

Alimentation des bébés nés de mère séropositive : du nouveau au Sud

Depuis la découverte de la transmission du VIH par le lait maternel, les mères des pays développés nourrissent systématiquement leurs bébés au biberon.

Au Sud, où l'allaitement maternel est encore la règle, la question d'une alimentation « sécurisée » se heurte à de nombreux obstacles matériels, sociaux et parfois idéologiques. La possibilité de traiter la mère et le nourrisson avec des antirétroviraux pendant la période d'allaitement vient bouleverser la donne.

« L'accès aux ARV introduit un nouveau paradigme qui réconcilie tout le monde et apporte des options prometteuses, mais qu'il convient encore d'évaluer », estime Valériane Leroy, épidémiologiste et chercheuse à l'Inserm U897, à l'Institut de santé publique, épidémiologie et développement (ISPED)¹. Son équipe avait conduit le projet ANRS « Ditrane Plus » en Côte d'Ivoire entre 2001 et 2005. Il s'agissait de comparer l'allaitement artificiel avec un allaitement maternel exclusif avec sevrage précoce au 4^e mois de l'enfant. « Plus la durée d'allaitement est longue, plus le risque cumulé de transmission du VIH est important », précise le médecin.

Recommandations. Plusieurs études ayant montré une réduction de la contamination en cas d'allaitement maternel court, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Unicef ont recommandé, dans les pays du Sud, l'allaitement au sein exclusif durant les six premiers mois, « à moins que l'alimentation de substitution soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable plus tôt pour elle et son enfant ». Recommandations toujours en vigueur à l'heure actuelle. « On s'est intéressé à des pratiques d'allaitement les moins dangereuses possibles. Mais on ne peut pas prétendre que l'allaitement maternel exclusif, sans ARV, est du même niveau que l'allaitement artificiel. C'est un pis-aller, s'insurge Philippe Msellati, directeur de recherches à l'Institut de recherche pour le développement (IRD). Le risque de contamination est lourd à gérer pour les femmes. Certaines mères décrivent bien qu'à chaque fois qu'elles donnent le sein, elles pensent qu'elles sont peut-être en train de transmettre le virus à leur bébé. » Valériane Leroy abonde dans ce sens : « L'option la plus efficace est

l'allaitement artificiel. Et le problème est réglé, comme dans les pays du Nord. Le pari de Ditrane Plus était aussi de montrer que si l'accès à l'eau potable existe, si on informe les femmes, si on respecte leur choix, si on les éduque à la préparation des biberons et si on suit les mères et les bébés, il est possible, en Afrique, de pratiquer un allaitement artificiel dans des conditions sûres pour l'enfant. »

Obstacles au biberon. Pourquoi, alors, n'a-t-on pas davantage promu l'alimentation au biberon auprès des mères africaines séropositives ? Philippe Msellati livre une partie de l'explication. « L'allaitement est chargé de valeurs. Dans les années 70 à 80, il y a eu un combat contre les excès des multinationales commercialisant le lait maternisé. Il est resté dans les mémoires qu'il fallait absolument se battre pour l'allaitement maternel, quelles que soient les conditions. »

Il est vrai que l'alimentation au biberon entraîne des risques dramatiques de surmortalité du nourrisson quand les conditions d'hygiène ne sont pas réunies. « Ce n'est pas envisageable dans les régions rurales », confirme Valériane Leroy. Le prix du lait maternisé est également un problème majeur pour des mères souvent très démunies (lire témoignage p. 31), même si les associations de lutte contre le sida en fournissent parfois. Un cheval de bataille pour Philippe Msellati : « Dans certains pays, les associations ont du stock une semaine et pas la suivante. C'est irresponsable de la part des organismes qui financent ces programmes. On s'est beaucoup battu sur les ARV, un peu sur les examens de laboratoire, mais, curieusement, personne ne se bat sur le prix du lait maternisé, qui peut pourtant exister sous forme générique. » Valériane Leroy renchérit : « Le coût induit par la pratique d'un allaitement artificiel dans de bonnes conditions n'est pas plus important que celui d'un traitement antirétroviral, mais c'est moins politiquement correct. »

¹ Valériane Leroy est également membre du comité technique « Grandir » de Sidaction.

