

Prévention de l'infection VIH

Les "laits pour nourrissons" : marchandise ou médicament ?

Alice Desclaux

"Préparations pour nourrissons", "laits pour nourrissons", "substituts du lait maternel", autrefois "aliments lactés diététiques 1^{er} âge" : la complexité du lexique introduit d'emblée l'ambivalence de ces produits pour celui qui tente de les qualifier. Par précaution de langage nous utiliserons "Substituts du Lait Maternel" et l'abréviation SLM. L'histoire sociale de ces produits et les significations qu'ils ont acquises au cours des dernières décennies expliquent probablement en grande partie le fait qu'ils soient aujourd'hui l'objet d'un hiatus dans le domaine de la santé publique : c'est ce qui est exposé dans cet article.

Allaitement exclusif, mais sevrage rapide : risques et bénéfices

Depuis 1992, on connaît les taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant par l'allaitement, compris dans les pays du Sud entre 14 et 26% (1). Entre le tiers et la moitié des transmissions de la mère à l'enfant en Afrique sont liées à l'allaitement : chaque année, des centaines de milliers d'enfants sont contaminés par cette voie.

La seule mesure préventive qui garantisse le risque zéro en matière de transmission du VIH

est l'alimentation du nourrisson par des SLM, dont l'utilisation comporte par ailleurs un risque infectieux là où l'eau n'est pas potable et la stérilisation des ustensiles et de l'eau est difficiles, ainsi qu'un risque nutritionnel en cas notamment de surdilution des SLM (pour des motifs économiques par exemple). La pratique de l'allaitement exclusif avec un sevrage rapide à six mois permet de réduire le risque VIH sans toutefois l'annuler, et assure un apport nutritionnel optimal doublé d'avantages sur le plan immunologique.

Alternatives à l'allaitement maternel

Depuis 1998, les recommandations internationales invitent les programmes de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) à proposer aux femmes de choisir, après les avoir informées des avantages et des inconvénients respectifs des options disponibles localement, et à les aider dans leurs choix (2). Ces programmes et des projets-pilotes ont montré que, même dans des contextes sanitaires précaires, les femmes bien informées et bien suivies pouvaient, à certaines conditions, mener à bien l'alimentation de leurs nourrissons aux SLM (3). Ils ont aussi montré que, là où elles en ont la possibilité, les femmes séropositives choisissent majoritairement les SLM car, selon elles, « aucune mère ne peut accepter de contaminer son enfant consciemment » (4).

En 2005, la situation est contrastée. Les obstacles à la faisabilité de l'alimentation des nourrissons aux SLM se sont révélés moins incontournables, les conseils à la mère en

matière d'alimentation du nourrisson se sont formalisés progressivement et sont prolongés par un suivi jusqu'à ce que le nourrisson passe à une alimentation diversifiée. Cependant même si l'expérience des nombreux enfants pris en charge par ces programmes a permis de dépasser certaines réticences, l'utilisation des SLM dans les programmes de PTME est très hétérogène. Les conditions d'obtention des SLM en sont, en grande partie, responsables.

Contraintes du cadre juridique

Dans les centaines de programmes de PTME conduits par des ONG, des associations locales, des ministères ou des organisations internationales, co-existent diverses stratégies d'approvisionnement : certains s'adressent aux fournisseurs internationaux, spécialisés dans le secteur "humanitaire", mais la plupart s'approvisionnent auprès de producteurs, de fournisseurs à l'étranger ou de grossistes locaux, voire de distributeurs en laits de marque, identiques à ceux disponibles pour le grand public. Le cadre juridique régissant la distribution des SLM conditionne les stratégies d'approvisionnement.

Le cadre juridique s'est construit pour répondre à la situation des années 1970, lorsque les stratégies des firmes multinationales dans les pays africains consistaient à utiliser les services de santé pour promouvoir les "laits maternisés" auprès des femmes, au détriment de l'allaitement maternel. L'Assemblée Mondiale de la Santé a adopté en 1981 un Code International de Commercialisation des Substituts du Lait

Maternel, qui définit les pratiques de diffusion et distribution des SLM appropriées (5). En 1996, les pays ont mis en place une législation nationale dans ce domaine (6). Le Code, renforcé par une résolution de l'Assemblée Mondiale de la santé de 1994 (WHA 47.5), restreint l'utilisation de SLM dans les services de soins publics en interdisant les dons de SLM aux familles et aux mères.

Des limites sociales à l'usage des substituts du lait maternel

Les limites ne concernent pas seulement la possibilité d'accès aux SLM. Les responsables de programmes PTME craignent aussi leurs effets sociaux, tels que la stigmatisation dont l'utilisation des SLM pourrait être le substrat. Des études auprès de populations où la majorité des mères allaitent leur enfant ont montré que l'entourage peut associer le fait d'utiliser des SLM à l'infection par le VIH, ou à une image de "mauvaise mère" négligeant son enfant. Les mères mettent en œuvre des stratégies pour éviter ce marquage (4), mais le risque de suspicion associé à l'utilisation de SLM spécifiques aux programmes PTME oriente les préférences. Certains préfèrent s'approvisionner en SLM de marques connues pour éviter que les mères ne soient questionnées sur l'origine de leurs SLM ; d'autres proposent aux mères de reconditionner leurs SLM dans des boîtes de marques courantes. D'autres jouent sur la légitimité médicale de la prescription. Le choix d'une stratégie d'approvisionnement et de distribution des SLM est un dilemme. Orienter

les femmes vers les produits couramment disponibles en pharmacie les protège contre une possible stigmatisation, mais les expose aux stratégies commerciales des firmes qui ne respectent pas les codes internationaux (7,8). Opter pour un système d'approvisionnement spécifique et une fourniture subventionnée suppose la mise en place de ce dispositif, avec les contraintes du cadre juridique.

