

# Transmission par l'allaitement : la prévention par les substituts du lait maternel négligée

Alice Desclaux  
Centre de Recherches Cultures, Santé,  
Sociétés (Aix-en-Provence)

**Les bons résultats en matière de réduction de la transmission materno-fœtale du VIH dans les pays du Sud laissent dans l'ombre la question de la transmission par l'allaitement. Pourquoi cette cécité sélective, alors que l'accès aux stratégies de prévention nécessite, sur ce terrain aussi, la mobilisation de tous les acteurs ?**

Dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME), le *scaling up* est déjà en cours dans de nombreux pays d'Afrique australe et d'Asie, tels que, notamment, le Zimbabwe et le Kenya (où près de 250 sites pratiquent la PTME), ou encore l'Andhra Pradesh (où plus de 250 000 femmes ont suivi une session de counselling pré-dépistage au cours de l'année écoulée).

Ces programmes de PTME suivent les recommandations internationales concernant la prévention de la transmission par l'allaitement. Deux options sont proposées aux femmes pour l'alimentation du nourrisson : l'allaitement exclusif avec sevrage précoce et rapide, et l'alimentation aux substituts du lait maternel<sup>1</sup>.

Dans certains programmes, comme au Botswana, les substituts du lait maternel sont fournis gratuitement. Ailleurs, par exemple au Burkina Faso, l'allaitement maternel exclusif a été retenu comme stratégie nationale, et seules les femmes

qui disposent des capacités financières nécessaires pratiquent l'alimentation artificielle. Souvent, comme au Cambodge, des organisations non gouvernementales fournissant les substituts du lait maternel coexistent avec des programmes ministériels en faveur de l'allaitement maternel exclusif : l'option alimentaire qu'applique chaque femme dépend alors essentiellement de son itinéraire thérapeutique<sup>2</sup>.

Cette situation hétérogène, *a priori* inéquitable, qui, à partir de stratégies politiques et de choix idéologiques divers, combinés à des disparités économiques, génère des inégalités biologiques, est relativement classique dans l'histoire des phases successives de la lutte contre les épidémies. L'inégalité d'accès aux stratégies de prévention de la transmission par l'allaitement est similaire à la situation actuelle en matière d'accès aux traitements anti-rétroviraux. Mais alors que les multiples aspects de l'accès aux traitements ont fait l'objet de centaines de présentations à Bangkok, l'accès à la prévention de la transmission du VIH par l'allaitement semble faire l'objet d'une cécité sélec-

tive. Un silence qui contraste avec l'éclairage donné aux résultats des programmes de PTME. Reste que la transmission mère-enfant, présentée comme une « *success story* » sur le plan technique, si l'on reprend les termes employés à propos des programmes conduits en Thaïlande,

**L'allaitement mixte, c'est-à-dire la pratique alimentaire la plus à risque en matière de transmission du VIH, est la plus fréquente dans de nombreux programmes de prévention**

fait plus souvent l'objet de questionnements dans les pays africains, au vu des faibles résultats en termes de taux de participation effective à toutes les étapes des programmes, et d'incapacité à prévenir la transmission par l'allai-

tement - ces deux aspects étant liés. Alors qu'il en avait été question lors des précédentes conférences, le débat fondamental concernant la meilleure option préventive en termes de risques infectieux et nutritionnels pour la mère et pour l'enfant dans les pays du Sud n'a fait l'objet d'aucune session à Bangkok. Cette conférence a plutôt été le lieu de présentations pragmatiques, faisant état des difficultés et des succès des programmes, ancrés dans les réalités de terrain.

Trois pistes stratégiques sont actuellement considérées : celle de la prophylaxie médicamenteuse qui pourrait être proposée d'ici quelques années, en fonction des résultats d'essais en préparation ou en cours portant sur la couverture antirétrovirale de l'allaitement ; celle des interventions socio-comportementales en faveur de l'allaitement maternel exclusif, qui ne fait actuellement l'objet que de rares études ; enfin, l'extension raisonnée de l'alimentation aux substituts du lait maternel.

### **Un constat général : l'inobservance de l'allaitement exclusif**

La piste de l'allaitement exclusif avec sevrage précoce fait l'objet de sérieux doutes. Les présentations sur ce sujet, concernant des contextes sociaux et culturels assez divers, renforcent une inquiétude déjà manifeste il y a deux ans : lorsque les substituts du lait maternel ne sont pas fournis, les femmes optent majoritairement pour l'allaitement exclusif, mais la plupart d'entre elles pratiquent de fait un allaitement non exclusif.