Dernier obstacle, et non des moindres : le rejet social. En Afrique, une femme qui n'allait pas est considérée comme une mauvaise mère. Les femmes séropositives sont donc tiraillées entre les conseils médicaux et le rôle qui leur est dicté par la communauté. À cela s'ajoute un fort risque de stigmatisation. Le fait de donner le biberon, et même de sevrer son bébé après six mois d'allaitement au sein, provoque une suspicion de séropositivité au VIH dans l'entourage de la femme. Difficile pour celles qui ne souhaitent pas révéler leur statut. Tous ces éléments ne facilitent pas le choix des mères pour un mode d'alimentation plus sécurisé. Dans une étude récente², l'anthropologue Alice Desclaux s'est intéressée à l'évolution, depuis dix ans, des déterminants sociaux autour de l'allaitement dans le contexte du VIH. Point positif : l'acceptation et le soutien du conjoint, surtout lorsqu'il se sait lui-même séropositif, se sont améliorés, permettant à la mère d'assumer plus facilement une option d'alimentation du bébé différente de la norme. « *Mais la mère séropositive se trouve prise entre les discours parfois divergents des personnels soignants*, souligne la chercheuse. *C'est par exemple le cas lorsque des personnels des programmes de prévention de transmission de la mère à l'enfant (PTME) lui suggèrent le sevrage précoce, en contradiction avec les propos des personnels des services de santé maternelle et infantile, favorables à l'allaitement prolongé.* »

Allaitement protégé. Désormais, la possibilité de « protéger » l'allaitement maternel avec un traitement antirétroviral modifie radicalement l'approche de cette problématique, y compris dans ses aspects sociaux. « *L'allaitement protégé par les ARV permet d'une part de résoudre les questions de l'entourage et de la stigmatisation dans les premiers mois, d'autre part de réduire l'inquiétude majeure de la mère*

par rapport à la transmission du virus à son enfant », complète Alice Desclaux.

Esther (Ensemble pour une solidarité thérapeutique hospitalière en réseau) a d'ailleurs publié en novembre 2008 un document³ compilant les données actuellement disponibles sur cette pratique qui, selon ces experts, « *représente un réel espoir d'une réduction majeure du risque de transmission du virus de la mère à l'enfant* ». Les premières observations nécessitent néanmoins des études complémentaires. Plusieurs sont déjà en cours, en particulier l'essai multicentrique randomisé Kesho Bora, mené dans six villes africaines (Bobo Dioulasso, Nairobi, Mombasa, Kigali, Moshi et Durban) et dont les résultats sont attendus entre fin 2009 et début 2010.

En 2009, l'équipe de l'Inserm U897 à l'ISPED devrait également commencer une étude sur la transmission mère-enfant du VIH pendant l'allaitement avec ARV et sevrage précoce. « *Certains voudraient s'affranchir du sevrage précoce et continuer l'allaitement avec les ARV sur des périodes longues, mais il pourrait rester un risque résiduel de transmission* », insiste Valériane Leroy. Même si l'allaitement sous ARV ouvre de nouvelles voies, elle estime important de continuer à proposer d'autres solutions. « *Cela nécessite de l'information, un renforcement des structures, une formation du personnel de santé. L'objectif est de s'adapter au contexte des femmes et de leur proposer un panel d'interventions qui leur permette de faire un choix éclairé.* »

² Déterminants de la transmission mère-enfant du VIH par l'allaitement. Étude multidisciplinaire et multicentrique : aspects socioanthropologiques, essai ANRS 1271.

³ Vers un allaitement sécurisé pour les antirétroviraux ?, disponible sur le site www.esther.fr.

Avis d'experts : quel mode d'alimentation choisir pour son bébé ?

Les réponses de Philippe Msellati, directeur de recherche à l'IRD, qui travaille actuellement sur un essai de trithérapie chez l'enfant atteint par le VIH au Burkina Faso.

- Ma position est que l'allaitement artificiel (au biberon) est la meilleure solution si on s'en donne les moyens : soutien matériel et conseils à la mère, suivi de l'enfant.
- Si l'allaitement artificiel n'est pas possible dans de bonnes conditions, je conseillerais, en deuxième choix, l'allaitement protégé par des ARV, en n'étant pas encore convaincu de l'absence totale de toxicité.
- Ma 3^e option est l'allaitement maternel exclusif, avec un sevrage rapide et une diversification de l'alimentation à partir de 4 à 6 mois, pour réduire le risque de contamination et lutter contre la malnutrition. Au-delà de 6 mois, l'allaitement maternel n'est plus suffisant en apports caloriques. Il faut passer à des bouillies et du lait maternisé, car l'enfant a encore besoin de lait jusqu'à un an.
- Il y a un consensus pour dire que l'allaitement mixte (bébé allaité au sein avec un apport d'eau et d'autres aliments) est la pire des solutions. Un bébé nourri au sein possède une sorte de film protecteur d'anticorps au niveau de son tube digestif. Si l'on introduit autre chose que du lait maternel, les muqueuses digestives sont agressées : il se produit une inflammation qui induit un risque supplémentaire d'infection par le VIH, car le virus peut pénétrer plus facilement.



