

Difficultés rencontrées par les conseillers en alimentation infantile face aux nouvelles stratégies pour le VIH

– par Ted Greiner, Corée du Sud

Depuis 25 ans, les conseillers en alimentation infantile qui essaient d'aider les mères atteintes par le VIH sur son transfert par le lait maternel ont entendu tout, et son contraire ! La première réaction de la part des autorités de santé mondiales a été une panique sans réflexion aucune. Le directeur de l'unité VIH de l'OMS initia, à l'époque, la première réunion d'experts sur l'allaitement et le VIH en juin 1987, en leur demandant (alors que tous ces experts n'avaient d'expertise que dans le second sujet en discussion) une déclaration qui appelait les mères atteintes par le VIH à éviter l'allaitement. Grâce à deux défenseurs de l'allaitement qui étaient présents (en tant qu'observateurs, et non pas en tant qu'experts), quelques experts menacèrent de publier une déclaration minoritaire, à moins que les parties présentes à la réunion ne se mettent d'accord sur la formulation suivante : « Dans les pays où la plupart des morts infantiles sont dues à la malnutrition et aux infections, l'allaitement doit être promu auprès de toutes les mères, indépendamment de leur statut VIH. »

Alors que pendant ce temps, dans des pays relativement riches (y compris des pays nouvellement industrialisés comme la Thaïlande ou le Brésil, dont certaines régions sont particulièrement pauvres), il était hors de question de « permettre » aux mères atteintes par le VIH d'allaiter ! Cela aurait été considéré comme une mise en danger des enfants. Certains choix politiques, allant de la directive du ministère de la santé suédois en 1987 à l'interprétation locale de règles non-écrites, faisaient qu'à chaque fois que les autorités apprenaient qu'une femme atteinte du VIH avait l'intention d'allaiter, elles faisaient tout ce qu'elles pouvaient pour l'en empêcher à tout prix. Si vous connaissez des exceptions (par exemple des autorités de santé dans des pays riches reconnaissant les droits des mères atteintes par le VIH à allaiter), j'apprécierais beaucoup d'en être informé. Je suis au courant des efforts à l'initiative de Pamela Morrison (Royaume-Uni) pour empêcher au moins l'arrêt de l'allaitement chez des Africaines sur le point d'être extradées vers leur pays d'origine – une tentative pour éviter de graves incidents d'origine iatrogène*, voire une mort certaine pour leurs bébés.

Le Lancet cite même l'exemple d'un représentant de Nestlé qui a versé une larme en affirmant devant une classe d'élèves de Grande-Bretagne, que les Africaines ne pourraient plus allaiter à cause du SIDA !

La formulation de 1987 a survécu et on la retrouve dans la première déclaration de l'OMS sur le VIH et l'alimentation infantile qui est apparue en 1992. Donc tout était calme sur le front du VIH et de l'alimentation infantile dans les pays pauvres jusqu'en 1997, lorsque les agences de l'ONU impliquées (principalement UNAIDS, l'OMS et l'UNICEF) ont publié une nouvelle déclaration en catimini. Et là encore, en dépit de leur protestations ultérieures prétendant le contraire, il était clair qu'elles n'avaient pas éprouvé le besoin de consulter la communauté internationale des experts de l'allaitement. Nous étions considérés le plus souvent comme des fanatiques qui croyaient en « l'allaitement à n'importe quel prix ». Entre temps la communauté VIH, qui avait le pouvoir et l'argent, était quant à elle aveuglée par son propre mantra : « éviter la transmission du VIH à tout prix ». D'ailleurs, même aujourd'hui, très peu de programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT : prevention of mother to child transmission) collectent des données sur l'impact sur la santé en postpartum de leurs efforts et programmes, hormis les taux de transmission du VIH. Et si l'on se place d'un point de vue purement statistique, ces efforts, qui semblent porter leurs fruits, résultent à la fois en des taux de transmission qui diminuent ET en des taux de morts infantiles qui augmentent.

La raison invoquée pour justifier ce changement de politique n'était pas scientifique (à l'époque il n'y avait pour ainsi dire aucune données pertinentes sur lesquelles s'appuyer), elle s'appuyait sur « les droits de l'homme ». Étrangement, puisque les mères dans les pays riches n'avaient pas de choix quant à la manière de nourrir leurs bébés, on déterminait d'une certaine manière que seules les mères dans les pays pauvres étaient en droit de faire « un choix éclairé ». Ceci était

particulièrement étrange du fait qu'il n'y avait pour ainsi dire aucune information scientifique à leur offrir pour ce qui était des risques probables des différentes modèles d'alimentation infantile pour les femmes des milieux socio-économiques variés. (Il y a toujours fort peu, au niveau pratique, pour le soutien aux mères dans des circonstances spécifiques.)

