



LA TRIBUNE DES LECTEURS



De retour de la JIA

Un grand bravo et un grand merci à toutes celles qui ont œuvré pour le succès de cette JIA, depuis les propositions d'intervenants et les contacts préalables, jusqu'à la gestion des inscriptions et des dossiers, la réalisation du Hors Série des DA, l'organisation sur place, l'accueil, et j'en oublie sûrement. Ce fut un succès « royal », digne du cadre de Versailles. Transmettez aussi ma gratitude et celle du public aux intervenants.

Une réflexion personnelle, à chaud, sur l'impact et la culture autour de l'allaitement, en 18 ans d'évolution après la première manifestation : il me semble que se récoltent les fruits de tout ce travail de communication, d'information, de recherches exposées. Si les débats, il y a 20 ans, étaient centrés sur les choix des femmes et la « volonté » d'être mère d'une certaine façon (avec le thème culpabilité-liberté, résistances aux pratiques normatives et l'arrière plan politique), une évolution radicale peut être constatée en 2005 : vous avez réussi à centrer le débat sur les besoins et le choix du BEBE, avec des preuves et observations rigoureuses et pas « une vue de l'esprit ». Qui plus est, cela est à présent bien accepté, à cause de toutes les sensibilisations préalables, et de la synergie avec d'autres disciplines qui évoluent dans le même sens (reconnaissance de l'attachement, conséquences à long terme, résilience, construction de la personne dès la petite enfance, etc).

Donc, le principal intéressé, le bébé, est au centre des pratiques et des recherches, et on apprend à le décoder mieux ; oserons-nous parler de l'émergence, grâce à la JIA 2005, à l'instar de « l'évidence-based medicine », d'une puériculture – enfin – basée sur les besoins évidents du bébé ? Loin des projections éducatives et idéologiques, restaurer le bébé comme sujet, même s'il est « infans » (= avant l'âge de la parole), ne peut que conduire à respecter les parents comme sujets responsables, et faire que les professionnels se respectent entre eux.

Donc beaucoup de raisons d'espérer malgré le chemin qui reste à parcourir dans le sens où il y a de la lumière (cf Pr Maria). Voilà ma lecture des « tendances 2005 ».

Francine Morel – Pédiatre
Pau (64)

Echange de points de vue

L'un de mes enfants séjourne actuellement pour une année dans une famille australienne... chez une consultante en lactation, Denise Fisher. Nous correspondons régulièrement par e-mail sur nos pratiques professionnelles, et je vous livre ci-dessous quelques-uns de nos échanges.

Marie COURDENT – Lille (59)
Animatrice LLL - Puéricultrice
Consultante en lactation IBCLC
Formatrice LLL France Formation

Denise FISHER
Brisbane (Australie)
Sage-Femme – Infirmière
Consultante en lactation
www.health-e-learning.com

MC. J'ai suivi le cours sur les prématurés sur votre site (Health e-Learning). En France, les mères qui souhaitent donner leur lait à leur bébé prématuré (ou même à leur bébé né à terme et hospitalisé) doivent avoir été dépistées pour le VIH, le HTLV-1, le HTLV-2, l'hépatite B et C, mais pas pour le CMV. Si les tests sont négatifs, leur bébé pourra recevoir leur lait frais s'il est tiré depuis moins de 12 heures ; s'il est tiré depuis plus longtemps, le lait sera pasteurisé. Certains pédiatres souhaiteraient que la pasteurisation du lait se fasse à une température plus élevée que celle recommandée par la loi (63°C pendant 30 minutes). Ils ont vis à vis du don de lait maternel cru une attitude de défiance qui s'apparente à celle du don du sang depuis l'affaire du VIH. En Australie, est-ce qu'on pasteurise le lait que la mère tire pour son prématuré ? Dans quels cas ? Par exemple pour les prématurés de moins de 32 semaines dont la mère est séropositive pour le CMV ?

DF. J'ai demandé à d'autres consultantes en lactation qui travaillent ici en néonatalogie, et aucune mère n'est testée pour le VIH sauf s'il existe des facteurs de risque, qui devraient avoir été identifiés pendant la grossesse, la recherche étant faite à ce moment si la mère est d'accord. Le dépistage de l'hépatite B et C est fait en routine pendant la grossesse ; si une mère est séropositive pour l'une ou l'autre, il n'y a aucune raison pour qu'elle ne puisse pas allaiter, même si son bébé est prématuré. Les bébés dont la mère est séropositive pour l'hépatite B reçoivent une injection d'immunoglobulines à la

naissance. Ils reçoivent ensuite le lait cru de leur mère, ainsi que les bébés dont la mère est séropositive pour l'hépatite C. Ces hépatites ne sont pas transmises par le lait maternel.

Nous ne pasteurisons pas du tout le lait maternel ; de toute façon, nous n'avons hélas pas de lactariums ici. Le principal service de néonatalogie de Brisbane, où sont admis les plus grands prématurés de toute la région, encourage les mères à tirer leur lait pour leur bébé. Ce lait est conservé au réfrigérateur jusqu'à 3 jours, et il est donné non traité. S'il n'est pas prévu d'utiliser le lait dans les 3 jours qui suivent son expression, la mère le congèle et le rapporte chez elle.

Le VIH est un virus très fragile, qui est très rapidement détruit dans le lait humain. La pasteurisation Pretoria (une méthode « artisanale » de pasteurisation) est simple et peu coûteuse, et elle inactive totalement le virus. Il n'existe aucune évidence scientifiquement fondée permettant de penser qu'il peut y avoir un quelconque avantage à pasteuriser le lait à une température plus élevée que celle recommandée pour la pasteurisation Holder ; le seul impact sera d'augmenter les pertes en certains éléments protecteurs du lait humain. Je trouve très triste de voir que l'on complique ainsi l'allaitement chez les mères de prématurés. Le lait maternel est le médicament le PLUS IMPORTANT que ces bébés peuvent recevoir, et je trouve que les services de néonatalogie doivent avoir pour objectif un taux de 100% d'alimentation avec du lait maternel chez les prématurés, tout au moins pendant leur séjour dans le service.

MC. Les politiques divergent vraiment d'un pays à l'autre. Aux USA, on ne fait pas non plus de bactériologie sur le lait tiré par une mère pour son enfant. Dans la brochure de la HMBANA (Human Milk Banking Association of North America, Ed 2005), il est écrit que « La bactériologie en routine sur le lait tiré par une mère pour son enfant est coûteuse et n'est que rarement intéressante sur le plan clinique. Le délai nécessaire pour les recherches bactériologiques implique également que le bébé pourrait ne pas recevoir le lait maternel frais, qui est le meilleur choix. » Ce serait vraiment bien si nous avions le même discours en France. Dans notre pays, les pédiatres craignent beaucoup que le lait maternel soit contaminé par des germes. C'est la raison pour laquelle on pasteurise le lait tiré par une mère pour son enfant, et on recherche cette contamination avant et après pasteurisation. Et parfois, on jette le lait. Est-ce qu'en Australie on teste le lait maternel sur le plan bactériologique ? Est-ce que c'est un problème pour vous ?

DF. Non, nous ne faisons aucun test bactériologique sur le lait qu'une mère tire pour son bébé. Nous informons les mères sur les bonnes pratiques d'hygiène en matière d'expression du lait, et nous avons très très peu de problèmes.

MC. Cela m'étonne que vous ne fassiez pas de dépistage pour le HTLV-1, alors que vous êtes proches de l'Asie et du Japon. En

France, on dit que le HTLV-1 est fréquent en Asie.

DF. Je n'ai jamais entendu parler d'une personne qui soit séropositive pour ce virus en Australie. J'ai trouvé une étude concluant que le risque d'être contaminé par le HTLV-1 en Australie par le biais d'une transfusion sanguine était inférieur à 1/1 million. C'est le risque pour la popula-

tion générale australienne, je pense que c'est encore plus bas dans la population des mères qui tirent leur lait. L'Australie compte 20 millions d'habitants, c'est dire à quel point le risque est faible, surtout comparé à l'augmentation de la morbidité infantile liée à l'alimentation au lait industriel, ou même de la mortalité. Cela m'étonnerait que le risque lié au HTLV-1 soit plus élevé en France.

ETHIQUE FINANCIÈRE

À PROPOS DE L'INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS

ou dans quelles conditions percevoir des financements dans une démarche d'obtention (ou de maintien) du label « Ami des Bébé » ?

Lorsqu'un service désire obtenir ou maintenir le label « Ami des Bébé », il est indispensable qu'il s'attache aux deux points suivants :

1. Le respect du Code de commercialisation des substituts du lait maternel (Assemblée Mondiale de la Santé, AMS 34.22, 1981)

Les exigences du Code portent sur tous les substituts du lait maternel, les biberons et les tétines. En ce qui concerne les agents de santé et les établissements, les éléments pertinents sont :

- L'achat du lait (article 6-6)
- L'interdiction des échantillons (article 7-4)
- L'interdiction des affiches ou gadgets (articles 6-2, 6-3)

Médicaments et Allaitement Compilation des Coins du Prescripteur des Dossiers de l'Allaitement

A commander à :

F. Railhet,
68 av P.V. Couturier
93330 NEUILLY SUR MARNE
Tél : 01 43 08 56 02
Fax : 01 43 08 50 95
Courriel : dossiers@lllfrance.org

Paiement à l'ordre de LLL France :
12,00 € port compris

- L'interdiction d'avantages matériels en espèces ou en nature (article 7-3)

Le Code n'interdit pas les dons de matériels, d'équipement ni les financements d'études et autres activités, mais exige la transparence au niveau de l'institution (articles 4-3, 7-5).

Au vu de ces articles du Code, la situation spécifique à la France requiert de se pencher sur le fonctionnement des associations qui existent dans les services.

Le comité d'attribution du label sera donc attentif aux points suivants :

- **Un financement diversifié** : s'il existe une ou plusieurs associations dans l'établissement, il est important qu'elles ne soient pas subventionnées seulement par des fabricants de lait industriel ; des efforts seront faits pour diversifier la provenance des financements.
- **Une transparence interne** : les responsables s'assureront de la transparence interne de l'association ; le personnel sera tenu informé des actions des associations.

2. Une réflexion sur les conflits d'intérêts (Résolution de l'AMS 49.15, 1996)

La CoFAM propose à chaque équipe de mettre en route une réflexion sur les conflits d'intérêts possibles entre les sources de financement et l'IHAB au sein des associations ou du service lui-même. La CoFAM met en place un comité qui pourra aider les établisse-

ments ainsi que les organismes de formation dans cette réflexion.

Le comité d'attribution du label pourra demander des preuves de l'évolution de l'établissement lors des réévaluations.

Selon l'évolution de la réflexion et de la situation dans notre pays, en particulier l'implication des pouvoirs publics, le niveau de ces demandes pourrait augmenter.

Recommandations établies par le groupe « financements » et adoptées par le Conseil d'Administration de la CoFAM - 01/2003.

Coordination Française pour l'Allaitement Maternel Groupe de travail « Initiative Hôpital Ami des Bébé »

Siège social :
22 rue Chènedollé, 14500 Vire

Secrétariat de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé

12 rue Parmentier,
33510 Andernos les Bains
Tél : 05 56 82 07 59
Fax : 05 56 26 00 84

Courriel :
kristina.lofgren@wanadoo.fr