

Le partage de lait : d'une pratique privée à une démarche publique

International Breastfeeding Journal 2011, 6:8 doi:10.1186/1746-4358-6-8

Date de publication : 25 juin 2011

Article URL : <http://www.internationalbreastfeedingjournal.com/content/6/1/8>

Auteurs :

James E Akre¹, Karleen D Gribble², Maureen Minchin³

¹Genève, Suisse

²Ecole d'infirmières et de sages-femmes, Université de Sydney Ouest, Australie

³Geelong, Victoria, Australie

Auteur correspondant : James Akre

Adresses courriel:

JEA: james.akre@gmail.com

KDG: karleeng@uws.edu.au

MM: mminchin@ncable.net.au

Version française préparée par Murielle Bourbao

Administratrice HM4HB, France

murielle.bourbao@free.fr

Résumé

Après six mois seulement, un modèle de partage de lait non commercial basé sur Internet fonctionne dans une cinquantaine de pays, mettant en relation des mères qui peuvent donner du lait maternel aux responsables de bébés qui en ont besoin. Certaines autorités sanitaires ont d'emblée condamné cette initiative. Même si les femmes ont toujours partagé leur lait, dans beaucoup de circonstances les préparations pour nourrissons (lait artificiel) sont devenues l'alternative « évidente » au lait maternel de la mère. Pourtant, une recommandation approuvée internationalement soutient le partage de lait de mère à mère comme la meilleure option après le lait de la mère. Pourquoi ce rejet ? Plusieurs possibilités viennent à l'esprit : 1) l'ignorance et les préjugés autour du partage de lait maternel ; 2) la perception d'une menace contre l'establishment médical, par un système où les mères exercent un contrôle indépendant ; et 3) l'inquiétude que le partage de lait de mère à mère ne menace les banques de lait (lactariums).

Nous ne prétendons pas que le partage de lait est sans risque ou qu'Internet est une plateforme idéale pour le promouvoir. Nous encourageons plutôt les autorités sanitaires à étudier cette initiative avec soin, à comprendre ce qui se passe et à fournir les ressources nécessaires pour rendre le partage de lait de mère à mère aussi sûr que possible. Les autorités sanitaires reconnaissent que la vie est pleine de risques, en conséquence elles promeuvent des stratégies de réduction des risques et de minimisation des dommages. Pourquoi en serait-il différent pour les bébés n'ayant pas accès au lait de leur mère ? Plus les risques d'utiliser des substituts au lait humain sont connus, plus le choix des parents d'utiliser le lait d'une donneuse paraît raisonnable. Nous croyons que le niveau du risque intrinsèque est gérable par le partage informé. S'il est correctement entrepris, géré et évalué, ce modèle créé par des mamans possède un potentiel considérable pour accroître les réserves mondiales en lait humain et améliorer la santé des enfants.

Contexte

Nous suivons avec fascination, admiration et inquiétude le partage de lait humain de mère à mère devenir international via Internet [1, 2]. Fascination, parce que cette pratique sans âge et privée est soudain devenue publique, un sujet de discussion sans précédent à la fois entre individus et dans les médias populaires. Admiration, parce qu'il conduit l'entraide et la solidarité féminine à un niveau encore inégalé, démontrant comment les femmes peuvent innover en s'attaquant de front à la pénurie de lait maternel et en démentant le statut de substitut obligé des laits artificiels. Inquiétude, parce que certaines autorités sanitaires, notamment au Canada, aux Etats-Unis et en France, l'ont condamné d'emblée [3-5].

Cette variante moderne d'une pratique aussi ancienne que notre espèce [2] appelle une étude plus approfondie qu'un succinct « refusez net ! ». Après seulement six mois et sous l'influence exclusive de mères de famille et d'elles seules, le partage de lait basé sur Internet – illustré par deux sites, Eats On Feets ("Bouffe Sur Pattes", jeu de mots d'après "Meals On Wheels" soit "Repas Sur Roues", organisme anglo-saxon livrant des repas à domicile aux personnes âgées ou handicapées, ndlt) et Human Milk 4 Human Babies ("Lait Humain Pour Bébé Humain", ndlt) [1, 2] – est déjà fonctionnel dans près de 50 pays. Les deux utilisent Facebook pour mettre en relation des mères grâce à un modèle non commercial où le lait maternel n'est pas à vendre mais est donné gracieusement. Très informées et hautement motivées, des femmes ont commencé à étendre leur contrôle sur la disponibilité et l'utilisation du lait humain et il est improbable qu'elles en soient dissuadées par des autorités sanitaires critiques ou défavorables. De fait, elles n'attendent l'autorisation de personne – les donneuses en assurant la disponibilité de lait maternel pour des enfants autres que les leurs, et les receveurs en satisfaisant les besoins nutritionnels d'enfants qui sinon auraient été nourri artificiellement (i.e. avec du lait artificiel).