Les personnels de l'OMS et de l'UNICEF qui ÉTAIENT des experts en allaitement en ont été mortifiés et ont donc fait tout ce

qu'ils pouvaient, mais ils se sont fait « virer » par les « vrais » experts : les virologistes. Leur impression était que la véritable raison de ce changement de stratégie était pour le coup politique. Et une partie de la pression, venant sans aucun doute de gouvernements capitalistes, trouvait probablement ses racines dans l'industrie de l'alimentation infantile, qui voyait enfin une ouverture dans les pays pauvres, où, depuis la publication du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel les ventes traînaient loin derrière des taux de natalité galopants. Le Lancet cite même l'exemple d'un représentant de Nestlé qui a versé une

larme en affirmant devant une classe d'élèves de Grande-Bretagne, que les Africaines ne pourraient plus allaiter à cause du SIDA ! L'UNICEF s'est même fait lyncher sur la première page du Wall Street Journal parce qu'elle n'accepte pas les cadeaux purement « charitables » sous forme de laits en poudre gratuits de la part de l'industrie !

La nouvelle stratégie a été suivie en 1998 par :

- 1) Un communiqué de presse des trois agences qui déclarait, déjà en mars 1998, qu'une étude pilote allait commencer dans 11 pays, offrant gratuitement du lait artificiel infantile à 30 000 nouveau-nés dont les mères n'avaient pas les moyens d'en financer l'achat. Aucune preuve ne fut avancée que les mères pouvaient utiliser ce lait dans de bonnes conditions de sécurité et d'ailleurs, l'étude pilote n'a jamais évalué le devenir des nourrissons en termes de santé ! Elle se penchait uniquement sur les problèmes logistiques en partant du principe que c'est une bonne chose à faire.
- 2) Un bilan de la littérature officielle qui a été commandité par le premier auteur de l'une des seules études à avoir jamais trouvé que l'alimentation artificielle dès la naissance augmentait la survie sans VIH.
- 3) Un ensemble de directives de l'OMS qui a été rédigé sur la manière de mettre en place cette nouvelle stratégie. Dans les années qui ont suivi, elles ont été étayées par du matériel pédagogique et des cours détaillés. En partant du principe que tous ceux qui les utiliseraient ne le feraient qu'après avoir suivi une formation existante de conseil à l'allaitement de l'OMS sur 5 jours, le nouveau cours se concentrant principalement sur la manière d'alimenter les bébés artificiellement et sans risques dans un contexte défavorisé.

À partir de 2000, une révolution discrète a commencé à se tramer en coulisses. En fait, les personnels de l'UNICEF exprimaient leur consternation en constatant le mal qui était fait dans la mise en œuvre de la nouvelle stratégie. L'OMS a à nouveau convoqué une réunion

... est trop précoce d'arrêter l'allaitement à 6 mois, et que cela résulte en une augmentation des taux de morbidité grave, de malnutrition et parfois de mort, ce qui vient annuler tous les bénéfices de la réduction des taux de transmission du HIV. ...

d'experts de l'OMS qui ont modifié la stratégie en appelant (entre autres choses) à ce que le lait maternel ne soit remplacé que dans des situations où cela soit « acceptable, faisable, abordable, durable et sans risques ». En 2003, ce sont les directives de l'OMS qui ont été modifiées en conséquence.

Mais en 2002, l'UNICEF changeait de refrain. Après avoir ignoré le plaidoyer et les efforts de WABA, l'UNICEF a commencé à dire qu'elle partageait le point de vue de WABA sur la question et elle accepta un colloque sur le VIH et l'alimentation infantile, avec l'intention de rassembler

les communautés du VIH et de l'allaitement autour d'une table dans l'objectif de dialoguer de manière ouverte. Ce colloque a bien eu lieu à Arusha (en Tanzanie, Afrique de l'Est) en septembre 2002, et le compte rendu des débats est accessible à cette adresse : <http://www.waba.org.my/whatwedo/hiv/colloquium/programme.html> À ce moment-là, l'UNICEF avait également décidé d'arrêter de distribuer du lait artificiel gratuit dans les pays aux mères atteintes par le VIH et en publiant à l'attention de ses agences partenaires une déclaration, pour expliquer cette décision qui fut controversée à l'époque.

Entre temps, les études scientifiques commençaient à être enfin entendues. Publiées dès 1998, plusieurs études montraient que l'allaitement exclusif réduisait considérablement la transmission postnatale en comparaison avec des schémas alimentaires plus répandus dans lesquels on introduisait toutes sortes de solides et de liquides malsains peu après la naissance. (Quelque temps auparavant, un « expert » de l'OMS avait même violemment attaqué un membre du bureau de l'UNICEF parce qu'il était d'accord avec moi sur le fait que l'allaitement exclusif semblait réduire considérablement la transmission postnatale.)