Accès aux substituts du lait maternel : un problème de santé publique

Dans certains pays où les programmes ne fournissent pas la totalité des SLM nécessaires, des femmes n'ayant pas les moyens de les acheter pratiquent un allaitement mixte, et soumettent alors leur enfant à la situation où le risque de transmission du VIH est maximal. Des familles, après avoir épuisé leurs ressources avec l'achat de quelques boîtes de SLM de marque connue en pharmacie, se tournent vers le marché pour se procurer un lait en poudre inapproprié à l'alimentation des nourrissons, que les soignants ne leur ont pas appris à reconnaître (9). Toutes ces observations sont en faveur d'une "médicalisation" de l'usage des SLM, incluant notamment l'information des mères.

L'accès aux SLM pour les enfants de mères séropositives n'a pas été considéré comme un enjeu majeur ni comme un thème de plaidoyer dans le monde associatif et scientifique du VIH/sida. Ceci peut paraître paradoxal, car l'efficacité du plaidoyer, combinée à l'ouverture des marchés à la concurrence des génériques, a permis de réduire drastiquement

le coût des médicaments antirétroviraux au Sud. Ceci laisserait penser qu'une mobilisation similaire des acteurs aurait permis d'obtenir des avancées concernant le coût des SLM. C'est probablement dans l'histoire sociale des SLM et dans leur perception actuelle qu'il faut rechercher l'origine de cette absence de mobilisation (10). Très fortement connotés comme des marchandises dont la diffusion commerciale au Sud n'a pu être limitée que par un combat initié par la société civile au cours des années 1980 et relayé notamment par l'UNICEF, les SLM apparaissent difficilement comme des produits de santé. Les interventions en faveur de l'accès aux SLM peuvent être suspectées d'être des manœuvres des firmes multinationales pour étendre leur marché. Au-delà, la représentation des SLM dans la catégorie de l'artificiel et de l'industriel par opposition à l'allaitement maternel qui est perçu comme naturel et bénéfique, entretenue par les campagnes de promotion de l'allaitement maternel dans le cadre de l'Initiative "Hôpitaux Amis des Bébé", a créé dans les structures de soins un contexte très défavorable à leur utilisation, même dans les cas où une alimentation aux SLM apparaît comme la meilleure ou la seule solution (4).

Le hiatus peut donc être décrit dans les termes suivants : lorsqu'ils sont utilisés par les femmes séropositives, les SLM peuvent être considérés comme un "produit de santé" (au même titre que les préservatifs), ou comme un "médicament" prophylactique si l'on considère l'encadrement médical qu'ils nécessitent (dans le champ de la nutrition et des soins infantiles)

depuis leur prescription initiale jusqu'à la diversification de l'alimentation du jeune enfant. Ils représentent une mesure de prévention de la transmission du VIH acceptable (dans certains contextes et à condition d'être accompagnée de mesures) et efficace.

Or, ces produits sont très peu -ou pas du tout- accessibles pour des raisons juridiques, économiques, et liées au système de production et de distribution. Face à cette politique sanitaire qui suscite un questionnement éthique, la seule stratégie est peut-être de "médicaliser" la production, la distribution, la prescription et le suivi des SLM, en leur accordant le statut de médicament. Penser les SLM "dispensés pour raisons sanitaires" comme des médicaments permettrait peut-être d'y intéresser enfin les acteurs de l'accès aux traitements antirétroviraux - des associations aux centrales d'achats, en passant par les responsables de la lutte contre le sida.

Références

- 1-Dunn DT et al. "Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding" *Lancet* 1992 340 : 585-588.
- 2- OMS 1998 : "HIV and Infant Feeding : Guidelines for decision-makers" ; "A Guide for Health Care Manager and Supervisors" ; "A Review of HIV Transmission through Breastfeeding".
- 3- Koniz-Booher P et al. "HIV and infant feeding : a compilation of programmatic evidence". July 2004, Bethesda : UNICEF, USAID, URC.
- 4- Desclaux, Taverne B (eds) "Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest : de l'anthropologie à la santé publique" Karthala, Paris 2000.
- 5- OMS 1998 "Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel : étude des législations et autres mesures nationales adoptées (1981-1991) ".
- 6- OMS 1998 "Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel : synthèse des mesures prises par les Etats Membres de l'OMS et autres parties intéressées de 1994 à 1998".
- 7-"Violations et distorsions du Code 1998. Rapport mondial sur les violations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel" (OMS/UNICEF). IBFAN, Penang 1998.
- 8- Aguayo VM et al. "Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in west Africa : multisite cross sectional survey in Togo and Burkina Faso" *BMJ* 2003 ; 326 : 127-133.
- 9- Desclaux A. "Lorsque la mère disparaît. Famille élargie, institutions et laits de substitution". In : Desclaux A., Taverne B. (eds.) "Allaitement et VIH en Afrique de l'ouest. De l'anthropologie à la santé publique" Karthala, Paris 2000 : 269-294.
- 10- Desclaux A. "Transmission par l'allaitement : la prévention par les substituts du lait maternel négligée" *Transcriptases ANRS Informations*, Numéro spécial Bangkok, automne 2004 : 33-35.