Les études menées au Kenya<sup>3,4</sup>, au Swaziland<sup>5</sup>, en Zambie<sup>6</sup>, en Namibie<sup>7</sup>, en Ethiopie<sup>8</sup>, en Inde<sup>9</sup>, au Zimbabwe<sup>10</sup> et en Afrique du Sud<sup>11</sup>, confirment que l'allaitement mixte, c'est-à-dire la pratique alimentaire la plus à risque en matière de transmission du VIH, est la plus fréquente dans les programmes de prévention : au Zimbabwe par exemple, 90% des femmes séropositives incluses dans le programme PTME dans la région de Buhera pratiquent l'allaitement non exclusif. De nombreux facteurs sociaux et culturels complexes, ancrés au niveau structurel et s'exprimant au niveau socio-comportemental, conduisent les femmes ou leur entourage à donner au nourrisson des boissons, des aliments ou des remèdes, malgré leur choix initial de lui donner que le sein. De plus, bien que cet aspect ait été moins étudié que le caractère exclusif ou mixte de l'allaitement, la recommandation de sevrage précoce et bref semble également peu acceptable, au moins dans certaines populations qui

pratiquent un allaitement prolongé, et pour lesquelles le sevrage précoce supposerait de faire face au coût des aliments de substitution.

Le constat selon lequel la majorité des nourrissons pris en charge par la PTME sont exposés à un niveau de risque maximal a conduit plusieurs responsables de programmes à reconsidérer leur position vis-à-vis de l'alimentation artificielle, en mettant en balance d'une part les obstacles socioculturels à l'allaitement exclusif assortis des fragiles propositions destinées à les contrecarrer, et d'autre part les obstacles, principalement économiques, à l'alimentation artificielle.

### **L'alimentation artificielle : un coût prohibitif**

C'est que l'alimentation artificielle, si elle apparaît ainsi, et par défaut, comme la stratégie la plus pertinente, reste en réalité peu accessible, en raison de coûts prohibitifs.

Précisons que les obstacles à l'alimentation artificielle ne sont pas seulement d'ordre économique : des études montrent que la préparation des substituts du lait maternel n'est pas toujours adéquate, et que le lait préparé par les mères, même éduquées, peut être impropre au plan bactériologique<sup>12</sup>. Mais ceci doit être mis en regard de résultats d'autres études qui concluent que l'alimentation artificielle est possible dans le contexte sanitaire des pays du Sud et peut être bénéfique en termes de mortalité et d'incidence du VIH<sup>13</sup>.

C'est donc l'obstacle économique qui reste déterminant dans tous les pays du Sud, où le coût des substituts du lait maternel est généralement supérieur au revenu mensuel moyen.

Or le problème reste entier dix ans après les premières interventions préventives au Sud. En 2004, la multiplication et l'extension des programmes de PTME, com-

binée avec le constat empirique de la faible faisabilité de l'allaitement maternel exclusif, accroissent considérablement les besoins en substituts du lait maternel.

Une rapide investigation auprès de plusieurs responsables de programmes PTME dans les pays du Sud montre que les stratégies qu'ils ont mises en place pour se procurer des substituts du lait maternel, qu'ils qualifient souvent de « bricolage », reposent essentiellement sur l'achat auprès de grossistes, dans le pays ou à l'étranger, ou encore sur l'achat chez les détaillants de laits de marques, à des tarifs négociés au cas par cas. Partout, les tarifs sont tels que l'alimentation aux substituts du lait maternel est actuellement (sur la base d'un coût mensuel) plus onéreuse que le traitement par les antirétroviraux. Pour ces responsables de programmes, le coût des substituts est le premier obstacle à l'extension de la prévention à davantage de familles.

On ne peut que s'interroger sur les facteurs explicatifs de tels tarifs, qui ne sauraient, comme les médicaments, être justifiés par des dépenses de « recherche

**Partout, les tarifs sont  
tels que l'alimentation  
aux substituts du lait  
maternel est actuellement,  
sur la base d'un coût  
mensuel, plus onéreuse  
que certains traitements  
antirétroviraux**

et développement », ni, comme d'autres produits alimentaires, par le coût de la matière première. On peut aussi se demander pourquoi les besoins des programmes n'ont pas suscité le développement d'une production de substituts

génériques destinés au système de soin et respectant des critères de santé publique plutôt que les stratégies publiques en vigueur sur le marché de l'alimentaire.

Pourtant, cet aspect de la prévention, qui concerne les dispositifs de production, d'approvisionnement et de distribution, ainsi que d'accès aux substituts du lait maternel, n'a fait l'objet d'aucune présentation ou réflexion au cours de la Conférence.

### Pourquoi cette indifférence ?

D'où vient l'absence de mobilisation sur ce thème des acteurs de la lutte contre le sida, concernés à plusieurs titres par ces questions ? Le récent succès de l'alliance entre chercheurs et militants en matière de réduction du coût des anti-rétroviraux et d'amélioration de l'accès aux traitements était patent au cours de cette conférence, comme son impact dynamisant sur les organismes internationaux. Cette dynamique laisse attendre d'autres mobilisations sur des thèmes connexes. L'absence de mobilisation du monde associatif (y compris des associations de défense des femmes séropositives) sur des approches allant au-delà d'une revendication de la prise

en charge du coût des substituts par les programmes, laisse penser que les débats des années 1970 sur l'utilisation des laits artificiels en Afrique – diabolisés en tant que substrats de l'exploitation du Sud par les firmes agroalimentaires du Nord au détriment de la santé des enfants africains – infléchissent encore les discours et occultent l'importance de ce sujet.