Bizarrement, le principal impact de tout cela a été une sorte de frénésie de négativité envers « l'alimentation mixte », un terme d'ailleurs utilisé d'une manière qui prête à confusion pour décrire allaitement + alimentation artificielle ; et maintenant utilisé pour décrire n'importe quel schéma avec allaitement prédominant ou partiel, en dépit du fait qu'ils peuvent avoir des impacts très différents. La plupart des pays pauvres ont donc défini une stratégie (qui a toujours cours) appelant les mères atteintes par le VIH et ayant de faibles revenus à allaiter exclusivement six mois, puis à arrêter rapidement l'allaitement de façon à éviter les dangers de l'alimentation mixte, alors qu'il semblerait probable (bien que ça ne soit pas prouvé) que les taux de transmission du VIH chez les bébés



allaités de 6 mois qui mangent des solides soient plus faibles que chez des bébés plus jeunes et partiellement allaités.

Les recherches des dernières années suggèrent que dans de nombreuses situations il est trop précoce d'arrêter l'allaitement à 6 mois, et que cela résulte en une augmentation des taux de morbidité grave, de malnutrition et parfois de mort, ce qui vient annuler tous les bénéfices de la réduction des taux de transmission du HIV. Et en se basant sur cela, l'OMS a convoqué une nouvelle consultation d'experts en 2006 qui a donné lieu à de nouvelles directives (bien que les directives officielles de l'OMS n'aient pas encore été modifiées ; les matériels pédagogiques et le contenu des cours non plus). Même à 6 mois, l'allaitement doit être poursuivi jusqu'au sevrage à un moment où cela soit « acceptable, faisable, abordable, durable et sans risques ». Il n'y avait donc pas de raison pour arrêter avant 6 mois. Et lorsque l'on faisait un test VIH aux nourrissons, un résultat négatif n'avait pas d'implications sur la façon dont l'enfant devait être alimenté. Et un test positif signifiait qu'il n'y avait pas de raison pour arrêter l'allaitement à un moment particulier.

Il est presque certain maintenant que le fait de traiter avec un antirétroviral (ARV) des mères atteintes par le VIH, et dont le système immunitaire est endommagé (faible taux de CD4), réduit de moitié, voire plus, les taux de transmission postnatale du VIH. Ceci suggère que dans des situations où les tests et les traitements sont aisément disponibles, l'allaitement devrait être pratiqué par toutes les mères (sauf éventuellement celles qui sont vraiment aisées et qui ont accès à des soins de haute qualité). Quoi qu'il en soit, cette façon d'aborder la question n'est reflétée dans aucune directive officielle que je connaisse.

Plusieurs études suggèrent que le fait de traiter toutes les mères allaitantes par ARV (ou tous les nourrissons) confère de tels niveaux de protection que les taux de transmission mère-enfant commencent à approcher ceux obtenus en l'absence d'allaitement. Quoi qu'il en soit, l'OMS ne considère pas ces données comme adéquates pour pouvoir recommander une approche plus que l'autre. Attendez d'avoir l'avis d'une réunion d'experts qui se pencheront sur ces données d'ici un an ou deux.

Et pour revenir à nos pauvres conseillers qui ont entendu tout et son contraire : oui, non, peut-être ? Et puis comment peut-on mettre en pratique une alimentation au biberon qui soit « acceptable, faisable, abordable, durable et sans risques » exactement ? Tout en travaillant au Programme pour des Technologies Appropriées en Santé (PATH : Program for Appropriate Technology in Health), des collègues et moi-même avons développé des algorithmes qui permettent aux conseillers d'envisager les différentes composantes d'une alimentation au biberon qui soit « acceptable, faisable, abordable, durable et sans risques » en abordant les implications dans la vie réelle (comme par exemple le coût local des diverses nourritures de substitution). Je les ai présentés à une consultation d'experts de l'OMS en 2006, mais ils ont été rejetés comme étant trop complexes et ressemblant trop à un arbre d'aide à la décision... Hum... Mais la réalité à laquelle les conseillers sont confrontés, elle est simple peut-être ??? (Que les conseillers disent ce qu'il faut faire aux mères, c'est monnaie courante de toute façon, mais les algorithmes étaient clairs, dans la mesure où leur objectif était d'aider le conseiller à aider la mère à prendre sa propre décision). Ils sont disponibles à l'adresse suivante sur mon site internet : <http://global-breastfeeding.org/2006/11/14/algorithms-to-assist-in-counseling-on-whether-it-is-affordable-for-an-hiv-mother-to-stop-breastfeeding/>

Ted Greiner, PhD

Docteur et professeur en nutrition, Université de Hanyang,
Séoul, Corée du Sud

Courriel : tedgreiner@yahoo.com

<http://www.global-breastfeeding.org>

http://twitter.com/_breastfeeding

Note de la traductrice : * Iatrogène : « Se dit d'un trouble, d'une maladie provoqués par un acte médical ou par les médicaments, même en l'absence d'erreur du médecin ». Petit Larousse 2000.

Traduction : Herrade Hemmerdinger, Montpellier France : herrade.perle@gmail.com