

IBFAN a 30 ans

« Les mouvements populaires... comme IBFAN, constituent un contre-pouvoir d'un potentiel sans équivalent. Ils se battent pour des valeurs, la protection des vulnérables, des jeunes enfants. Je sais que sans le travail d'IBFAN, l'OMS et l'UNICEF n'auraient pas eu la conviction suffisante pour proposer le Code de commercialisation des substituts du lait maternel à la communauté internationale. Sans le soutien populaire et sans la mobilisation publique qui a été si déterminante, ils n'auraient pas osé porter le Code jusqu'à son adoption. »

Le 12 octobre 2009, IBFAN a eu 30 ans, l'âge de la productivité et de l'efficacité. Cet anniversaire atteste aussi de la résistance d'un réseau qui a réussi à subsister et qui est aujourd'hui, parmi les mouvements internationaux voués à une cause unique, le plus ancien à tenir ses principes et ses objectifs. En 1979, ses fondateurs n'auraient pas imaginé atteindre cet anniversaire. Après tout, le but d'IBFAN était très simple : protéger l'allaitement maternel de la compétition commerciale inéquitable. Une fois le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* adopté en 1981, les fondateurs pensaient que la suite serait simple et que le réseau se dissoudrait ou se mobiliserait autour d'un autre problème important.

Pendant ses premières années, le réseau s'est presque exclusivement consacré à la rédaction du Code à Genève. IBFAN allait-il réussir à faire suffisamment pression sur l'OMS et l'UNICEF pour qu'ils proposent un texte « incisif » ? Le réseau allait-il réussir à convaincre tous les pays de soutenir ce Code, de résister au lobbying de l'industrie et de voter massivement en faveur de l'adoption du texte ? Les millions de défenseurs du boycott de Nestlé allaient-ils arrêter leur campagne une fois le Code adopté ? Et le réseau, peu structuré, allait-il résister à la stratégie de plus en plus habile d'une industrie représentant plusieurs millions de dollars qui cherchait à diviser en semant le trouble ?

La vie du réseau n'a jamais été facile. Les crises ont semblé se succéder. Mais au gré des victoires, IBFAN a affirmé son identité et a pu se concentrer sur le suivi et le soutien de la mise en application du Code dans 196 pays du monde.

Parti de six groupes en 1979, le réseau a commencé à se régionaliser et s'est développé en quelque 200 groupes affiliés dans plus de 95 pays. La lutte qui s'était concentrée à Genève autour de la rédaction et de l'adoption du Code s'est diffusée aux quatre coins du globe où des bureaux régionaux soutiennent maintenant des groupes nationaux pour examiner les pratiques commerciales et inciter les gouvernements à adopter et à mettre en œuvre des législations nationales inspirées du Code.

Cela dit, Genève et l'Assemblée mondiale de la Santé sont restées importantes pour IBFAN. Par exemple, le réseau a dû faire plus de sept ans de lobbying pour aboutir à une résolution définitive sur l'interdiction des « fournitures gratuites ». Auparavant, bien des promesses avaient été faites mais les entreprises commerciales, dont le marketing dépendait beaucoup du bon vouloir des hôpitaux prêts ou non à accepter des envois « généreux » de laits pour bébés, faisaient pression sur les gouvernements et les experts pour qu'ils minimisent le problème. Il a fallu tout autant d'années pour déterminer la durée optimale de l'allaitement maternel – 6 mois d'allaitement exclusif, et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus – et donc pour poser des limites claires à la promotion des produits destinés aux bébés de moins de 6 mois.

Ainsi, contre toute attente, à l'âge de 30 ans, IBFAN se trouve toujours en plein cœur de la lutte contre les pratiques non-éthiques des fabricants de lait artificiel et de biberons. Il est réconfortant de penser que, sans IBFAN, des millions de bébés n'auraient pas survécu à leur utilisation et que des millions de mères auraient renoncé à allaiter. Sans IBFAN, il est certain que le monde ne compterait pas 63 pays dotés de lois strictes pour protéger l'allaitement maternel. A cause d'IBFAN, des dizaines de multinationales doivent en permanence se tenir sur leur garde ; elles sont observées par des membres d'IBFAN qui surveillent l'application du Code et sont prêts à les dénoncer lorsqu'elles ne tiennent pas leurs engagements. Bel exploit pour un réseau qui n'était au départ qu'un petit groupe de militants dévoués.

L'avenir a toujours été incertain pour IBFAN. Avec la raréfaction des financements et la menace des partenariats public-privé, les obstacles sont différents aujourd'hui - plus complexes et aussi plus difficiles. Le réseau fait son bilan, se réorganise, reprend du souffle... Mais nous sommes certains que l'engagement va encore l'emporter là où l'argent n'a pas réussi à le faire.

¹ Rédactrice en chef invitée : Annelies Allain, Centre de documentation sur le Code international, Penang, Malaisie.

² Tarzie Vittachi, Directeur exécutif adjoint de l'UNICEF, lors d'une communication devant le 11e Congrès mondial de l'Organisation internationale des unions de consommateurs en décembre 1984.

Code international

Barennes H, Andriatahina T, Lathphasavang V, Anderson M, Srour LM. Misperceptions and misuse of Bear Brand coffee creamer as infant food: national cross sectional survey of consumers and paediatricians in Laos. *BMJ* 2008;337:a1379