« Il est légitime de mettre en place l'allaitement protégé »

Responsable du département médical d'Esther, le Dr Gilles Raguin ne mâche pas ses mots à propos de la lenteur des instances internationales à se saisir de la problématique de l'allaitement protégé par les ARV.



Gilles Raguin, Virginie Traore (Côte d'Ivoire) et Arnaud Laurent (Esther).

© Esther

Pourquoi et pour qui avoir édité ce document en faveur de l'allaitement protégé ?

Il y a un vrai problème dans les pays du Sud : les enfants continuent à être massivement contaminés, alors qu'on connaît parfaitement les modes de transmission de la mère à l'enfant et les moyens de l'éviter. Nous sommes très en retard et même en échec grave pour le dépistage des femmes enceintes et leur traitement, et pour le diagnostic et le traitement des enfants : quand ils sont contaminés, 50 % d'entre eux décèdent dans les deux ans qui suivent leur naissance. Ce n'est pas normal d'avoir des indicateurs aussi mauvais, quasiment dix ans après le début de l'accès aux ARV et à la PTME dans les pays du Sud.

Les recommandations de l'OMS et de l'Unicef, actives depuis plusieurs années, ne sont pas efficaces. En décalage avec ces recommandations, des acteurs de terrain donnent depuis deux ans des ARV à la mère pour prévenir la transmission du VIH par le lait maternel. Et ils nous interpellent : « *Qu'en pensez-vous ? Doit-on continuer ?* » Nous sommes dans une situation absurde : des collègues ont commencé à le faire ; certains pays, comme la Côte d'Ivoire, ont même validé cette pratique au plan national et les institutions internationales, ayant vocation à éditer des recommandations, sont engluées dans des polémiques internes et ne produisent pas de document explicatif de référence. Nous pensons que l'OMS, comme souvent, a un retard important sur cette question et sur la

réalité de terrain. Il était nécessaire de prendre position par rapport à une pratique qui se répand un peu partout. Cet avis, très modéré et pesé, a été établi avec notre réseau d'experts. Nous pensons qu'en l'état actuel des connaissances, il est tout à fait légitime de mettre en place l'allaitement protégé, dans certaines conditions.

Pourquoi une telle frilosité du côté de l'OMS ?

En novembre 2008, quand les experts de l'OMS se sont réunis sur ce sujet, ils ne sont pas parvenus à un consensus. Ils représentent souvent un panel équilibré d'opinions, mais parfois ce n'est pas le cas.

Ils doivent prendre en compte les aspects scientifiques et de santé publique, et tout le monde peut comprendre un discours de prudence. Mais dans ces instances, il y a deux poids, deux mesures. Si l'on fait référence à la prise de position rapide de l'OMS sur la circoncision et son effet préventif, on ne peut pas dire qu'à l'époque ils aient eu beaucoup plus de données scientifiques que sur l'allaitement protégé, notamment sur la mise en œuvre de cette pratique en terme de santé publique.

Je trouve, et c'est un avis personnel qui n'engage pas Esther, que là, leur démarche est anormalement lente. Cette question de l'allaitement protégé est prise en otage par un débat qui continue à traîner au sein de la communauté scientifique, et à l'OMS, sur la pertinence et l'efficacité de diffuser très largement les ARV à toutes sortes de populations, dans toutes sortes de contextes.

Le lobby anti « ARV, CD4 et charge virale pour tous » reste extrêmement fort à l'OMS, même s'il s'est tu toutes ces années devant l'évidence. Et il existe, de temps en temps, des opportunités pour que ce lobby se manifeste, par exemple sur des arguments de « sécurité » afin de retarder l'accès aux ARV des mères qui allaitent.

On ne leur demande pas de dire : « *Allez-y, foncez, cela ne soulève aucune question.* » Mais ils pourraient faire ce que nous avons essayé d'accomplir : peser le pour et le contre, expliquer qu'il faut vérifier certains points afin de valider définitivement cette stratégie, notamment en matière de toxicité. Des études sont nécessaires, il faut les poursuivre, mais on ne va pas attendre des années pour mettre en place un procédé qui, globalement, à travers les premiers résultats publiés, ne pose pas de problème de fond majeur et a un effet spectaculaire dans la baisse de la transmission du VIH.

La réalité du terrain

Au Burkina Faso, l'association Revs+ conseille et suit les mères séropositives dans le choix d'alimentation de leur enfant.

