, il y a toujours le risque d'une rupture d'approvisionnement, surtout quand les choses sont données...»

La gratuité totale ne semble pas convaincre les principaux acteurs de santé ivoiriens. «Je pense qu'une action gratuite ne peut être pérenne, confirme Biba Coulibaly. Il faudrait pouvoir proposer une subvention aux femmes qui sont à un stade avancé de l'infection et donc plus à risque de transmettre le virus à l'enfant. Et l'idéal serait que le lait fasse partie de la liste des médicaments essentiels comme les antirétroviraux. Cela permettrait qu'il soit moins cher.» En effet, les produits inscrits sur cette liste sont achetés en gros par la centrale d'achat pharmaceutique nationale; leurs tarifs peuvent donc être négociés.»

Au PNSI, l'équipe acquiesce et certifie qu'un projet visant à inclure certains laits maternisés dans la liste des médicaments essentiels était à l'étude avant le coup d'état de 2002... «Mais il faut clairement identifier les besoins au préalable, prévient Albert Edi Ossouhou.» Pour bien faire, il faudrait évidemment que ces laits ne soient disponibles que sur prescription. «Car très peu de mères – environ 15 à 20% – acceptent actuellement le dépistage, résume le pédiatre. Le risque serait alors qu'elles donnent d'emblée le lait maternisé, sans faire le test, par crainte de la stigmatisation.»

Kouakou Kouadio agite, lui, le risque de développement d'un marché clandestin: «Ces produits qui ont une forte valeur marchande pourraient être revendus par les mères les plus pauvres à qui on a prescrit la formule, pendant qu'elles continueraient de donner le sein au risque de contaminer leur enfant.»

Choix éclairé à encourager

Au final, il apparaît surtout important de laisser la responsabilité du choix à la mère. «Parfois les gens n'ont pas d'argent mais ils trouveront quand même ce qu'ils estiment nécessaire dans leur entourage, explique Antoinette Mbengue, du Plan national nutrition à Abidjan. Surtout quand il s'agit de la santé de leur enfant.» Un choix éclairé devra donc être encouragé par le personnel de santé.

«Il est important que ce soit la mère qui décide, même si nous examinons avec elle les possibilités qu'elle a de donner le biberon sans être l'objet de remontrances de la part de son entourage et d'acheter le lait – il faudra qu'elle puisse assumer financièrement durant six mois», conclut Juliette Coulibaly. A l'image de Nathalie, rencontrée à la maison d'accueil Amepouh: «Si moi je ne mange pas, ça n'a pas d'importance, résume-t-elle, mais le lait pour ma fille, je peux le trouver tous les jours.»

Références

La transmission du VIH par l'allaitement au sein: bilan des connaissances actuelles – Organisation Mondiale de la Santé, 2005.

Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud – Annabel Desgrées du Loû, Benoît Ferry, Ceped, 2006.

Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest: de l'anthropologie à la santé publique, Alice Desclaux, Bernard Taverne, Karthala, 2000.

Abus sexuel dans l'enfance a

D'un trou une expé

On sait maintenant que la violence envers les petites filles est très répandue. Qu'en reste-t-il au moment où, à leur tour, elles mettent au monde leur tout-petit? Et comment ressentent-elles la mise au sein sous le regard d'une professionnelle? Seront-elles capables d'allaiter sans honte en public? Pourront-elles utiliser sans frayeur une pompe tire-lait? Deux Canadiennes, Penny Van Esterik et Karen Wood, ont étudié méticuleusement ces questions.

Josianne Bodart Senn

«Mon corps a été créé pour cela! C'est à allaiter que les seins servent, mais je n'ai pas été touchée de manière respectueuse dans ma vie», témoigne une femme survivante d'un abus sexuel dans l'enfance (ASE). Chacune vit différemment les effets de cette expérience traumatisante. Certaines en subissent les effets de manière permanente. Leurs sentiments en sont influencés, de même que leurs décisions. Ainsi, le toucher des seins et la gestion d'un allaitement peuvent s'avérer, pour ces femmes, particulièrement difficiles. En fait, il existe une abondante documentation sur l'ASE, mais très peu d'écrits traitant de la question de l'allaitement pour les survivantes d'un ASE.

L'anthropologue Penny Van Esterik (université York) et Karen Wood (directrice de la Tamara's House¹, à Saskatoon) se sont associées pour mener une recherche-action participative sur l'impact de l'ASE sur les survivantes qui voudraient allaiter leur nourrisson, mais ne le peuvent pas toujours. L'étude avait pour objectif de cerner les éléments qui favoriseraient un soutien optimal. Les deux chercheuses ont ainsi constaté que, moyennant un appui