Au Laos, une marque populaire de crème à café était commercialisée avec une illustration montrant une maman ours tenant un ourson comme si elle l'allaitait. En tête de liste des ingrédients de cette crème à café on trouve du sucre, et l'apport calorique du produit provient à 3,6% de protéines et à 27,3% de matières grasses. Pour les laits artificiels, la composition recommandée est de 7,2 à 12,0% pour les protéines et de 40 à 54% pour les matières grasses. Au Laos, cette crème à café est vendue dans de nombreuses boutiques au bord des routes de campagne. L'entreprise utilise le même logo « Bear Brand » pour son lait de vache stérilisé en boîte et pour ses laits artificiels pour bébés de 6 mois et plus. Sur la boîte, un avertissement écrit en anglais, en thaï et en lao indique : « Ce produit ne doit pas être utilisé comme substitut du lait maternel ». La boîte comporte aussi l'image d'un biberon barré d'une croix. Menée auprès de 1'098 adultes, une enquête a exploré l'utilisation de ce produit comme aliment pour bébé et l'impact du logo ; 96% des personnes croyaient que la boîte contenait du lait ; 46% croyaient que le logo « Bear Brand » indiquait que le produit était conçu comme aliment pour bébés ou pour remplacer le lait maternel ; 80% n'avaient pas lu l'avertissement sur la boîte ; plus de 18% ont déclaré avoir donné ce produit à leur bébé à l'âge de 4,7 mois en moyenne (intervalle de confiance à 95% entre 4,1 et 5,3 mois). Les auteurs de l'enquête en ont conclu qu'au Laos, la crème à café « Bear Brand » était utilisée comme substitut du lait maternel. Le logo influençait la perception du produit, laquelle était en contradiction avec l'avertissement écrit. L'utilisation de ce logo pour une crème à café trompait la population locale et créait un risque pour la santé des bébés.

Salasibew M, Kiani A, Faragher B, Garner P. Awareness and reported violations of the WHO International Code and Pakistan's national breastfeeding legislation: a descriptive cross-sectional survey. *International Breastfeeding Journal* 2008;3:24

En 2002, la législation nationale pakistanaise a adopté le Code international pour freiner la promotion de l'alimentation des bébés au lait artificiel. Cet article avait pour but d'évaluer la connaissance de cette loi par les professionnels de santé dans les hôpitaux publics urbains et de décrire les cas de violation du Code rapportés par ces personnes, y compris les cas de distribution d'échantillons gratuits, de cadeaux et de parrainage. De juillet à août 2006, des entretiens dirigés ont été menés dans 12 hôpitaux publics urbains à Islamabad, Rawalpindi et Peshawar avec le personnel de santé comprenant des pédiatres, des obstétriciens, des infirmiers, des internes, des sage-femmes et des visiteuses d'hôpital. Sur les 427 professionnels de santé interrogés, la majorité d'entre eux ne connaissait pas la loi nationale sur l'allaitement maternel (70%) ou le Code (80%). Les pédiatres et le personnel travaillant depuis 10 ans au moins avaient une probabilité de 2,5 à 7 fois plus élevée de connaître la loi. Plus de 38% des personnes interrogées avaient reçu de petits cadeaux comme des stylos, des crayons à mine et des calendriers ; 12% avaient reçu un soutien financier pour participer à une formation ou à une conférence ; et 16% avaient reçu des échantillons gratuits de lait artificiel donnés par les fabricants de lait. La probabilité la plus forte de déclarer les cadeaux

et les échantillons gratuits venait des membres du personnel qui connaissaient la loi. Les auteurs en ont conclu que la majorité des professionnels de santé ne connaissait pas la législation nationale en matière de protection de l'allaitement maternel et que les fabricants de lait artificiel continuaient à faire fi de l'interdiction des cadeaux, des échantillons et du parrainage auprès du personnel de santé.

Parrilla Rodriguez AM, Gorrin Peralta JJ. Formula labeling violations to the WHO Code: a quantitative and qualitative analysis. *PR Health Sci J* 2008;27:49-53

Selon le Code international, les étiquettes doivent comporter des mentions correctes et claires car elles représentent souvent le seul moyen pour les consommateurs d'obtenir des informations vitales en matière de contenu et d'utilisation du produit. Cette étude visait à déterminer s'il existait à Puerto Rico des cas de violation de l'Article 9 du Code en matière d'étiquetage des laits artificiels. Une évaluation quantitative et qualitative a été menée sur 34 étiquettes de laits artificiels représentant 77% des étiquettes de laits artificiels des quatre sociétés qui commercialisent ces laits sur l'île. L'étude a utilisé l'instrument standard de suivi d'IBFAN qui comprend 14 critères d'identification des violations. Il s'est avéré que toutes les étiquettes violaient au moins l'une des dispositions du Code. Parmi les violations les plus frappantes : 73,5% des étiquettes ne comportaient pas de mention affirmant que « le lait maternel constitue la meilleure alimentation », pas plus que d'avertissement disant que le produit ne devait être utilisé que sur les conseils d'un professionnel de santé. Aucune étiquette n'était rédigée en espagnol, la langue locale. Sur 97% des échantillons, on trouvait un texte idéalisant l'utilisation du lait artificiel ou décourageant l'allaitement maternel ; le même pourcentage d'étiquettes présentait une photo ou une image idéalisant l'utilisation du lait artificiel.

Les auteurs ont conclu qu'il était essentiel à Puerto Rico de préparer une législation inspirée du Code afin de régler des pratiques de commercialisation inconsiderées et les effets néfastes qu'elles ont à la fois sur la santé des enfants et sur les pratiques d'allaitement maternel.

Sokol E, Clark D, Aguayo VM. Protecting breastfeeding in West and Central Africa: over 25 years of implementation of the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes. *Food and Nutrition Bulletin* 2008;29:159-62

Cet article décrit les progrès, les défis et les apports de la mise en application du Code international dans 24 pays d'Afrique centrale et de l'Ouest. Les données ont été recueillies par une revue de la littérature et par des entretiens avec des personnes-clé. Dans douze de ces pays, des lois, des décrets et réglementations mettent en application toutes ou la plupart des dispositions du Code ; dans six pays, un projet de loi ou un décret est en attente d'approbation du gouvernement ou les modalités d'application du Code sont en cours d'étude par une commission gouvernementale ; dans trois pays, un instrument légal met en œuvre quelques dispositions du Code ; et dans trois pays, aucune action n'a encore été entamée pour la mise en application du Code. Les déclarations et les initiatives internationales concernant l'alimentation infantile et la survie des enfants ont créé une dynamique pour la mise en application du Code au niveau national. Plus de 25 ans après son adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé, le Code est toujours aussi important pour la survie et le développement des enfants en Afrique centrale et de l'Ouest. Les

priorités nationales concernant la nutrition et la survie des enfants doivent être accompagnées de réglementations nationales sur la commercialisation des substituts du lait maternel. Il est essentiel que le champ d'application soit clairement défini pour que la mise en application de la législation nationale soit efficace. Les professionnels de la santé ont un rôle essentiel à jouer – à la fois de moteur et de soutien - pour que la législation nationale soit acceptée et mise en œuvre. Leur formation est déterminante pour la mise en application du Code, laquelle nécessite des moyens et des compétences pour le suivi et la mise en œuvre du cadre législatif. Cette mise en œuvre doit s'inscrire dans une stratégie multidirectionnelle au service des objectifs nationaux en matière d'alimentation infantile et de survie des enfants.

Merewood A, Fonrose R, Singleton M, Grossman X, Navidi T, Cook JT, Pomale T. From Maine to Mississippi: hospital distribution of formula sample packs along the eastern seaboard. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2008;162:823-7

Les objectifs de cette étude étaient : 1) de déterminer la proportion d'hôpitaux distribuant des échantillons-cadeaux de lait artificiel dans 21 États de l'Est des États-Unis et le District de Columbia ; 2) d'explorer d'éventuels tendances ou synchronismes régionaux associés à l'arrêt de la distribution d'échantillons-cadeaux de lait artificiel ; et 3) de cataloguer dans deux États les cadeaux remis aux mères en plus ou au lieu d'échantillons de lait artificiel.

Les données ont été recueillies par téléphone entre 2006 et 2007 par des assistantes de recherche qui ont appelé 1'295 hôpitaux et mené des entretiens en suivant un scénario d'entretien. 94% des hôpitaux distribuaient des échantillons de lait artificiel. La proportion allait de 70% (New Hampshire) à 100% (New Jersey, Maryland, Mississippi, Virginie occidentale et Washington, DC). La proportion des hôpitaux ne distribuant pas d'échantillons a significativement progressé entre 1979 et 2006. La majorité des hôpitaux de l'Est des États-Unis distribuait encore des échantillons de lait artificiel aux mères à leur sortie de la maternité en contradiction avec les recommandations des grandes organisations médicales, mais cette pratique évolue de façon significative.

Rosenberg KD, Eastham CA, Kasenhagen LJ, Sandoval AP. Marketing infant formula through hospitals: the impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding. *Am J Public Health* 2008;98:290-5

Cette étude a utilisé des données de l'Oregon (États-Unis) extraites du Système de suivi de l'évaluation du risque lié à la grossesse (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) du Centre de contrôle et de prévention des maladies (Center for Disease Control and Prevention) pour déterminer si les pratiques d'allaitement maternel de 2'684 jeunes mères étaient influencées par la distribution d'échantillons gratuits de lait artificiel au moment de leur sortie de la maternité. Après avoir contrôlé l'âge de la mère, la race/ethnie, le niveau d'éducation et le revenu familial, il s'est avéré que les femmes ayant reçu des échantillons de lait artificiel avaient une probabilité 39% plus élevée (intervalle de confiance de 5-84%) d'allaiter leur bébé exclusivement pendant moins de 10 semaines que les femmes n'ayant pas reçu de tels échantillons. L'association entre la remise d'un colis-cadeau d'échantillons et une moindre durée de l'allaitement maternel exclusif était significative pour chacune des 10 semaines suivant l'accouchement, avec un maximum à environ 3 semaines. Portland (Oregon), est la première ville américaine où les hôpitaux ont ces-

se de distribuer des échantillons-cadeaux de lait artificiel à la sortie de maternité.

Les auteurs ont conclu que les colis-cadeaux donnés à la sortie de la maternité devraient être considérés sous un jour nouveau compte tenu des effets négatifs qu'ils ont sur l'allaitement maternel.

Revai K, Huston R. Hospital distribution of formula discharge bags: opinions of Texas pediatricians. *Breastfeeding Medicine* 2009;4:157-60

La distribution de colis-cadeaux financés par les fabricants de laits artificiels a été identifiée comme l'un des facteurs ayant des effets négatifs sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel. La Société de pédiatrie du Texas a fait une enquête d'opinion auprès de ses membres sur la distribution des colis-cadeaux financés par les producteurs de laits artificiels. Sur les 1'000 membres contactés, seuls 176 ont répondu. Parmi ces derniers, 55% étaient en faveur de l'élimination des colis-cadeaux pour les mères allaitantes, mais seulement 24% étaient pour l'adoption d'une législation interdisant leur distribution ; en revanche, 64% ont dit ne pas être en faveur d'une législation interdisant la distribution de colis-cadeaux contenant des échantillons de lait artificiel.

Plusieurs organisations travaillant dans des domaines liés à la santé ont reconnu que la distribution à la sortie de la maternité de colis-cadeaux financés par les fabricants de laits artificiels nuisait au succès de l'allaitement maternel, mais aucune organisation professionnelle n'a officiellement fait pression pour l'adoption d'une législation interdisant aux hôpitaux de distribuer de tels colis. Les organisations de base ont fait un travail important pour persuader les hôpitaux d'éliminer les colis financés par les fabricants de laits artificiels. Les médecins qui aimeraient mettre fin à la distribution de ces colis devraient collaborer avec leurs hôpitaux locaux pour trouver des solutions alternatives qui tiennent compte des intérêts des patients et des hôpitaux. Ces initiatives ont probablement de meilleures chances de succès que les actions en faveur d'une législation pour éliminer les colis-cadeaux financés par les fabricants de laits artificiels - du moins aux États-Unis.

Volpe Holmes A, Chin NP, Kaczorowski J, Howard CR. A barrier to exclusive breastfeeding for WIC enrollees: limited use of exclusive breastfeeding food package for mothers. *Breastfeeding Medicine* 2009;4:25-30

Dans les 2 semaines qui suivent la naissance, la majorité des paires mère-enfant américaines reçoivent du lait artificiel du « Programme spécial pour l'apport nutritionnel - femmes, bébés, enfants » (Programme WIC) au lieu de colis alimentaires plus complets prévus pour les mères qui allaitent exclusivement. Cette étude avait pour buts d'explorer les raisons pour lesquelles dans le Programme WIC on distribue à un si grand nombre de nourrissons des suppléments de lait artificiel et pourquoi si peu de colis complets sont donnés. Des entretiens en profondeur ont été menés auprès de 29 mères qui avaient partiellement ou exclusivement allaité pendant au moins 2 mois. Les résultats ont montré que les participantes avaient une perception contradictoire du Programme WIC - à la fois un grand soutien à l'allaitement maternel et un promoteur de lait artificiel. Le colis contenant une alimentation complète n'est pas très apprécié des mères contrairement à celui contenant du lait artificiel. Dans l'ensemble du système de santé, l'information sur l'allaitement maternel est mauvaise et l'allaitement maternel exclusif n'est pas considéré un objectif de santé important. Un accès insuffisant aux tire-lait, le fait que

tirer son lait au travail n'est pas acceptable, et la difficulté d'allaiter en public constitue autant d'incitations à utiliser des suppléments de lait artificiel. On a proposé que les utilisatrices du Programme WIC soient informées du caractère potentiellement nuisible du lait artificiel sur l'allaitement maternel. Dans les cas où le contenu des colis alimentaires serait révisé, on a proposé de faire davantage attention à ce que le colis alimentaire complet pour mères allaitant exclusivement soit plus agréable au goût, plus acceptable et plus utile.

Kaplan DL, Graff KM. Marketing breastfeeding: reversing corporate influence on infant feeding practices. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine* 2008; doi:10.1007/s11524-008-9279-6

Par le biais de différentes méthodes de commercialisation et de publicité, l'industrie du lait artificiel a contribué à maintenir les taux d'allaitement maternel à un bas niveau. À New York par exemple, bien que la majorité des mères commence par allaiter (85%), seule une minorité de bébés (25%) est encore allaité exclusivement à l'âge de 8 semaines. Cet article passe en revue les pratiques de l'industrie du lait artificiel et les effets de ces pratiques afin de trouver les moyens d'infléchir cette tendance.

Lorsque le lait artificiel a été introduit aux États-Unis à la fin des années 1860, les fabricants ont fait la publicité de leurs nouveaux produits directement auprès des consommatrices dans les magazines féminins. Les publicités montraient que le lait maternel ne suffisait pas aux bébés pour être nourris au mieux et atteindre le meilleur état de santé possible, et elles mettaient en avant la similitude de la composition chimique des laits artificiel et maternel. Comme encore de nos jours, les fabricants de lait artificiel attiraient de nouveaux consommateurs grâce à des échantillons gratuits et des informations sur l'alimentation infantile et les soins aux bébés. À la fin des années 1980, la majorité des fabricants de lait artificiel ont abandonné la publicité directe auprès du consommateur et ont utilisé le milieu médical comme principal intermédiaire publicitaire : les instructions dans les colis-cadeaux de lait artificiel proposaient aux mères de demander conseil à leur médecin sur l'alimentation au lait artificiel, garantissant ainsi un revenu régulier aux médecins. Les fabricants de lait artificiel s'assuraient également les bonnes grâces des médecins en soutenant des conférences scientifiques et des recherches sur la nutrition infantile. Les médecins conservaient leur rôle de conseillers incontestés en matière de santé et de nutrition infantiles alors même qu'ils incitaient leurs patientes à acheter du lait artificiel et agissaient en supports publicitaires dont la crédibilité n'avait pas d'égale. Outre les professions médicales, les politiques et programmes nationaux comme le Programme WIC sont devenus des outils de promotion du lait artificiel. Le Programme WIC, « Programme spécial pour l'apport nutritionnel - femmes, bébés, enfants » du Département américain de l'agriculture (USDA), achète plus de la moitié du lait artificiel consommé aux États-Unis et le fournit gratuitement aux mères inscrites au programme. Bien que l'allaitement maternel figure dans le mandat du Programme WIC, les fabricants de lait artificiel ont étendu leur influence sur l'ensemble du programme et en ont fait un médium publicitaire. Dans chaque État, un fabricant de lait artificiel accorde au Programme WIC d'importantes baisses de prix en échange du droit exclusif de distribuer sa marque de lait artificiel à toutes les personnes inscrites au Programme WIC de l'État. L'argent gagné sur les baisses de prix représente une partie importante du budget du program-

me WIC et il sert obligatoirement à étendre la couverture du programme, ce qui permet d'élargir encore la base d'acheteurs potentiels de lait artificiel. De nombreux États violent les restrictions du Service pour l'alimentation et la nutrition (Food and Nutrition Service) de l'USDA en autorisant les fabricants de lait artificiel à utiliser l'acronyme WIC, qui est une marque déposée, sur leurs imprimés promotionnels. Ces imprimés indiquent souvent que le produit est « Approuvé par le programme WIC » et/ou qu'il « Satisfait les normes du Programme WIC » - autant de mentions qui incitent à croire que le programme WIC soutient ces produits.

En conclusion, il existe aux États-Unis une préférence généralisée pour l'alimentation au lait artificiel plutôt que pour l'allaitement maternel ; cette préférence a été créée et renforcée par les politiques, programmes et pratiques qui viennent d'être décrits et qui ont une influence sur les prises de décision en matière d'alimentation infantile ; seuls des changements politiques – ainsi qu'une éducation des individus et des familles – permettront de rompre avec ces pratiques trompeuses en matière d'alimentation infantile.

Allaiter pourquoi ?

Effets d'une séparation temporaire à la naissance

Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Mukhamedrakhimov R, Uvnas-Moberg K, Widstrom AM. Early contact versus separation: effects on mother infant interaction one year later. *Birth* 2009;36:97-109

Dans de nombreuses régions du monde, y compris dans certaines régions de Russie, il arrive encore que la mère et le bébé soient séparés immédiatement après l'accouchement, une pratique qui s'accompagne souvent de l'emballage du bébé. Cette étude visait à évaluer et à comparer les possibles effets à long terme sur l'interaction mère-bébé de certaines pratiques dans les salles d'accouchement et les maternités - entre autres, la mise en contact proche et la séparation de la mère et du nourrisson. Un total de 176 paires mère-nourrisson a été réparti de façon aléatoire en quatre groupes expérimentaux. Dans le groupe 1, les nourrissons ont été placés dès leur naissance en contact direct - peau à peau - avec leur mère et sont restés dans sa chambre pendant toute la durée du séjour à la maternité ; dans le groupe 2, les bébés ont été habillés et placés dans les bras de leur mère à la naissance et sont restés dans la chambre de leur mère pendant le séjour à la maternité ; dans le groupe 3, les nourrissons ont été placés dans la pouponnière à la naissance et pendant tout le séjour à la maternité ; dans le groupe 4, les nourrissons ont été placés dans la pouponnière après leur naissance mais sont ensuite restés avec leur mère pendant le séjour à la maternité. Le même nombre de nourrissons a été soit emmaillotté soit habillé dans des vêtements de bébés. On a pris note des premiers épisodes de succion en salle d'accouchement. L'interaction mère-bébé a été filmée un an après la naissance des bébés. A ce moment, la comparaison des différents groupes a permis de noter que la pratique consistant à permettre le contact de peau à peau, la succion précoce ou les deux à la fois au cours des 2 heures suivant la naissance a eu des effets positifs sur la sensibilité maternelle, l'auto-régulation du bébé et l'interaction mère-bébé. L'effet négatif de la séparation de 2 heures au moment de la naissance n'a pas été compensé en plaçant le bébé dans la chambre de sa mère pendant le séjour à

la maternité. Ces résultats confirment l'hypothèse de l'existence d'une « période sensible » précoce au cours de laquelle le contact direct entre la mère et son bébé peut avoir un effet positif à long terme sur l'interaction mère-bébé. De plus, on a constaté que l'emballage du nourrisson diminuait à la fois l'aptitude des mères à réagir face à leur bébé, leur capacité à ressentir un engagement affectif positif pour lui, ainsi que, plus généralement, les interactions mère-enfant.

Virus d'immunodéficience humaine (VIH)

Becquet R, Bland R, Leroy V, Rollins NC, Ekouevi DK, Coutoukis A, Dabis F, Coovadia HM, Salamon R, Newell ML. Duration, pattern of breastfeeding and postnatal transmission of HIV: pooled analysis of individual data from West and South African cohorts. *PLoS One* 2009;4:e7397

Le déroulement et la durée de l'allaitement ont tous deux un lien avec la contamination au VIH mais, en ce qui concerne l'allaitement exclusif, nous n'avons pas à ce jour d'estimation fiable précise et quantifiée de la transmission postnatale à certains moments spécifiques. Cette information est nécessaire pour s'assurer que les messages donnés dans le cadre du conseil sur l'alimentation infantile sont corrects et appropriés. Pour explorer cette question, les auteurs ont mis en commun les données de deux études élaborées selon la même approche mais comportant deux différences fondamentales concernant l'alimentation infantile : un environnement ouest-africain urbain où l'on recommandait l'arrêt de l'allaitement maternel à 4 mois et où la majorité des mères n'allaitait pas exclusivement ; un environnement rural sud-africain où l'accent était mis sur la promotion d'un allaitement maternel plus sûr et où par conséquent, le taux d'allaitement maternel exclusif était élevé et la durée de l'allaitement maternel était beaucoup plus longue.

L'étude a inclus un total de 2'190 mères infectées par le VIH et 1'195 nourrissons allaités, séronégatifs à 30 jours ou plus. Les analyses individuelles des taux de transmission postnatale pour des durées spécifiques d'allaitement ont révélé des risques très similaires chez les enfants allaités exclusivement et de façon prédominante pendant la même période. Les enfants exposés à des aliments solides pendant les deux mois suivant la naissance avaient un risque 2,9 (1,1-8,0) fois supérieur d'être infectés dans la période postnatale que les enfants qui n'avaient pas été exposés à des aliments solides à cet âge.

Les auteurs ont conclu que, bien que la durée de l'allaitement maternel soit un déterminant majeur de la transmission postnatale du VIH, le risque de transmission ne variait pas selon que les enfants soient allaités exclusivement ou de façon prédominante ; l'effet négatif sur la transmission postnatale de l'allaitement maternel combiné à des aliments solides a été confirmé. En revanche, les résultats font penser que l'introduction de liquides à base d'eau ou de jus de fruits dans l'alimentation de bébés allaités exclusivement n'est pas forcément néfaste en termes de transmission du VIH.

Becquet R. Antiretroviral therapy among HIV-infected breastfeeding mothers: a promising strategy to prevent HIV transmission through breastmilk in Africa. *Future HIV Therapy* 2007;1:17-21

Kumwenda NI, Hoover DR, Mofenson LM, Thigpen MC, Kafu-lafula G, et al. Extended antiretroviral prophylaxis to reduce breast-milk HIV-1 transmission. *N Engl J Med* 2008;359:119-129

Six Week Extended-Dose Nevirapine (SWEN) Study Team. Extended-dose nevirapine to 6 weeks of age for infants to prevent HIV transmission via breastfeeding in Ethiopia, India, and Uganda: an analysis of three randomised controlled trials. *Lancet* 2008;372:300-313

L'administration de médicaments antirétroviraux à des bébés allaités comme moyen de prophylaxie suite à l'exposition est une stratégie intéressante pour réduire la transmission postnatale du VIH. Ceci, en particulier chez les bébés dont les mères se sont présentées tardivement dans leur grossesse. Il faudrait que cette intervention se maintienne pendant toute la durée de l'allaitement, et, dans l'idéal, qu'elle inclue des médicaments qui ne risquent pas d'être associés à des mutations de résistance virale compromettant les options de traitement ultérieur des enfants infectés par le VIH. Ces conclusions, ainsi que d'autres résultats similaires, ont été intégrées à une nouvelle consultation technique de l'OMS visant à étudier les recommandations en matière d'alimentation infantile pour les mères infectées au VIH ; cette consultation a eu lieu en octobre 2009 et ses résultats ont été publiés (http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241599535/en/index.html).

Allaiter comment ?

L'« allaitement biologique »

Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Human Development* 2008;84:441-9

En dépit des nombreuses sessions d'information qui leur sont proposées, 37% des mères britanniques qui commencent à allaiter arrêtent dans les 6 semaines, ce qui incite à penser que les stratégies actuelles de soutien à l'allaitement doivent être réévaluées. Beaucoup d'études se sont concentrées sur la recherche du sein par le bébé, la succion et la déglutition, mais on sait peu de choses sur le rôle des autres réflexes néonataux premiers dans la réussite de l'allaitement. Cette étude visait à décrire et à comparer les réflexes néonataux premiers observés au cours des tétées et à déterminer si certaines attitudes et positions désignées globalement sous le terme de « allaitement biologique », étaient liées à des réflexes déterminants dans la réussite de l'allaitement. L'étude a recruté 40 paires mère/bébé (nourrissons en bonne santé, nés à terme et allaités). On a filmé les tétées au cours du mois suivant la naissance, aussi bien à l'hôpital qu'à la maison. On a identifié et classé 20 réflexes premiers en quatre catégories (endogènes, moteurs, rythmiques, anti-gravité) et en deux groupes fonctionnels (trouver/prendre le sein, transférer le lait) qui stimulaient ou gênaient la tétée. Le nombre de réflexes néonataux premiers agissant comme stimulants était notablement supérieur lorsque les mères se tenaient en position semi-allongée plutôt que lorsqu'elles se tenaient droites ou s'allongeaient sur le

côté. Cette étude est la première à décrire l'interaction entre les positions semi-allongées des mères et les positions néonatales qui déclencheraient des comportements maternels instinctifs et des réflexes néonataux premiers stimulant l'allaitement. Traditionnellement, le nouveau-né humain a été considéré comme devant s'alimenter sur le dos, une pression devant être exercée le long de son dos. Des données visuelles irréfutables montrent ici que le nouveau-né aime manger sur l'abdomen et que, comme d'autres animaux, il montre des réflexes anti-gravité qui facilitent la prise du sein. Les résultats font penser que le déclenchement de l'allaitement est inné aussi bien pour la mère que pour le bébé – autrement dit, qu'il n'est pas acquis - ce qui remet en cause les conseils faits aux mères actuellement au cœur du soutien à l'allaitement.

Techniques d'allaitement

Kronborg H, Væth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth* 2009;36:34-42

Le but de cette étude était de voir s'il y avait un lien entre la technique d'allaitement ou l'utilisation d'une sucette et la durée de l'allaitement ou d'éventuels problèmes liés à l'allaitement. Les données ont été recueillies dans un groupe d'intervention d'un essai aléatoire au cours duquel des visiteuses à domicile suivaient les mères pendant les premiers 6 mois du bébé. Les visiteuses ont noté les techniques d'allaitement à environ une semaine après la naissance, et refaisaient une observation là où cela s'avérait nécessaire. L'efficacité de la technique était évaluée selon les critères de positionnement, de prise du sein, de succion et de transfert de lait. Les données concernant les problèmes d'allaitement et l'utilisation d'une sucette ont été obtenues par des questionnaires. La population étudiée se composait de 570 paires mère-bébé pour lesquelles on disposait d'informations complètes. Lors de la première observation, la technique de la moitié des mères était inefficace, le plus souvent à cause d'une mauvaise position (61%) ou d'une mauvaise succion (52%). Une association significative fut constatée entre une mauvaise technique et un problème précoce d'allaitement tel que déclaré par les mères, et qui influençait la durée de l'allaitement. L'utilisation d'une sucette avait un impact négatif indépendant sur la durée de l'allaitement. On n'a pas trouvé d'association entre le fait de corriger la technique d'allaitement et la durée de l'allaitement ou l'apparition de problèmes.

Dormir ensemble

Santos IS, Mota DM, Matijasevich A, Barros AJD, Barros FCF. Bed-sharing at 3 months and breastfeeding at 1 year in Southern Brazil. *J Pediatr* 2009;155:505-9

Pour étudier l'association entre le bébé dormant dans le lit de sa mère à 3 mois et l'allaitement à 12 mois, on a recruté dans une étude de cohorte la presque totalité (99%) des enfants nés en 2004 à Pelotas (Brésil). Des entretiens ont eu lieu avec les mères à la naissance de leur bébé, à 3 mois et à 12 mois, afin de recueillir des informations sur leurs caractéristiques socio-démographiques et reproductives, l'allaitement et le partage du lit avec le bébé. L'analyse a été limitée aux enfants unipares, allaités à 3 mois. Sur les 4'231 bébés nés vivants, 2'889 (68%) étaient encore allaités à 3

mois. 59% des enfants encore allaités à 12 mois dormaient avec leur mère à 3 mois contre 44% qui ne dormaient pas avec leur mère à cet âge. Parmi les enfants allaités exclusivement à 3 mois, 75% des enfants qui partageaient le lit de leur mère étaient encore allaités à 12 mois contre seulement 52% qui ne le partageaient pas à 3 mois.

« Comportement confiant »

Avery A, Zimmermann K, Underwood PW, Magnus JH. Confident commitment is a key factor for sustained breastfeeding. *Birth* 2009;36:141-8

Le but de cette étude était d'identifier chez les Américaines les processus menant à la décision d'allaiter ou non. On a d'abord recueilli des données de 24 regroupements basés dans trois grandes villes américaines et consistant en groupes distincts d'Afro-américaines et de Caucasiennes enceintes, et de mères allaitant ou n'allaitant pas leur bébé. Le processus associé à la réussite de l'allaitement a été nommé « comportement confiant ». Il comprend plusieurs éléments : a) confiance dans le processus de l'allaitement ; b) confiance dans sa propre capacité d'allaiter ; et c) la détermination à réussir l'allaitement malgré les obstacles. Contrairement à ce qu'affirment les croyances populaires, l'allaitement semble être une compétence acquise. Dans les cas où les mères avaient atteint un certain niveau de « comportement confiant » avant même la naissance de leur bébé, elles pouvaient surmonter les problèmes usuels qui apparaissaient avec la mise en route de l'allaitement et le manque de soutien. Sans cet élément de confiance, les mères revenaient sur leur décision d'allaiter dès l'apparition de difficultés et de problèmes.

Dépression post partum

Field T. Breastfeeding and antidepressants. *Infant Behav Dev* 2008;31:481-7

Alors que la littérature abonde sur les avantages de l'allaitement, cette revue montre que l'allaitement maternel est moins courant chez les mères souffrant de dépression postpartum, même si leur bébé profite de l'allaitement et même si elles bénéficient de nouveaux traitements antidépresseurs. Les mères déprimées n'allaitent pas en partie parce qu'elles craignent que les antidépresseurs aient des effets néfastes sur leur bébé. Bien qu'on n'ait pas détecté de concentrations de sertraline et de paroxétine dans les sérums prélevés sur les bébés, on a pu relever de la fluoxétine et du citalopram. Ces résultats ne sont pas définitifs car ils se basent sur un échantillon très réduit d'études non contrôlées. Comme dans la littérature sur les effets des antidépresseurs prénatals, la question reste de savoir quel est, du traitement antidépresseur ou de la dépression non traitée, celui qui a les effets néfastes les plus importants pour le bébé. Il est possible que les effets positifs de l'allaitement soient plus importants que ceux des antidépresseurs, aussi bien pour le bébé que pour la mère. De plus, certaines thérapies alternatives – comme la stimulation vagale ou la thérapie par le massage – se substituent ou atténuent les effets des antidépresseurs. D'autres études sont nécessaires pour déterminer la thérapie optimale pour la mère déprimée qui allaitait et pour le bébé allaité.

Blenning CE, Paladine H. An approach to the postpartum office visit. *Am Fam Physician* 2005;72:2443-4

Il se peut que pendant la période postpartum – les 6 semaines qui suivent l'accouchement – on note une augmentation des problèmes de santé physique et émotionnelle chez les jeunes mères. Une approche structurée des consultations postpartum devrait permettre de s'assurer que les problèmes et préoccupations propres à cette période sont abordés et pris en charge. La dépression postpartum peut entraîner une morbidité importante pour la mère et pour le bébé et des outils permettant de dépister la dépression postnatale peut aider à diagnostiquer les problèmes de santé liés à la dépression. Parmi les complications médicales courantes, on compte les saignements postpartum persistants, l'endométrite, l'incontinence urinaire et les troubles thyroïdiens. Parmi les autres problèmes, une perte de libido pouvant affecter le fonctionnement sexuel après l'accouchement. Les conseils en allaitement et en matière de comportement peuvent aider à prolonger la durée de l'allaitement.

Par ailleurs, les médecins devraient aussi discuter de contraception avec les patientes qui viennent d'accoucher, même avec celles qui allaitent ; les contraceptifs qui contiennent seulement de la progestine sont recommandés pour les mères qui allaitent. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle permet de contrôler les naissances mais elle n'est efficace que selon certains critères strictes.

Mastite

Delgado S, Arroyo R, Jiménez E, Fernandez L, Rodriguez JM. [Infectious mastitis during breastfeeding: an undervalued problem] (I). *Acta Pediatr Esp* 2009;67: 77-84

Jiménez E, Delgado S, Arroyo R, Fernandez L, Rodriguez JM. [Infectious mastitis during breastfeeding: an undervalued problem] (II). *Acta Pediatr Esp* 2009;67:125-32

La glande mammaire d'une mère qui allaite contient des bactéries telles que des staphylocoques, des streptocoques et des lactobacillaceae. Divers facteurs peuvent entraîner le développement d'une mastite infectieuse, l'une des causes principales de sevrage précoce. Ce processus se caractérise par une augmentation marquée de la concentration des bactéries responsables de la mastite et par la disparition des autres bactéries. L'altération microbienne entraîne une inflammation de la glande et une obstruction des canaux mammaires.

Dans certains cas, la mastite progresse et cause un abcès au sein. Dans la plupart des cas cependant, les symptômes sont moins caractéristiques : une douleur aiguë, souvent décrite comme une sensation d'élançements dans les seins et/ou sur les mamelons douloureux. C'est pourquoi la mastite n'est souvent pas diagnostiquée. Les principales bactéries responsables de la mastite sont les staphylocoques et les streptocoques. Les souches responsables de la mastite ont souvent des caractéristiques communes, par exemple une résistance aux antibiotiques et des mécanismes empêchant la réaction immunitaire. Quelques levures comme le *Candida* peuvent aussi causer une mastite mais leur incidence est en fait très basse. Chez certaines femmes, la réponse immunitaire est insuffisante pour éviter l'infection. Dans la plupart des autres cas cependant, le staphylocoque modifie la réaction immunitaire normale par la production d'antigènes spécifiques. En outre,

certaines souches bactériennes arrivent à échapper au système immunitaire grâce à un mécanisme de mimétisme moléculaire avec l'hôte. Le second facteur de prédisposition est l'utilisation de certains antibiotiques au cours du dernier trimestre de grossesse, ou au cours du travail et/ou de la lactation. Un faible pourcentage des staphylocoques qui colonisent la glande mammaire au cours de la grossesse et de la période de lactation sont résistants aux antibiotiques. Lorsqu'une antibiothérapie inadaptée est mise en œuvre, les souches résistantes sont sélectionnées et se multiplient sans contrainte pour atteindre des concentrations anormalement élevées, ce qui entraîne une mastite infectieuse.

Hale TW, Bateman TL, Finkelman MA, Berens PD. The absence of *Candida albicans* in milk samples of women with clinical symptoms of ductal candidiasis. *Breastfeeding Medicine* 2009;4:57-61

Cette étude prospective visait à déterminer si la levure *Candida albicans* était présente dans le lait de femmes souffrant de fortes douleurs aux mamelons, et de douleurs fortes et en profondeur aux seins. Dans le groupe symptomatique, ont été incluses des femmes ayant déclaré avoir les mamelons douloureux, enflammés ou blessés ou ressentir des brûlures ou des élancements intenses. Le groupe de contrôle comprenait des femmes ne déclarant aucun symptôme. La peau du mamelon et de l'aréole a été lavée avec du détergent et bien rincée. Dans les échantillons de lait, on a recherché le principal composant de la paroi cellulaire de *Candida albicans* ; ces échantillons ont été mis en culture pour que se développe le *Candida*. On n'a pas trouvé de différence significative entre le groupe de contrôle et le groupe symptomatique dans la concentration du principal composant. Sauf dans le cas de l'une des patientes, aucune espèce de *Candida* n'était cultivable, que ce soit avant ou après l'addition de fer pour stimuler le développement. L'addition de *Candida albicans* pur dans les échantillons de lait a permis de penser que le lait n'inhibe pas le développement de *Candida*. Ces données suggèrent que le *Candida albicans* ne se trouve pas dans les canaux lactifères et n'est probablement pas associé à ce syndrome.

Revue systématique

Rao S, Srinivasjois R, Patole S. Prebiotic supplementation in full-term neonates: a systematic review of randomized controlled trials. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:755-64

Une recherche dans le registre central Cochrane des essais contrôlés et dans d'autres banques de données pertinentes a permis de sélectionner 11 études sur un ensemble de 24 (total = 1'459 sujets) pour être analysées. C'étaient, dans tous les cas, des essais à interventions comparant des laits artificiels supplémentés ou non de pré-biotiques, introduits à l'âge de 28 jours ou avant, et donnés pendant au moins 2 semaines. Six essais ont montré une augmentation significative du nombre de bifido-bactéries après prise de suppléments, et deux autres des tendances à l'augmentation des bifido-bactéries après prise de suppléments. La méta-analyse a souligné une baisse significative du pH dans les selles des nourrissons qui avaient reçu un supplément de pré-biotiques. Les bébés qui avaient reçu un supplément montraient une prise de poids légèrement meilleure (1 à 2 g) que les bébés du groupe de contrôle, avec des selles plus claires et plus fréquentes, compa-

nable à celles des bébés allaités. Tous les essais sauf un ont montré que les suppléments avec pré-biotiques étaient bien tolérés. Dans ce dernier cas, les nourrissons qui avaient reçu des suppléments avec pré-biotiques ont plus souvent souffert de diarrhées (18% contre 4%), d'irritabilité (16% contre 4%) et d'eczéma (18% contre 7%).

Les auteurs en concluent que les laits artificiels contenant des pré-biotiques sont bien tolérés par les nourrissons nés à terme. Le nombre de colonies de bifidobactéries et de lactobacilles dans les selles est plus élevé et les analyses de selles montrent des résultats similaires à ceux des selles de bébés allaités - et sans conséquence sur la prise de poids. Toutefois, il est nécessaire d'effectuer des tests plus étendus, avec un suivi à long terme, pour déterminer si ces avantages à court terme sont associés à une amélioration de l'état général ainsi qu'à une morbidité moindre. En attendant, on ne peut pas recommander de compléter de façon routinière les laits artificiels avec des oligosaccharides à effet pré-biotique.

Lakshman R, Ogilvie D, Ong KK. Mothers' experiences of bottle-feeding: a systematic review of qualitative and quantitative studies. *Arch Dis Child* 2009;94:596-601

Au Royaume-Uni comme dans de nombreux autres pays, la plupart des bébés reçoit du lait artificiel, au moins en petite quantité. Les différences dans les pratiques d'alimentation au lait artificiel peuvent avoir des conséquences sur la santé à court et à long terme des bébés.

Dans le cadre de cette étude, et afin de comprendre comment se prenait la décision de nourrir au biberon, les auteurs ont fait une revue systématique de la littérature traitant de l'expérience des parents relative à ce mode d'alimentation.

Les articles (en langue anglaise) traitant du sujet ont été trouvés – puis sélectionnés et évalués - dans douze banques de données électroniques, sur des listes de référence, et après contact avec les auteurs principaux des articles. Les auteurs ont retenu six études qualitatives et 17 études quantitatives (total=12'263 participants). Malgré de grandes différences dans la structure, le contexte, le sujet de recherche et la qualité des études, plusieurs thèmes se recoupaient. Les mères qui nourrissaient leur bébé au biberon éprouvaient des émotions négatives telles que la culpabilité, la colère, l'inquiétude, l'incertitude et un sentiment d'échec. Elles ont déclaré avoir reçu peu d'informations sur l'alimentation au biberon et ne considéraient pas avoir reçu suffisamment d'informations pour décider : les auteurs ont ainsi constaté à plusieurs reprises des erreurs dans la préparation des biberons ; aucune étude n'avait exploré comment les mères déterminaient la fréquence ou la quantité des tétées.

Les auteurs ont conclu que le manque d'information et de soutien aux mères qui décident de nourrir leur bébé au biberon met la santé du bébé en danger. Il est important de faire la promotion de l'allaitement, mais il est aussi important de bien répondre aux besoins des mères qui décident d'alimenter leur bébé au biberon.

Préparé par l'Association genevoise de l'alimentation infantile (GIFA), membre du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)

Rédaction : A. Cattaneo, M. Ferreira Rea. Editorial : A. Allain, ICDC, Penang. Relecture et rédaction : E. Petitat-Côté.
Traduction : E. Chauvet et E. Petitat-Côté. Mise en page : M. Lahode

Des copies papier des numéros 1 à 45 peuvent être commandées à: GIFA, Av. de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse; e-mail info@gifa.org. Tous les numéros suivants sont accessibles en ligne à l'adresse : www.ibfan.org