« À partir du dernier trimestre de grossesse, on rencontre la femme pour qu'elle fasse le choix de l'alimentation qu'elle souhaite et on lui présente les avantages et les inconvénients des deux options, en tenant compte de sa situation personnelle. » Chargée du programme « Enfants » à Revs+, à Bobo Dioulasso, Bernadette Paré connaît bien les futures mères atteintes par le VIH et suivies par l'association. Pour cette ancienne institutrice, elle-même mère de trois enfants, il est primordial de bien informer ces femmes. « Je leur dis d'abord : "Si tu choisis de ne pas donner le sein à ton enfant, cela ne signifie pas que le risque de transmission est nul, car le bébé peut être contaminé dans ton ventre ou pendant l'accouchement." »

Le coût. Selon Bernadette Paré, le coût de l'allaitement artificiel est un véritable frein pour ces femmes. « Pour donner le biberon, il faut pouvoir acheter le lait et avoir accès à l'eau potable. Très peu de femmes utilisent de l'eau en bouteille : seules celles qui sont aisées le peuvent. Même l'eau du robinet est un luxe. La majorité des mères qui viennent à l'association n'ont pas de moyens ; elles vivent dans des zones non loties, où il n'y a qu'un puits. Elles peuvent acheter des seaux d'eau du robinet, mais pour stériliser, il faut aussi avoir un fourneau. » Revs+ fournit le lait en poudre, mais la mère doit être en mesure de compléter si besoin ou en cas de problèmes d'approvisionnement à l'association. Des conditions qui impliquent un minimum de ressources dans la famille.

L'autre option proposée par l'association est l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Cette notion d'exclusivité demande aussi une éducation des mères. « Elles ont l'habitude de "gaver" les bébés avec des racines qu'on fait bouillir, car elles ont peur qu'ils n'aient pas suffisamment d'apports avec le lait maternel. On leur explique qu'il faut donner uniquement le sein, rien d'autre, même pas d'eau, et que le lait de la maman contient de l'eau. » Après le sevrage, le bébé est nourri avec de la bouillie et du lait artificiel.

Les femmes enceintes suivies par Revs+ reçoivent toutes, pendant la grossesse, un traitement ARV, qu'elles continuent si elles choisissent d'allaiter.

La stigmatisation. « La plupart des mères choisissent l'allaitement maternel pour éviter la stigmatisation, reconnaît Bernadette. Ici, si une femme qui ne travaille pas



© DR

donne le biberon, on dit qu'elle est séropositive. » La pression sociale est importante. La militante raconte l'histoire d'une mère qui avait choisi l'allaitement artificiel. « Elle a failli craquer. Sa propre mère lui disait : "Tu as de gros seins, donc beaucoup de lait, tu dois le donner à ton enfant." Personne ne savait qu'elle était séropositive. Comme elle travaille, elle avait trouvé cette justification pour nourrir son bébé au biberon. Mais tout son entourage était sur son dos, elle n'en pouvait plus. Je l'ai encouragée à aller jusqu'au bout de son choix, elle a continué. Quand l'enfant a eu 18 mois, on a fait le test, il était négatif. Elle était très contente. »

Le soutien. Bernadette insiste donc sur le soutien des proches, en particulier du mari. « On essaie de le sensibiliser. Si le conjoint ne participe pas au choix, ce sera difficile pour la mère. Quand le mari est impliqué, il aide beaucoup la femme par rapport à la famille, aux voisins. Ils sont plus forts à deux pour résister. À quelqu'un qui va lui dire : "On ne comprend pas, on dirait que ta femme veut « faire la blanche », quel est ce comportement?", il répond qu'ils ont décidé ensemble. Parfois, il explique que son épouse a une maladie du sein qui l'empêche d'allaiter. »

Mais Bernadette souligne que l'option de l'allaitement maternel avec sevrage précoce n'est pas évidente pour autant. « Chez nous, les enfants sont allaités jusqu'à 2 ans. Si la femme fait un sevrage à 6 mois, les autres demandent pourquoi. Il faut que la mère soit préparée à cela, le conjoint aussi. De plus, c'est difficile pour une mère africaine de sevrer si tôt le bébé qu'elle a commencé à allaiter à la naissance. Ce n'est pas dans sa culture. Seule, elle n'y arrive pas, il faut l'accompagner. Alors on lui donne des rendez-vous, bien avant que le bébé ait 6 mois, pour la préparer psychologiquement au sevrage, progressivement. Si le conjoint est à ses côtés, cela marche. »