Seconde question : pourquoi les acteurs institutionnels, en particulier au plan international, ne sont-ils que très marginalement impliqués dans l'amélioration ou la régulation de l'accès aux substituts du lait maternel ? D'autant que, outre le problème du coût, les enquêtes régulièrement menées par l'IBFAN (International Breastfeeding Action Network) montrent que la plupart des firmes majoritaires sur le marché des laits maternisés en Afrique ne respectent pas les critères définis par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel mis en place en premier lieu par l'OMS en 1981, concernant les pratiques de commercialisation et le caractère juste et éthique de l'information délivrée sur

les étiquettes ou dans les publicités<sup>14</sup>. Par ailleurs, des responsables de programmes de plusieurs pays africains ont signalé des stratégies publicitaires de la part de firmes, basées sur la proposition de tarifs réduits pour les services de soin, soumis à des contreparties. Comme pour

## Les débats des années 1970 sur l'utilisation des laits artificiels en Afrique – diabolisés en tant que substrats de l'exploitation du Sud par les firmes agroalimentaires du Nord, au détriment de la santé des enfants africains – infléchissent-ils encore les discours ?

les antirétroviraux, la régulation de l'approvisionnement et l'implication des organismes des Nations unies paraît indispensable pour assurer la distribution, l'accès et la qualité de ces produits préventifs que sont les laits artificiels.

Enfin, troisième question : comment expliquer l'absence d'intérêt pour ce thème de chercheurs ou d'institutions de recherche, au Sud comme au Nord, en particulier en santé publique, en science politique ou en économie de la santé ? Plusieurs hypothèses peuvent être émises à ce propos, que l'on ne peut développer ici, concernant notamment le statut symbolique des substituts du lait maternel, le caractère « genré » des thèmes de recherche légitimes, ou la construction sociale et politique des objets d'étude considérés par ces disciplines scientifiques.

Quoi qu'il en soit, l'absence d'engagement des responsables institutionnels, des scientifiques et des militants, sur le thème de l'accès aux substituts maternels, laisse les responsables de programmes, les agents de santé, et les femmes participant à ces programmes, démunis face aux conditions imposées par les firmes ou par les intermédiaires : une situation par ailleurs considérée comme inacceptable dans le champ des traitements. Mais qui, sur le thème de l'allaitement, lancera la dynamique ?

Remerciements à Soizick Crochet pour son compte-rendu et son analyse

1 - L'Unicef recommande l'utilisation de ce terme plutôt que ceux de « lait maternisé » ou « lait artificiel », et celui d' « alimentation artificielle » plutôt que « allaitement artificiel ».

2 - Crochet S., Desclaux A., « Anthropological factors affecting HIV positive mothers in their choice of a feeding method, in Phnom Penh, Cambodia », ThPeE7948

3 - H. Ngeno, et al., « Cultural factors that influence infant feeding practices in Kericho, Kenya », WePeD6377

4 - N. Rutenberg, et al., « Infant feeding practice falls short of recommendations in pilot PMTCT sites in Zambia and Kenya », WePeE6837

5 - H. Mkhathswa, N. Magagula, « Women themselves define access to PMTCT programmes – a dilemma », WePeD6449

6 - N. Rutenberg et al., « Infant feeding practice falls short of recommendations in pilot PMTCT sites in Zambia and Kenya », WePeE6837

7 - N. Shifiona, G. Shapumba, O. Ndjadila, « Obstacles to exclusive breast feeding amongst Ovambo speaking mothers in Oshakati, Namibia », WePeD6447

8 - A. Abashawl et al., « Breastfeeding (BF) practices of HIV seropositive women in a PMTCT project », C12019

9 - R. Radhakrishnan et al., « Infant feeding practices and its effect on infants born to HIV seropositive women – Tamil Nadu, India », B11912

10 - J. Orne-Gliemann et al., « Infant feeding practices in the context of a PMTCT programme in rural Zimbabwe », MoPeD3938

11 - S.V. Sikotoyi, « African traditional healing practices and their influence on infant feeding in the context of HIV/AIDS in Watersmeet, Ladysmith, South Africa », WePeD6451

12 - E. Bergstrom et al., « Bacterial contamination and nutrient concentration of infant milk in South Africa: A sub-study of the national prevention of mother-to-child-transmission cohort study », WePeE6712

13 - W. Nyandiko-Mokaya, « Alternative feeding for HIV exposed child: use of formula in a resource limited setting », MoPpB2009

14 - OMS, Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. 1981, Genève, 38p.