Le partage de lait sur Internet

Dans de nombreux cas, le lait maternel et l'allaitement ont été sous-estimés, et les mérites nutritionnels et la sûreté des laits artificiels exagérés (pour une discussion plus complète sur ce sujet, voir Hausman [6]). Résultat : les laits artificiels sont considérés comme l'alternative « évidente » au lait de la mère. Cependant, la recommandation internationale pour l'alimentation du nourrisson, en place depuis 25 ans, décrit un ordre de préférence différent pour les bébés qui ne sont pas nourris au sein mais pour qui le lait maternel reste la nourriture privilégiée : le lait maternel tiré par la propre mère de l'enfant, suivi du lait maternel d'une nourrice ou d'un lactarium [7]. En outre, en 2003 l'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que « Dans ces rares situations sanitaires où le nourrisson ne peut ou ne doit pas être nourri au sein, le choix de la meilleure solution de remplacement – que ce soit du lait exprimé de la mère, du lait provenant d'une nourrice en bonne santé ou d'une banque de lait maternel, ou encore un substitut du lait maternel administré dans une tasse (...) dépend des différentes circonstances » [8]. Les personnes responsables du bébé peuvent rechercher du lait humain donné en direct pour éviter les risques inhérents à l'utilisation de préparations pour nourrissons.

Bref, si une recommandation internationalement approuvée existe déjà qui valide le partage de lait de mère à mère comme étant la meilleure alternative au lait de la propre mère de l'enfant, pourquoi le rejet de ce modèle basé sur Internet ? Plusieurs raisons viennent à l'esprit.

Premièrement, il y a un long historique de méfiance autour du lait de femme. Pendant des siècles, les gens se sont inquiétés de l'impact sur les enfants allaités des caractéristiques physiques et morales de la femme les allaitant, de son style de vie, de son régime alimentaire et de sa santé [9]. La suspicion persiste aujourd'hui, portant particulièrement sur la transmission possible d'infections par le lait maternel [10], ce qui constitue l'inquiétude principale concernant ces groupes basés sur Internet. Bien que ces inquiétudes soient les mêmes quel que soit le mode de partage, le fait qu'Internet soit utilisé semble accroître ces peurs.

Deuxièmement, ce modèle basé sur Internet peut être perçu comme une menace pour l'establishment médical : un système fonctionnant en dehors de son influence, qui ne peut pas être régulé et où les mères, et uniquement elles, exercent un contrôle. Ce ne serait pas la première fois que des mères allaitantes agacent les autorités sanitaires. Les fondatrices des premiers réseaux organisés de soutien de l'allaitement de mères à mères, par exemple La Leche League et l'Australian Breastfeeding Association (Association australienne d'allaitement, ndlt), ont aussi été rejetées pour avoir préconisé des pratiques « radicales » [11] – aujourd'hui largement suivies et étayées par preuves médicales et scientifiques solides – comme le co-chambrage, l'allaitement à la demande et l'arrêt du pesage systématique avant-après tétée, ce qui donnait la responsabilité aux mères et non plus aux professionnels de la santé. Il se pourrait, avec le temps et l'accumulation des preuves scientifiques et médicales, que les inquiétudes au sujet du contrôle que les mères exercent sur le partage de lait maternel s'estompent de la même façon. Ce sera plus probablement le cas si les autorités choisissent de collaborer avec les mères pour fournir des informations susceptibles d'aider à établir un système de qualité de partage de lait sur Internet. Toutefois, les inquiétudes au sujet des mères et de leur lait ont déjà été identifiées [10].

Enfin, certains observateurs craignent que le partage de lait de mère à mère ne menace l'approvisionnement des quelques banques de lait humain (lactariums) existantes. Cependant, cette objection est sans fondement si le partage de lait de mère à mère implique des groupes différents de mères et de bébés. Les bébés recevant du lait d'un lactarium sont presque exclusivement des bébés malades et hospitalisés [12, 13], alors que ceux utilisant du lait provenant des réseaux basés sur Internet sont des bébés n'ayant pas droit au lait des lactariums. De la même façon, étant donné les critères d'exclusion – par exemple, un séjour prolongé au Royaume Uni (à cause d'une infection possible par la maladie de Creutzfeldt-Jakob), la consommation régulière de boissons caféinées, un bébé ayant plus de six mois ou une faible quantité disponible de lait – beaucoup de femmes désireuses de donner leur lait ne peuvent le faire. Par conséquent, le partage de lait de mère à mère devrait être considéré comme complémentaire des banques de lait et pas comme concurrentiel. De plus, l'accroissement des réseaux de partage de lait pourrait bien renforcer le système des lactariums en sensibilisant l'opinion publique sur l'importance du lait maternel, convainquant plus de mères répondant aux critères de donner et augmentant ainsi à la fois l'approvisionnement en lait maternel et le nombre de banques de lait. Cependant, certaines personnes impliquées dans l'activité des lactariums s'inquiètent que des cas de transmission de maladies via le partage de lait de mère à mère puissent avoir des effets négatifs sur les banques de lait, beaucoup d'entre elles ayant dû se battre contre des décideurs mal informés pour pouvoir s'établir. Cette inquiétude est fondée. Malheureusement, les maladies et les décès dus à l'alimentation artificielle sont rarement rapportés par les médias mais n'importe quelle conséquence défavorable au partage de lait humain serait largement médiatisée. Cette inquiétude souligne le besoin de conseils pour rendre le partage de lait de mère à mère aussi sûr que possible. Répondre par le rejet et la condamnation n'aidera pas les nourrissons.

La question qui doit évidemment se poser est celle-ci : pourquoi des bébés ont-ils besoin de lait maternel provenant de donneuses ? Dans certaines circonstances, le lait provenant de don est la seule option, par exemple lorsque la mère a subi une double mastectomie ou est décédée. Dans d'autres cas, la production insuffisante de lait de la mère a des causes sociales plutôt que physiologiques, comme lorsque les mères doivent retourner travailler et ne peuvent allaiter ou tirer leur lait sur leur lieu de travail, ou lorsque des attentes irréalistes quant à la fréquence et la durée des tétées conduisent à une lactation insuffisante. Bien sûr, la disponibilité de lait maternel provenant de donneuses ne doit pas arrêter ou faire décliner les efforts entrepris pour éliminer les obstacles à ce qu'une mère allaite son propre enfant. Fournir du lait maternel n'est pas la même chose qu'allaiter.

Nous ne disons pas non plus que le partage de lait maternel de mère à mère est dépourvu de risque, qu'Internet est le média idéal pour le promouvoir ou que les donneuses et les receveurs peuvent partager du lait maternel sans précaution. L'objectif d'aider les mères qui ne peuvent pas allaiter complètement leurs enfants n'est pas mieux accompli par un optimisme naïf que par une censure catégorique. En fait, en reconnaissant que les parents sont responsables de faire des choix éclairés sur les meilleures options pour leurs enfants, nous incitons les autorités sanitaires à comprendre les enjeux et à fournir un soutien pratique pour rendre le partage de lait humain de mère à mère aussi sûr que possible.

Les autorités sanitaires reconnaissent que la vie est pleine de risques, en conséquence elles promeuvent des stratégies de réduction des risques et de minimisation des dommages. Par exemple, Santé Canada (ministère de la santé canadien, ndlt) informe sur comment réduire le risque intrinsèque de contamination bactérienne des laits artificiels [14] et la Food and Drug Administration (bureau chargé de réguler les produits alimentaires et médicamenteux, ndlt) aux Etats-Unis alerte le public lorsque des campagnes de rappel pour raison de sécurité ont lieu sur les laits artificiels [15]. Les connaissances actuelles [16] montrent qu'il est impossible de nourrir sans risque un enfant avec du lait artificiel. Plus les risques d'utiliser des substituts au lait maternel sont connus, plus il paraît légitime que les parents choisissent d'utiliser du lait maternel provenant d'une donneuse. Une approche appropriée de réduction des risques associés au partage de lait pourrait inclure des informations sur la sélection des donneuses, sur les méthodes fiables pour les échanges, et les moyens de donner le lait à l'enfant et faciliter la diffusion volontaire des dossiers médicaux. La réflexion sur le procédé de partage de lait de mère à mère et sur les méthodes qui pourraient le rendre aussi sûr que possible devrait être l'objectif et le sujet des discussions futures sur le partage de lait.

Conclusion

Les mères sont le moteur de cette initiative. La communauté des professionnels de la santé publique est devant un choix : rester spectateurs ou agir, en aidant ceux qui se sont impliqués dans le partage de lait pour le rendre aussi sûr que possible. Nous demandons que l'action soit choisie, avec la conviction que le partage de lait maternel de mère à mère aura lieu malgré les avis contraires, que le niveau de risque est gérable et que les risques sont plus grands pour un enfant à ne pas recevoir de lait humain [16,17]. Nous croyons que s'il est étudié, géré et évalué correctement, ce modèle créé par les mères de famille possède un potentiel considérable pour augmenter l'approvisionnement en lait humain et améliorer la santé des enfants.

Intérêts concurrentiels :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt concurrentiel.

Contribution des auteurs :

JEA a conçu l'article; JEA et KDG l'ont ébauché ensemble. MM a fourni les analyses et données critiques. Les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Informations sur les auteurs :

JEA est un auteur et un commentateur intéressé par l'impact de l'environnement socioculturel sur la norme biologique universelle de la nutrition des enfants et par les chemins employés pour rendre à la normalité de la vie quotidienne l'allaitement et l'utilisation du lait maternel.

KDG est une chercheuse qui étudie la nutrition des nourrissons et une avocate de l'allaitement. Elle s'intéresse particulièrement à l'allaitement croisé et à l'allaitement par nourrice et a déjà écrit plusieurs articles publiés sur l'allaitement d'adoption et de placement.

MM est une historienne et une auteure largement publiée, qui a travaillé pendant plusieurs dizaines d'années à l'amélioration du niveau de connaissances, des attitudes et des pratiques des professionnels de santé, dans tous les domaines de la nutrition des nourrissons. