



# Allaitements Actualités

No 52, Juin 2012

*Bonjour à tous nos lecteurs d'Allaitements Actualités,*

*Comme vous l'avez certainement déjà remarqué, ce numéro d'Allaitements Actualités se présente sous une forme nouvelle, qui, nous l'espérons, correspondra aux souhaits et besoins de vous, nos lecteurs. Dès à présent, chaque numéro se focalisera sur un éditorial dont le sujet - « chaud » et parfois controversé - aura été choisi parce qu'il est d'actualité, et parce qu'il est pertinent et central dans le monde de l'allaitement maternel. L'éditorial sera donc plus long que par le passé et le thème choisi sera examiné en détail, sous plusieurs facettes. En plus, il sera enrichi de quelques résumés d'articles sur le même sujet qui permettront à ceux qui le désirent d'entreprendre une lecture encore plus approfondie. Chaque éditorial sera rédigé par un spécialiste de la question, dont l'opinion pourra parfois s'écarter un peu de celle d'IBFAN. Il sera donc intéressant de nous envoyer votre propre avis, et si c'est possible nous publierons certains de vos commentaires dans les numéros suivants. Notre intention est de publier trois éditoriaux (ou numéros) par an, et par conséquent espérons paraître plus souvent qu'auparavant. Notre but est en effet d'être plus présent et visible pour nos lecteurs, mais aussi de suivre de plus près l'actualité, les développements et les discussions les plus récents. Enfin, nous avons décidé d'élargir notre équipe éditoriale pour inclure non seulement les deux rédacteurs responsables du passé, Adriano Cattaneo et Marina Rea, mais aussi Lida Lhotska, Robert Peck et Elaine Petitat-Côté.*

*Vos commentaires sont tous bienvenus. Envoyez-nous votre point de vue sur ce premier nouvel éditorial et faites des suggestions pour les thèmes futurs.*

## **Investir dans le lait maternel : des nourrices aux banques de lait et à la distribution du lait humain sur Internet**

**Rédactrice invitée : Gillian Weaver<sup>1</sup>**

Il y a des changements dans le firmament lacté que représente le monde de l'alimentation des tout petits. Bien loin le temps où on ne nourrissait les bébés qu'au sein de leur mère ou au sein d'une autre... Sans même parler de la commercialisation de l'alimentation des nourrissons qui, sur la plus grande partie de la planète, y compris dans les régions les plus pauvres, est devenue une partie quasi intrinsèque de notre mode de vie ...

Tandis que s'étendaient les industries du lait artificiel et du biberon pour nourrissons, le don de lait maternel s'est largement maintenu dans une zone relativement éloignée du « marché ». Mais cela a changé de façon nette au cours du dernier tiers du 20<sup>ème</sup> siècle, et dès lors, tirer, recueillir et conserver le lait maternel est souvent devenu synonyme de gros sous. Nous voyons cependant depuis peu de nouvelles options qui s'offrent aux mères. En effet - et cela peut être interprété comme une réaction contre l'échange de lait pour un profit, les développements les plus récents concernant le don du lait

---

<sup>1</sup> Responsable de la Queen Charlotte's and Chelsea Hospital Milk Bank, Imperial College Healthcare NHS Trust, Londres, GB. Présidente - UKAMB National Milk Bank Forum (Forum de la Banque nationale de lait maternel). Vice-présidente (Présidente élue) de l'Association européenne des banques de lait humain.  
E-mail: gillian.weaver@yahoo.com

maternel se font plutôt dans le sens d'un partage qui tiendrait compte des besoins des mères plus que du seul profit ; en d'autres termes, on chercherait moins « à traire la vache laitière du lait maternel » que par le passé. Ainsi aujourd'hui on voit côte-à-côte des individus et des firmes pour qui tout moyen de faire avaler du lait maternel aux bébés est source de profit et des tenants d'une pratique toute autre, qui prônent plutôt le don et le partage de ce même lait maternel.

### **Allaitement maternel versus alimentation au lait maternel**

Le contexte dans lequel s'est fait le passage à une alimentation des nourrissons au lait maternel - sans qu'ils ne têtent pour autant directement au sein -, présente une liste toujours plus étendue de conséquences négatives ressemblant celle des désavantages des laits artificiels pour bébés. Cette liste inclut en effet désormais d'importantes considérations environnementales ainsi que des problèmes de santé à court, moyen et long terme. Les campagnes d'éducation à la santé encouragent les mères à suivre les recommandations universelles de l'OMS en ce qui concerne l'alimentation infantile, à savoir l'allaitement exclusif pendant 6 mois suivi par l'allaitement continu pendant 2 ans tout en bénéficiant d'un régime mixte de solides et de lait maternel. Les taux d'allaitement maternel réels varient à la fois d'un pays à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur de chaque pays. Cependant, la facilité de se procurer presque partout du lait artificiel et la perte d'expertise concernant l'allaitement qui en résulte forcément, jouent contre l'ensemble d'efforts fournis pour remettre les bébés au sein... et cela malgré les nombreuses preuves scientifiques et la reconnaissance notoire des désavantages – et dans certaines circonstances, des dangers - de l'alimentation artificielle.

Aujourd'hui deux obstacles s'opposent à l'allaitement exclusif à long terme. Tout d'abord, un peu partout dans le monde, les attitudes concernant l'allaitement ont changé et le rôle des seins dans l'alimentation infantile devient de plus en plus superflu. Pire encore, l'allaitement peut être perçu comme difficile et douloureux. Si les nouvelles mères qui désirent allaiter n'ont pas de contacts avec des professionnels de la santé bien formés et si elles ne sont pas entourées de personnes-modèle et de personnes-soutien expérimentées, elles doivent souvent lutter pour parvenir à allaiter. Le *Infant Feeding Survey* de 2005 en Grande Bretagne, montre que 90% des femmes cessent d'allaiter avant qu'elles ne le veuillent vraiment<sup>2</sup>. Il s'en suit que les mamans désirent un bébé en santé, mais qu'allaiter peut leur paraître difficile. D'un côté, on les bombarde d'histoires d'horreur à propos de mamelons douloureux et de nourrissons ayant dû retourner à l'hôpital parce qu'ils n'avaient pas reçu suffisamment de lait. De l'autre, on trouve le lait artificiel partout et il est promu quasi sans limite. Sans oublier qu'en Grande Bretagne du moins, les mères vivent dans un contexte où, jusqu'à récemment, on pouvait demander aux femmes en train d'allaiter en public de quitter les lieux, y compris, et bien ironiquement, quand elles se trouvaient dans un café ou un restaurant...

Cela ne devrait donc surprendre personne qu'un phénomène relativement nouveau prenne de l'ampleur depuis quelque temps, phénomène caractérisé par le fait que les mères décident de substituer l'*allaitement maternel* par une *alimentation au lait maternel* – certaines d'entre elles choisissant de faire ainsi suite à des difficultés à allaiter, et d'autres par contre, dès la naissance. Tout cela peut paraître positif. En effet, le bébé reçoit l'alimentation par excellence acclamée universellement comme étant la meilleure, ainsi que les bienfaits immunologiques du lait maternel. Le lait est tiré et recueilli sans qu'on ait à affronter d'éventuels problèmes de succion ou de mauvais positionnements du bébé. Le lait peut aussi être donné sans devoir mettre l'enfant au sein et ainsi risquer des situations gênantes ou du harcèlement lorsqu'on se promène loin de chez soi. Et bien sûr, le papa et d'autres peuvent nourrir le bébé, ce qui répond à un désir qui se répand de plus en plus...

Gagnant-gagnant? En fait non pas vraiment, parce que la réalité est différente et que demeurent les désavantages inhérents au fait de ne pas allaiter directement au sein. Parmi eux, tous ceux liés au mode d'alimentation, par exemple l'utilisation d'un biberon en plastique qui jusqu'à récemment contenait du bisphénol A ; ou du bébé suçant sur une tétine et risquant ainsi de déformer sa mâchoire ou sa future dentition. Tout cela s'ajoutant au poids environnemental des choix de l'alimentation moderne.

---

<sup>2</sup> Bolling K, Grant C, Hamlyn B, Thornton A. Infant Feeding Survey 2005. The Information Centre, 2007

D'autres risques spécifiques à l'alimentation au biberon se retrouvent aussi lors de l'alimentation au lait maternel, notamment la tendance qu'ont les personnes responsables de l'enfant de trop le nourrir en l'encourageant à terminer son biberon ; sans oublier le fait que comme la mère ne nourrit pas son bébé, cela peut influencer sur sa capacité à s'y lier affectivement.

Un congé maternité relativement court et la nécessité pour les mères de garder leur emploi et d'y retourner pour contribuer aux revenus de la famille jouent aussi un rôle dans le choix de l'alimentation au lait maternel ; mais ce choix est moins clair lorsque les mères optent pour cette méthode dès la naissance de leur enfant. Nous savons cependant que la tendance à vouloir alimenter son bébé au lait maternel est soutenu, et jusqu'à un certain point encouragé, par l'industrie des tire-lait. Il fut un temps où les revenus tirés de la vente ou de la location de ces appareils provenaient avant tout des hôpitaux où les tire-lait aidaient les mères d'enfants très malades ou incapables de téter par eux-mêmes. Depuis peu, on voit les firmes présentant l'alimentation au lait maternel et tout ce qui s'en suit - tire-laits, biberons - comme un style de vie, un choix quant à la manière d'élever son enfant. Si bien qu'une de ces firmes s'est trouvée en violation du *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* de l'OMS, et ainsi interdite d'exposition et de publicité dans plusieurs rassemblements internationaux sur la lactation et l'allaitement<sup>3</sup>.

## **L'alimentation au lait maternel**

Une fois l'allaitement complet établi, y ajouter de temps à autre un biberon ou une tasse de lait maternel donné par le papa, un grand-parent ou toute autre personne, permet de maintenir l'allaitement exclusif pendant que la maman et le bébé sont séparés. Dans de telles circonstances, ajouter de temps en temps un biberon peut même aider la mère à tenir bon contre les pressions qu'elle subit pour introduire le lait artificiel ; et très certainement, cela aura un effet positif sur la poursuite de l'allaitement lorsqu'elle revient du travail ou qu'elle retrouve son bébé après de courtes périodes d'absence. En revanche, en général, lorsqu'on alimente un bébé au lait maternel sans en même temps allaiter de façon substantielle, il en résulte en fin de compte qu'il reçoit du lait maternel sur une plus courte période totale, et, lors de chaque repas, en quantités probablement plus grandes que si la mère était soutenue et allaitait sans problème. Nous ne savons pas à quel point cela se produit dans la réalité, ni quels sont les effets d'une telle pratique, car dans les enquêtes sur l'alimentation des nourrissons, on ne différencie pas l'allaitement maternel de l'alimentation au lait maternel ; de même, les indicateurs sur l'alimentation au biberon ne font pas la distinction entre les différents contenus du biberon.

L'extension de la pratique du lait maternel tiré (LMT) comme source principale d'alimentation du nourrisson peut être perçue comme réjouissante ou décourageante, selon le point de vue de chacun. Le but de l'OMS sur l'allaitement exclusif est accompagné d'un classement des modes d'alimentation : le lait tiré de la propre mère de l'enfant vient en seconde place, juste devant le lait provenant de donneuses, et loin devant le lait artificiel qui se trouve tout en bas, dans la zone de relégation. Cependant les différences relatives et les avantages certains de recevoir le lait directement de la source n'ont pas encore atteint les campagnes d'éducation à la santé. Plutôt le contraire même, car on aurait tendance à dire que, « bon, au moins c'est du lait maternel dans le biberon... » et que cela est plus important qu'une vision stricte relative à la santé. Et on applaudit donc les mères - et avec raison - de choisir le lait maternel plutôt que le lait artificiel. Toutefois, il y a une série de facteurs qui font que cette décision des mères durera moins longtemps que si elles avaient allaité. Parmi ces facteurs, citons :

- le temps, plus long, occupé d'abord à tirer le lait et ensuite à nourrir le bébé, sans oublier le nettoyage des éléments du tire-lait et le biberon et le temps nécessaire à chauffer le lait réfrigéré ;
- la moindre stimulation des seins et la moindre capacité des tire-lait, même des plus performants, en comparaison avec un nourrisson qui tète, ce qui peut aboutir à un sevrage plus rapide ;

---

<sup>3</sup> Le Code international interdit la promotion et la publicité relative aux biberons et aux tétines qui font partie des produits de tire-lait achetés par les mères ; la commercialisation de ces produits est donc en violation du Code.

- le besoin de stocker le lait et les effets que cela peut avoir sur les composants nutritionnels et immunologiques du lait, ainsi que les occasions plus nombreuses de contamination ;
- l'obligation de devoir porter du LMT bien emballé lors de voyages ou même de courts déplacements avec l'enfant, etc.

Tout ceci s'ajoute aux complications que l'on rencontre habituellement et font que le succès à long terme peut devenir un défi. Sauf s'il y a des raisons médicales rendant l'allaitement difficile, voire impossible, le fait de choisir de tirer son lait pour le donner ensuite à son enfant (contrairement à la *nécessité* de le faire) comprend de nombreuses lourdeurs qui feront que l'alimentation au lait maternel sera de plus courte durée que ne l'aurait probablement été l'allaitement.

## Tirer son lait

Le passage de l'allaitement maternel à l'alimentation au lait maternel a eu lieu il y a plus d'un siècle avec l'introduction, au début du 20<sup>ème</sup> siècle, de banques de lait humain et de la donneuse de lait – ou plutôt de la vendeuse, puisque la plupart des contributrices aux banques de lait, ou « bureaux de lait » comme on les appelait alors, étaient payées pour ce faire. Cette nouveauté du 20<sup>ème</sup> siècle, qui s'ajoutait à l'ensemble des autres manières d'alimenter les nourrissons, a d'abord fait office de remplacer les nourrices qui, de temps immémorial, avaient, elles, remplacé, par générosité ou par besoin de toucher un revenu, la propre mère des bébés. Mais les banques de lait pouvaient fournir du lait humain aussi à des nourrissons incapables de téter, et cela a donc offert une ligne de vie à certaines autres catégories de bébés, aux prématurés en particulier. Cela a également multiplié le besoin en matériel pour recueillir et stocker le lait maternel hors du corps de la mère, lait destiné à être distribué à de plus en plus de bébés à l'intérieur comme à l'extérieur des hôpitaux. Les premières banques de lait dépendaient entièrement de la traite manuelle, de tire-laits fonctionnant avec une pompe en caoutchouc (Figure 1) et, pour les mères à l'hôpital, de systèmes avec courants d'eau passant par des robinets générant la succion (Figure 2). La porte sur l'invention de tire-laits toujours plus performants venait de s'entrouvrir.



**Figure 1.** Tire-lait pour soulager les seins, début/mi-20ème siècle. Collection Carolyn Westcott, ex-consultante en lactation et directrice de banque de lait.



**Figure 2.** Tire-lait fonctionnant à l'eau, vers 1940. Collection de la Banque de lait des hôpitaux Queen Charlotte et Chelsea.

Jusqu'à il y a environ 25 ou 30 ans, l'acte d'allaiter tel que programmé par la nature, soit entre une mère et son bébé ou ses bébés, est resté, en dehors des hôpitaux, relativement libre d'ingérence commerciale. Tout ce que le marché de l'allaitement avait à proposer se résumait à des soutien-gorge spéciaux, quelques crèmes, lotions ou potions se vantant d'assurer le succès de l'allaitement, des compresses ou coquilles pour éponger ou recueillir le lait en excès, et quelques tire-lait. Acheter un tire-lait signifiait se rendre chez le pharmacien ou dans un magasin spécialisé dans la maternité, et les versions électriques ou fonctionnant à piles se trouvaient sur bien peu de listes des achats de première nécessité de la nouvelle maman. Au cours des décennies qui ont suivi, on a assisté à une multiplication sans précédent de produits liés au lait maternel, ainsi que de services et d'organisations spécialisés, dont le but louable, mais dans certains cas, profitable, était de s'assurer que les bébés avalaient en effet du lait maternel.

La location et la vente de tire-lait est devenue une question de gros sous dans tous les pays industrialisés. La protection accrue de l'allaitement par le biais de lois nationales qui donnent aux mères la possibilité de maintenir leur provision de lait tout en travaillant, soutient le marché des tire-lait manuels et électriques. La location de tire-lait est une source de revenu à la fois pour les individus et pour les firmes. Tirer son lait manuellement, sans l'aide d'appareils mécaniques est un savoir-faire que l'on devrait apprendre à toute nouvelle maman ; et cela présente en plus quelques avantages sur les tire-lait, dont notamment celui d'une moindre contamination du lait tiré. Cela dit, et bien que les tire-lait ne sont de loin pas une nécessité, de nombreuses femmes enceintes en achètent avant même la naissance de leur bébé. Il est relativement rare en Grande Bretagne, que les donneuses de lait n'aient pas leur propre tire-lait même si elles n'ont pas encore commencé à tirer leur lait. Ce n'est donc pas surprenant que le marché mondial qui résulte de ce marché se caractérise par une compétition féroce. Les producteurs et vendeurs de tire-lait veulent que les mères connaissent leur marque déjà à l'hôpital et ils financent aussi bien la recherche et développement que la promotion des marques à un point jusqu'ici inégalé.

La crainte de « ne plus avoir assez de lait », ou plus simplement, le désir d'avoir à portée de la main un stock facilement atteignable en cas d'urgence, a conduit les mères qui allaitent à commencer à tirer et à congeler leur lait de façon routinière. Lorsque l'urgence n'a pas lieu ou que la provision de lait ne diminue pas, le stock reste au congélateur, et lorsqu'on réalise que ce lait peut être donné à une banque de lait ou directement à une autre maman, voilà que la solution à son utilisation est toute trouvée. Le partage de lait maternel sous une forme ou une autre est en train de s'étendre. Et contrairement aux nourrices des siècles passés, la maman qui donne son lait aujourd'hui peut nourrir les bébés d'autres mamans qui ne se trouvent même pas dans la même ville qu'elle.

## **Donner son lait**

Au cours du 20<sup>ème</sup> siècle la nourrice a vu son rôle diminuer et aucun approvisionnement direct en lait maternel ne l'a remplacée, même si parfois on tend à penser que les banques de lait ont repris ce rôle. En fait la principale cause de la disparition des nourrices est plutôt la facilité avec laquelle on a pu se procurer du lait artificiel pour nourrissons. Les biberons et le lait en poudre étaient vus désormais comme une alternative plus sûre et plus hygiénique que les services de nourrices, qui, autrefois, avaient pourtant permis au « lait d'une autre » de servir d'alternative au lait de la mère.

Alors que les femmes ont bien sûr continué à donner leur lait pendant l'intervalle de temps qui s'est ouvert dès lors et jusqu'à aujourd'hui, le fait de solliciter et d'obtenir du lait maternel directement d'une étrangère est un phénomène très récent ; cette nouveauté se caractérise par le fait qu'il encourage à la fois le don gratuit, altruiste, et un sens d'appartenance des donneuses entre elles. La montée fulgurante de Facebook a servi de catalyseur en ce qui concerne la disponibilité immédiate du lait maternel via Internet. Jusqu'à il y a deux ans environ, si on voulait trouver du lait pour son nourrisson et qu'on ne pouvait l'obtenir par une banque de lait humain, la seule alternative était de demander à ses amis, sa famille ou à des groupes de soutien à l'allaitement dans son proche entourage. Faire une demande publique pour que l'on nous fournisse en lait maternel aurait été considéré avec étonnement, voire avec soupçon ; et d'ailleurs, où aurait-on pu faire une telle demande ?

Aux Etats-Unis de nombreux sites s'occupaient de dons de lait, mais le nombre de mères s'adressant à ces sites n'augmentait pas vraiment et la plupart des mères ne connaissait même pas leur existence. Il a fallu l'avènement du réseautage social qu'est Facebook et, surtout la page novatrice d'Emma Kwasnika « Eats on Feets » (Manger sur pied) pour en arriver aux grandes quantités de LMT disponibles aujourd'hui. La vitesse à laquelle se sont constitués des groupes régionaux au Canada et aux Etats-Unis, suivis de groupes régionaux et nationaux ailleurs, a pris par surprise les décideurs politiques concernés par l'alimentation des nourrissons. En l'espace de quelques mois des milliers de mères avaient trouvé un endroit pour offrir ou obtenir du lait maternel ; et en plus, les personnes voulant défendre la cause du don de lait pouvaient s'y investir et aider sans pour autant devoir elles-mêmes donner ou acquérir du lait maternel. En quelques mois, des sections ont vu le jour dans plus de 50 pays à travers le monde, et le lait maternel était transporté et donné, en échange d'un simple remerciement gracieux, dans des lieux établis d'avance. Un autre groupe, « Human Milk 4 Human Babies» (Du lait humain pour petits humains) fonctionne aujourd'hui selon ces mêmes principes, et des organisations basées sur l'Internet telles que « Milkshare » (Donsdelait) continuent à encourager les mères à donner leur lait à d'autres.

La réponse des mamans désirant acquérir du lait pour leur bébé fut enthousiaste, et elles sont nombreuses à l'avoir fait et à continuer de le faire. Cependant, de nombreux avertissements et conseils de prudence ont été formulés, notamment par des associations et groupements de banques de lait. L'expérience acquise par tous ceux qui travaillent dans les banques de lait montre en effet que les mères qui ont l'air en santé et qui vivent sainement ne sont pas pour autant toutes dépourvues de maladies ou d'infections transmissibles par le lait maternel. Les tests menés sur le lait humain dans les banques de lait pendant plusieurs décennies ont permis d'accumuler un savoir important, et de réaliser que le lait humain peut être fortement contaminé par des microorganismes pathogènes. De temps à autre il y a des embrouilles, et dans les pays où on le teste, le lait maternel a parfois été – bien que rarement – mélangé à du lait de vache. Si cela se passe dans des milieux voués à donner du lait maternel à des enfants malades, et où le processus de donation oblige à des examens rigoureux, est-ce que cela ne peut pas se passer aussi dans un milieu où les échanges sont beaucoup plus informels ?

Des sociétés néonatales et de pédiatrie, notamment en France et au Canada, ont également multiplié les avertissements publics. La réponse des défenseurs du don de lait maternel est que le lait artificiel n'est lui non plus pas dépourvu de risques et qu'il s'agit d'être responsable et de prendre des précautions concernant la sécurité. On trouve ainsi des listes de mesures permettant de minimiser les dangers potentiels, et parmi elles, celle de demander les résultats de prises de sang - même si un résultat négatif récent ne peut rien garantir contre une infection *très* récente. Aussi, les résultats prénatals fournis proviennent souvent de tests faits plusieurs mois auparavant. Parmi les autres mesures, on recommande de vérifier la prise de médicaments de la donneuse et on explique comment chauffer le lait à domicile pour en augmenter la sécurité.

Certains considèrent par ailleurs que l'augmentation des dons de lait maternel directement entre mères fait concurrence aux dons aux banques de lait, et aux Etats-Unis quelques experts dans le domaine estiment que c'est une des raisons - en plus de l'augmentation de la demande - du manque de lait dans les banques. Les commentaires que l'on peut lire sur les sites-chat et autres forums sur Internet semblent en effet aller dans le même sens : nombreuses sont les mères qui disent préférer donner leur lait directement à une autre mère que de faire partie du service anonyme d'une banque de lait. Y est sous-entendue l'idée – fautive, et pourtant bien présente chez de nombreuses femmes – selon laquelle toutes les banques de lait en Amérique du Nord fonctionnent pour de l'argent, et certains des commentaires disent clairement que le don de mère à mère est un moyen de garder l'argent en dehors de l'alimentation au lait maternel. On a souvent tendance à sous-estimer les coûts élevés nécessaires pour qu'une banque de lait puisse fonctionner aux standards de qualité exigés à niveau national pour assurer la sécurité d'enfants prématurés et gravement malades ; et donc, les contributions demandées pour trier, tester et chauffer le LMT peuvent paraître élevées, d'autant plus qu'au départ le lait avait bien été donné gratuitement à la banque. Et pourtant, lorsqu'on demande une somme d'argent pour du

lait maternel provenant d'une banque reconnue et accréditée, cette contribution ne couvre en réalité qu'une partie de l'ensemble des frais encourus par cette banque.

## Les banques de lait

Les banques de lait recueillent, sélectionnent, traitent et stockent le lait maternel qui leur a été donné, et le distribuent, principalement à des nourrissons malades et à des prématurés soignés en unités néonatales. Les premières banques de lait humain ont été créées au début du 20<sup>ème</sup> siècle à Vienne (1909) et à Boston (1910). Elles se sont multipliées ces dernières années car elles permettent plus facilement d'alimenter exclusivement au lait maternel des bébés vulnérables aux infections et à de sévères maladies inflammatoires des intestins. Le nombre de banques de lait et de leurs activités s'est accru partout dans le monde : il y en a aujourd'hui 165 en Europe, et 200 au Brésil seulement. Des pays qui n'en avaient pas il y a quelques années sont en train d'en créer (Australie) et en Europe cinq pays en ont ouvert depuis deux ou trois ans (Estonie, Pays Bas, Pologne, Portugal, Serbie). La Turquie étudie la question, et une banque devrait s'ouvrir à Izmir. Si cela se fait, ce sera la première banque de lait humain moderne fonctionnant selon les standards internationaux reconnus dans un pays à dominance islamique – même si au Koweït une unité de soins néonatale utilise déjà le lait de donneuses<sup>4</sup>.

Les receveurs ayant accès au lait des banques de lait varient d'un cas à l'autre. Dans certains endroits seuls les prématurés et les nourrissons malades hospitalisés peuvent en recevoir, mais ailleurs ce sont tous les bébés dont les mères ne peuvent donner de leur propre lait en suffisance. Dans sa prise de position sur l'allaitement publiée dernièrement, l'Académie américaine de pédiatrie recommande qu'en ce qui concerne les prématurés, « Si, malgré un réel soutien à l'allaitement, le lait de la mère n'est pas disponible, il faut alors utiliser du lait pasteurisé de donneuses », tout en avertissant qu'il est « important de contrôler et de surveiller la qualité du lait pasteurisé des donneuses »<sup>5</sup>. En Grande Bretagne, l'accès au lait maternel en tant qu'indication clinique est inclus dans le *Toolkit for Neonatal Services* (Ressources pour les services néonatales)<sup>6</sup> publié en 2009 par le Département de la Santé. A niveau mondial, lors de sa 61<sup>ème</sup> rencontre en 2008, l'Assemblée mondiale de la Santé a demandé aux Etats membres d'examiner comment utiliser de façon sécuritaire le lait de donneuses via l'établissement de banques de lait<sup>7</sup>. Des organisations telles que la *UK Association for Milk Banking* (Association des banques de lait de Grande Bretagne) (UKAMB) et la *European Milk Banking Association* (Association européenne des banques de lait) (EMBA), qui représentent des banques de lait à niveaux national et international en Europe, ont affiché sur leurs sites web leurs déclarations sur le don du lait<sup>8</sup>. Elles tendent à ne pas condamner la pratique du don direct de mère à mère, mais attirent plutôt l'attention sur les risques potentiels que cela encourt ; elles encouragent les mères à considérer tout d'abord de donner leur lait à une banque où elles-mêmes et leur lait seront examinés et où ce dernier servira en toute probabilité à sauver la vie de plusieurs bébés. D'autres organismes ont en revanche pris des positions plus dures à l'encontre des dons directs.

Plusieurs questions éthiques découlent du fait des banques de lait et de la disponibilité du lait maternel tiré ; parmi elles, et non des moindres, celle de l'accès. Tant qu'il n'y a pas de services organisés à niveau national, ceci est un vrai problème : en effet, les familles et donc les nourrissons, bénéficient de

---

<sup>4</sup> Al-Naqeeb NA, Azab A, Eliwa MS, Mohammed BY. The introduction of breast milk donation in a Muslim country. *J Hum Lact* 2000;16:346-50. Pour de plus amples informations sur les banques de lait humain et l'Islam, voir le résumé de l'article de Hsu HT et al., dans la deuxième partie de ce numéro d'*Allaitement Actualités*.

<sup>5</sup> Académie américaine de pédiatrie, American Academy of Pediatrics, Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* 2012;129:e827

<sup>6</sup> NHS & Department of Health. Toolkit for High Quality Neonatal Services. Londres, GB, Octobre 2009. [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_107845](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_107845)

<sup>7</sup> AMS, Résolution 61. 20, mai 2008.

<sup>8</sup> [www.ukamb.org](http://www.ukamb.org) et [www.europeanmilkbanking.com](http://www.europeanmilkbanking.com)

services bien distincts selon l'endroit précis où ils vivent. Ceci est vrai dans les pays ayant une longue tradition de banques de lait comme dans ceux qui viennent seulement récemment d'en créer une.

### **Dons du lait et fournisseurs à but lucratif**

La plupart des banques de lait dans le monde sont à but non-lucratif et sont financées par l'un ou l'autre service de santé de l'Etat. Souvent des levées de fonds permettent de combler le déficit et de payer la différence entre la totalité des coûts du service et ce qui peut être récupéré en paiement de la part des utilisateurs.

En 2006, une nouveauté est apparue sur la scène américaine, à savoir le « fournisseur de lait maternel à but lucratif » garantissant un lait testé, sélectionné et traité. Basée en Californie, l'entreprise affirme fonctionner selon les standards pharmaceutiques et intégrer des standards toujours plus stricts de traçabilité, notamment le jumelage d'ADN entre donneuse et son lait. Alors qu'à ses débuts cette firme se concentrait sur la production de lait maternel congelé pour les nourrissons des unités de soins intensifs, elle fabrique désormais des produits de fortification uniques dérivés du lait maternel que l'on ajoute au lait tiré pour en renforcer la composition en protéines, calcium et autres éléments nutritifs. La firme, qui s'appelle Prolacta Bioscience, obtient son lait maternel par le biais de plusieurs entreprises aux Etats Unis – un moyen de plus pour les mères de faire profiter leur lait à d'autres enfants.

Alors que toutes les mères donnent leur lait gratuitement, les petites organisations qui agissent comme intermédiaires dans le processus de collecte de lait sont payées au moins en partie en fonction du volume de lait qu'elles fournissent. De leur côté, les unités en soins intensifs néonataux ont aussi un intérêt à fournir du lait maternel à l'entreprise car celle-ci diminue d'autant le montant des produits traités qu'elle leur vend en retour. Au centre d'une controverse donc, le prix élevé des produits et ce nouveau modèle de production lucrative ; le tout s'ajoutant au débat éthique aujourd'hui lié de façon inextricable à l'allaitement, au tirage du lait et à son utilisation par les mères à l'intérieur et à l'extérieur des hôpitaux. Par ailleurs, les grandes quantités de lait nécessaires à la production de ces fortifiants du lait à ajouter au lait maternel correspondent à autant de lait donné en moins, sans compter que les donneuses n'ont pas leur mot à dire quant aux manières dont on traite et dont on utilise leur lait...

Il existe également des sites Internet où les femmes peuvent vendre directement leur lait. D'un côté les mères y affichent leurs services et de l'autre, individus et familles font part de leur désir d'acheter du lait. Les banques de lait, et donc les bébés qui reçoivent du lait maternel des banques, semblent une fois de plus pâtir de cette forme encore peu connue d'échanges. En général les donneuses affirment qu'elles ont été certifiées par une banque de lait et si c'est le cas, la banque aura donc financé les examens essentiels que sont les tests sanguins nécessaires aux donneuses pour trouver un acheteur. La vente de lait maternel est de loin plus mal considérée que le don altruiste même si la ligne de démarcation entre le remboursement des frais comme cela se fait dans certaines banques en Europe, et la vente à profit, est parfois ténue. Le fait qu'il y ait une incitation financière exige par ailleurs un examen rigoureux des motivations de la mère qui vend son lait et de son honnêteté concernant l'exactitude de ses déclarations, et cela aussi bien par rapport aux médicaments et drogues qu'elle ne prendrait pas, que du fait de diluer son lait. Malgré cela, de nombreuses mères vendent en effet leur lait et surtout, trouvent des personnes pour le leur acheter.

La vente de lait maternel n'est pas réservée au seul lait maternel tiré et habituellement vendu congelé. La nourrice refait son apparition également, bien que cela semble se faire surtout dans les régions pauvres du monde où elles n'ont jamais complètement disparu et où le gain financier ne semblerait pas être leur motivation principale ; ainsi qu'en Chine où la mort et la santé détériorée de bébés suite au scandale du lait artificiel contaminé par la mélamine a causé une grande frayeur. En Occident aussi, les femmes les plus fortunées peuvent de nouveau louer les services d'une nourrice. Un peu comme au temps où la nourrice gagnait un salaire tout à fait décent en tant que pourvoyeuse du service le plus cher de tous ceux qu'une femme pouvait décentement offrir, la nourrice du 21<sup>ème</sup> siècle permet une fois de plus aux riches de payer pour que leurs enfants puissent être nourris au sein. Ainsi, parmi les



services offerts par un certain nombre d'agences spécialisées dans le travail domestique, on compte maintenant les services de nourrices qui se monnaient aux alentours de \$1'000 dollars américains, sans compter le logement et autres frais.

## Conclusions

En conclusion, il n'y a pas de doute que les questions et les dilemmes restent nombreux. On continue de discuter de la nécessité ou non d'un matériel conçu spécialement pour l'alimentation au lait maternel. Il n'y a pas de doute que les tire-lait et le LMT permettent de nourrir les bébés plus longtemps lorsque les mères retournent au travail à la fin de leur congé maternité. Les tire-lait font également partie intégrante du monde des banques de lait grâce auxquelles des milliers de bébés reçoivent du lait maternel donné, sûr et bon qui soigne des maladies et sauve des vies. Les mères dont les bébés sont prématurés ou sont nés malades ou qui ne peuvent téter en raison de leur condition pourraient-elles tirer suffisamment de lait et par la suite allaiter, sans les tire-lait modernes auxquels nous sommes devenus si accoutumés – tire-lait qui résultent de recherches poussées, qui sont techniquement sophistiqués et d'utilisation si facile? Devrait-on exiger que les banques de lait et les professionnels de la santé cherchent à réduire encore plus les risques liés aux dons du lait maternel en examinant, sélectionnant et testant les mères sur une plus grande échelle? Les tests sanguins devraient-ils être gratuits au grand nombre? Comment mettre en balance les risques infimes nécessaires pour aider les mères à donner leur lait de façon sécuritaire et responsable avec les conséquences néfastes bien connues de l'alimentation au lait artificiel? Sans doute d'autres questions verront le jour dans le futur, mais aujourd'hui nous devons accepter que les seins et le lait maternel sont de bons atouts pour faire des affaires, mais que faire des affaires n'est pas forcément une bonne chose pour l'allaitement (au sein).

---

## Résumés d'articles

### Tirer, recueillir, donner, stocker, échanger et vendre le lait humain

**Rasmussen KM, Geraghty SR. The quiet revolution: breastfeeding transformed with the use of breast pumps. Am J Public Health 2011;101:1356-9**

Ce commentaire trouve son origine dans le fait que depuis quelques années aux USA l'allaitement maternel (soit, l'allaitement directement au sein de la mère) est concurrencé par l'apparition de tire-lait manuels et électriques, et leur corollaire, l'alimentation au biberon rempli de lait maternel. Le développement des banques de lait et du don et de la vente de lait maternel augmentent de façon importante, y compris sur Internet, et ces nouvelles pratiques sont là pour rester un certain temps. Aux USA jusqu'à 85% de toutes les mères qui allaitent des nourrissons de 1,5 à 4,5 mois ont déjà tiré leur lait avec succès; une grande proportion d'entre elles a déjà utilisé un tire-lait; et jusqu'à 5,6% d'entre elles n'ont jamais donné le sein à leur enfant même si elles le nourrissent avec leur propre lait. Les auteurs ne portent pas de jugement sur ces

nouvelles pratiques: tirer son lait et ensuite le donner à son enfant est en effet probablement préférable et une meilleure manière de nourrir plus d'enfants pour de plus longues périodes, à une époque où les taux de l'allaitement exclusif décroissent ou au mieux, demeurent stagnants. En revanche, ils craignent qu'on ne comprenne pas bien les raisons de cette tendance récente et ils mettent en avant le manque d'informations sur qui tire son lait, pour combien de temps et comment les différentes formes d'alimentation interagissent entre elles; ils sont également intéressés aux conséquences de la pratique de tirer son lait et demandent que des évaluations soient effectuées. Les auteurs se demandent aussi si le fait de tirer son lait, qui peut être très exigeant pour les mères, va durer dans le temps, et pendant que cela dure, si le soutien à l'allaitement tel qu'on le connaît aujourd'hui, ira en diminuant? Ils proposent une série de directions de recherche: 1) Des études sur les éventuels bienfaits et dommages aux mères: tirer son lait peut-il permettre aux femmes de perdre

du poids ? Cela permet-il l'attachement entre mère et enfant ? Est-ce que cela rallonge la période d'aménorrhée postnatale ? Est-ce que cela réduit les risques de cancer du sein et des ovaires ? Est-ce que le fait de trop utiliser un tire-lait peut résulter en mastite ou en blessures aux tétons ? A quelle fréquence les femmes tirent-elles leur lait ? 2) Des études sur les éventuels bienfaits et dommages aux enfants : les nourrissons sont-ils trop nourris ou plus nourris que lorsqu'ils sont allaités ? Quelles sont la valeur anti-infection et la valeur nutritive – soit, le lait du début et le lait de la fin – du lait tiré ? Comment stocke-t-on le lait tiré, et comment le gère-t-on ? Les cas de contamination sont-ils causés par les appareils, les protections pour tétons, les biberons en plastique ? 3) Des études liées au manque de données : quelle proportion de nourrissons est alimentée au lait maternel tiré, au lait maternel obtenu par d'autres sources, au lait maternel venant directement du sein de la mère ? Quelle est l'importance en nombre des banques de lait, la fréquence du don de lait, la proportion du lait humain vendu ? Comment ces pratiques sont-elles gérées et contrôlées ? Lorsqu'il est destiné à une utilisation non-personnelle, comment le lait donné devrait-il être traité et jusqu'à quel point l'est-il vraiment ?

---

**Miracle DJ, Szucs KA, Torke AM, Helft PR. Contemporary ethical issues in human milk banking in the United States. *Pediatrics* 2011;128:1186-91**

Aux USA au cours des dernières années, les banques de lait humain sont devenues un moyen important de fournir du lait, à l'intérieur comme à l'extérieur des hôpitaux, à des milliers de nouveaux malades ou prématurés ; à des nourrissons un peu plus âgés ; à de jeunes enfants ; et même à un certain nombre d'adultes ; sans oublier le lait envoyé à l'étranger dans le cadre de missions humanitaires ; ou utilisé pour la recherche médicale ou pharmaceutique. Depuis l'an 2000, la quantité de lait disponible aux USA a augmenté de façon notable. En 2008 on comptait dix banques de lait, plusieurs organismes à but lucratif et non-lucratif, et 133 hôpitaux qui distribuaient plus de 30'000 litres de lait humain pasteurisé, au montant de 4 millions de dollars américains. Le besoin croissant de recueillir, de collecter et de redistribuer le lait humain et la pratique de plus en plus courante de donner et d'acheter du lait humain ont ouvert la voie à des questions éthiques qu'il faut désormais examiner. Les auteurs en ont rassemblé quelques-unes qu'ils ont classées dans quatre catégories : 1) En ce qui concerne le manque relatif de lait humain et de donneuses, comment les gouvernements peuvent-ils intégrer une politique du don du lait dans une stratégie plus générale de l'allaitement

maternel qui viserait à améliorer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ? Comment mieux informer les mères et les professionnels de la santé sur la question du don du lait et des banques de lait humain ? Faut-il développer des campagnes à ce sujet – sont-elles la solution ? Devrait-on fixer à 12 mois la limite pour les donneuses de lait ? 2) En ce qui concerne la décision et le consentement en connaissance de cause, il semble que la recherche sur les bienfaits du lait humain pasteurisé ne fait que commencer et il n'est pas forcément toujours très clair si l'on devrait choisir du lait maternel donné plutôt que du lait artificiel (ou vice versa). Sur quels critères les médecins devraient-ils baser leurs conseils aux parents ? Que connaissent-ils vraiment du don de lait maternel ? Comment les parents doivent-ils décider ? Quels mécanismes de contrôle existe-t-il pour éviter les conflits d'intérêt des médecins par rapport aux alternatives qu'ils proposent ? 3) En ce qui concerne la distribution de lait et étant donné le manque relatif de lait humain pasteurisé, qui devrait y avoir droit en priorité ? Qui décide ? Quels mécanismes et directives devraient être mis en place, y compris au sein des associations de banques de lait humain, pour s'assurer que ceux qui en ont le plus besoin le reçoivent en priorité ? Comment les politiques de distribution des nouvelles organisations et agences – dont certaines visent à faire du profit – peuvent-elles être mieux contrôlées ? 4) En ce qui concerne la commercialisation et la demande accrue de lait humain, les banques et les organismes à but lucratif et non-lucratif cherchent à augmenter les quantités recueillies et pour cela développent des pratiques de marketing qui ne sont pas toujours éthiques. Dans le cas de banques visant à faire du profit, quand ce dernier devient-il « trop » élevé, voire indécent ? Comment peut-on s'assurer que les donneuses sont au courant et acceptent que le lait qu'elles donnent sera peut-être vendu à d'autres à profit ? Quelles pratiques commerciales sont acceptables, et lesquelles ne le sont pas pour recueillir de plus grandes quantités de lait auprès des mères ? Les agences qui collectent le lait devraient-elles avoir le droit d'offrir des cadeaux ou primes aux mères et aux hôpitaux ? Les auteurs de cet article espèrent que des études nouvelles permettront de répondre à tout cela et à une question fondamentale à leurs yeux : comment reconnaître l'effort et faire justice aux mères donneuses face à tous ceux qui tirent bénéfice de leurs dons (individus, banques de lait, organismes à but lucratif) ?

---

**Akre JE, Gribble KD, Minchin M. Milk sharing: from private practice to public pursuit. *International Breastfeeding Journal* 2011;6:8**

Au cours des derniers mois et des dernières années, l'Internet a permis, via Facebook et surtout deux

sites spécialisés, *Eats on Feets* et *Human Milk 4 Human Babies*, le développement extraordinaire des dons de lait humain en dehors de la sphère commerciale. En 2011, en seulement 6 mois, les échanges se sont étendus à 50 pays dans le monde et il semble que cette tendance est là pour rester. Alors qu'on pourrait dire que les dons de mère à mère représentent aujourd'hui ce que représentaient les nourrices autrefois, soit, d'une certaine façon, quelque chose qui a existé de tout temps, ces dons rencontrent de fortes oppositions. Les auteurs cherchent à en expliquer les raisons : 1) Depuis longtemps le lait des femmes porte en lui une charge de suspicion (par exemple, autrefois, des croyances telles que la transmission des traits physiques, de la personnalité, de la moralité, ou de la santé de la donneuse ; aujourd'hui, la transmission d'infections par le lait), qui semble avoir augmenté avec les dons sur le net. Il faut développer des méthodes et directives pour contrôler la qualité du lait car ceci est une réelle préoccupation que l'on ne peut ignorer. 2) Les dons de mère à mère sont perçus comme défiant l'establishment médical lequel n'a aucun contrôle sur les échanges ou sur la qualité du lait donné. Il est essentiel de mettre sur pied des études basées sur des preuves scientifiques, d'élaborer des directives et de développer des collaborations entre autorités sanitaires et réseaux d'échanges afin de changer ces attitudes et *a priori*. 3) Les dons de mère à mère peuvent avoir pour conséquence que moins de lait est donné aux banques et qu'il ne parvient donc pas aux nourrissons qui en ont le plus besoin. Ceci semble en fait une idée fautive car les critères de sélection des donneuses des deux systèmes sont très différents et ne correspondent pas les uns aux autres, pas plus d'ailleurs que les nourrissons eux-mêmes : les banques de lait distribuent leur lait à des bébés hospitalisés - prématurés, malades ou de faible poids ; le lait donné par Internet est distribué à des enfants en santé dont la mère ne peut leur donner son propre lait pour une raison ou une autre, par exemple parce qu'elle travaille). Les auteurs insistent sur le fait que ce nouveau moyen de distribuer du lait humain n'est pas sans risques et que les autorités sanitaires ont un rôle central à jouer pour rendre la pratique aussi sûre que possible (en développant par exemple des directives, des moyens de soutien, de l'information, un contrôle des donneuses, des méthodes d'échange fiables, des modes d'alimentation sûrs, échange des dossiers médicaux, etc.). Géré et évalué de façon sérieuse, le nouveau modèle « inventé par les mères pour les mères et leurs bébés » est riche en possibilités et offre l'avantage certain de permettre aux nourrissons, qui, autrement, auraient probablement été nourris au lait artificiel, de bénéficier du lait d'une autre maman.

**Johnson S, Williamson I, Lyttle S, Leeming D. Expressing yourself: a feminist analysis of talk around expressing breast milk. Soc Sci Med 2009;69:900-7**

Cette recherche, basée sur des données provenant d'une étude longitudinale d'expériences liées à l'allaitement, a voulu mettre en parallèle la pratique de tirer son lait et le discours qui l'entoure chez 20 femmes de Grande Bretagne (mères primipares ayant l'intention d'allaiter, naissance unipare d'un bébé né à terme, pas de complications médicales pendant la période pré- et postnatale, mère âgée d'au moins 16 ans, de race blanche et dont le niveau d'éducation était assez élevé/élevé). Les auteurs ont relevé cinq raisons qui expliquaient pourquoi ces mères avaient décidé de tirer leur lait : 1) une manière de gérer la douleur tout en continuant à allaiter ; 2) une solution à l'inefficacité de leur corps ; 3) une manière d'augmenter/mettre un terme au processus de rapprochement entre mère et bébé ; 4) une façon de résoudre le problème de l'alimentation dans un lieu public ; et 5) une manière de trouver un équilibre entre se ménager des moments d'indépendance et se soumettre aux exigences de l'allaitement. En replaçant le discours des mères dans le contexte plus large d'une réflexion socioculturelle sur le corps féminin, les auteurs ont ensuite analysé si et comment le fait de tirer son lait était une manière pour ces mères de chercher à contrôler leurs fonctions maternelles. Ainsi, à leurs yeux, tirer son lait était une manière pour ces mères de créer une image d'un « bon corps maternel » : cette pratique les aidait à gérer les difficultés et les contradictions de l'allaitement tout en leur donnant les moyens de s'adapter au mode de vie occidental. Et donc, pour les auteurs, tirer son lait est une pratique contemporaine visant à « trouver un équilibre entre les différentes exigences » auxquelles les femmes sont soumises, et on peut donc la considérer comme une manière pour les mères de s'autonomiser. Mais, toujours d'après les auteurs, cette étude a également permis de montrer que le discours et la pratique relatifs au fait de tirer son lait se trouvent confinés dans un contexte social plus large qui s'appuie sur des constructions de relations de pouvoir basées sur le genre, et de ce fait donc, diminuent les possibilités des femmes en ce qui concerne l'alimentation des nourrissons.

---

**Slusher TM, Slusher IL, Keating EM, Curtis BA, Smith EA, Orodriyo E, Awori S, Nakakeeto MK. Comparison of maternal milk (breastmilk) expression methods in an African nursery. Breastfeed Med 2012;7:107-11**

On trouve depuis peu en Uganda des tire-lait doubles électriques pour aider au cours des

premiers jours suivant leur accouchement les mères de nourrissons prématurés ou malades à stimuler leur production de lait et à vider leurs seins le plus aisément possible. Ces tire-lait électriques ne se trouvent que dans les grandes pouponnières centrales bénéficiant d'une production électrique fiable ; de plus, ils sont chers à l'achat comme au maintien. Les tire-lait simples, manuels, sont une alternative à envisager également. Sans oublier que de nombreuses mères, lorsqu'elles sont encouragées et soutenues, arrivent facilement à obtenir des volumes suffisants de lait maternel (VLM) en tirant leur lait manuellement, sans l'aide de tire-lait. Cette étude compare les VLM de 161 mères dont les nourrissons étaient placés en pouponnière à soins spéciaux et qui ont utilisé soit des tire-lait doubles électriques (Groupe 1, n = 55) ou des tire-lait simples non-électriques (Groupe 2, n = 59) ou qui ont tiré manuellement leur lait sans l'aide d'aucun tire-lait (Groupe 3, n = 47). Les données ont été recueillies du jour 1 au jour 7 postpartum ; on a mesuré le VLM moyen de chaque groupe et comparé ces moyennes entre elles. La quantité moyenne quotidienne de VLM était de 647mL dans le Groupe 1, de 529mL dans le Groupe 2 et de 434mL dans le Groupe 3. La différence entre les groupes 1 et 3 était significative statistiquement, mais les différences entre les groupes 1 et 2 et entre les groupes 2 et 3 ne l'étaient pas. Les auteurs en ont conclu que les tire-lait électriques doubles permettaient d'obtenir le volume moyen le plus élevé ; mais que de nombreuses mères obtenaient des volumes satisfaisant les besoins alimentaires quotidiens de leur nourrisson avec des tire-lait simples non électriques ou en tirant manuellement leur lait.

---

**Hsu HT, Fong TV, Hassan NM, Wong HL, Rai JK, Khalid Z. Human milk donation is an alternative to human milk bank. *Breastfeed Med* 2012;7:118-22**

Dans de nombreux services de soins intensifs néonataux, on trouve une banque de lait, source de lait humain. Mais certains hôpitaux se passent de ce service pour des raisons religieuses ou financières. Dans les sociétés musulmanes par exemple, et selon le concept de Mahram du Saint Coran, une femme qui donne son lait à un nourrisson est considérée liée maternellement à cet enfant ; il est interdit aux enfants ayant reçu du lait d'une donneuse et les enfants de cette dernière de se marier entre eux. Cela pose donc un problème à la mise en place de banques de lait qui collectent le lait de plusieurs donneuses. Le service de nourrices pourrait être une alternative, mais ce n'est plus une pratique aussi étendue que par le passé, surtout depuis l'introduction des laits artificiels commercialisés. Cette étude avait pour but d'évaluer la faisabilité

d'une banque de lait humain dans un hôpital privé à Sabah, en Malaisie - une société à prédominance musulmane. Le don « privé » (ou d'individu à individu) de lait humain basé sur des principes islamiques, fut introduit dans l'hôpital plutôt que le système habituel des banques de lait. La donneuse-type fut définie comme une mère en bonne santé qui partageait sa chambre avec son nouveau-né, était négative au HIV et à la syphilis, et dont le lait tiré était en surplus des besoins de son nourrisson. Suite à une acceptation officielle du don de lait de la famille receveuse et de la donneuse, les deux parties se rencontraient pour remplir l'obligation religieuse, à savoir, que la donneuse connaisse les parents du receveur. Dès que les parties acceptaient le don et en comprenaient les implications religieuses, ils devaient signer un document de consentement autorisant ce don. Le lait, non-pasteurisé dégelé, n'était donné au nourrisson qu'après ce consentement écrit. Les noms et religions des deux parties étaient inscrits dans le dossier médical du nourrisson et dans le dossier de dons de lait de l'hôpital, permettant ainsi de retracer le receveur à partir de la donneuse et cette dernière à partir du premier. Il n'y avait aucune compensation monétaire dans tout le processus. L'étude a été conduite de janvier 2009 à décembre 2010 ; 48 nourrissons ont ainsi reçu un don de lait maternel ; 42 des enfants se trouvaient dans la pouponnière des soins spéciaux et les six autres en pédiatrie ; parmi les nourrissons ayant reçu du lait donné, 60% étaient prématurés ; 88% des donneuses et 77% des receveurs étaient musulmans. Les auteurs ont conclu que ce don « privé » d'individu à individu de lait humain est une option réaliste pour des hôpitaux qui n'ont pas de banque de lait dans une société à prédominance musulmane.

---

**Li R, Magadia J, Fein SB, Grummer-Strawn LM. Risk of bottle-feeding for rapid weight gain during the first year of life. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:431-6**

Cet article et l'éditorial qui lui est attaché (*Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:483-4) montrent très clairement qu'alimenter un enfant avec du lait maternel ou l'allaiter (directement au sein) sont des pratiques tout à fait distinctes. L'étude a été menée pour mieux comprendre les mécanismes derrière l'allaitement et l'obésité dans l'enfance, en mesurant le lien entre prise de poids et mode d'alimentation, quel que soit le type de lait donné. Une cohorte de 1'899 nourrissons recrutés entre mai 2005 et juin 2007 à travers tous les Etats-Unis par un groupe de consommateurs, a été suivie depuis la naissance jusqu'à l'âge d'un an. Les enfants ont été pesés au moins trois fois à 3, 5, 7 et 12 mois. Le gain de poids des nourrissons fut réparti selon le type de lait (lait maternel, lait

artificiel) et le mode d'alimentation (sein, biberon) en six catégories/proportions qui s'excluaient mutuellement. Comparés aux nourrissons allaités, ceux qui étaient alimentés seulement au biberon prenaient en moyenne respectivement 71g ou 89g de plus par mois selon qu'on leur donnait exclusivement du lait artificiel ou du lait humain. Parmi les nourrissons qui ne recevaient que du lait humain, la prise mensuelle de poids augmentait de 729g quand ils ne recevaient qu'une petite partie de leur alimentation au moyen du biberon, et jusqu'à 780g quand la plus grande part était donnée au biberon. Les auteurs en ont conclu que la prise de poids peut être associée non seulement au type de lait consommé mais également à la manière dont il est donné. Si l'on ne tient pas compte du type de lait, l'utilisation du biberon peut se distinguer de l'allaitement quant à ses effets sur la prise de poids.

Dans l'éditorial, les auteurs expliquent pourquoi les parents utilisent un biberon pour nourrir leur bébé au lait maternel: 1) les mères qui travaillent et qui veulent donner du lait maternel à leurs bébés, et qui trouvent cela difficile dans le cadre de la législation américaine sur le congé maternité ; 2) les pères, de plus en plus impliqués dans les soins à leurs enfants, qui désirent les nourrir comme un moyen de créer un fort lien affectif ; 3) les parents, inquiets de la quantité de lait que leur nourrisson avale, qui sont confortés par le fait qu'ils peuvent vérifier avec le biberon alors qu'ils ne le peuvent pas avec le sein. Dans tous ces cas, mères et pères veulent faire ce qu'il y a de mieux pour leurs enfants, mais doivent choisir une façon non-naturelle étant donné le contexte qui ne favorise pas l'allaitement maternel.

---

**Allaitement Actualités est une publication de l'Association genevoise pour l'alimentation infantile (GIFA), membre du Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN).**

**Rédactrice invitée : Gillian Weaver. Equipe éditoriale : Adriano Cattaneo, Marina Ferreira Rea, Lida Lhotska, Robert Peck, Elaine Petitat-Côté. Traduction : Elaine Petitat-Côté. Mise en pages : Lena Nyffenegger.**

**Des copies papier des numéros 1 à 43 d'*Allaitement Actualités* peuvent être commandées à : GIFA, Avenue de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse, fax : +41 22 798 44 43, e-mail : [info@gifa.org](mailto:info@gifa.org). À partir du n°44, les numéros sont accessibles en ligne uniquement, à l'adresse : [www.ibfan.org](http://www.ibfan.org). Également disponible en anglais, arabe, espagnol et portugais.**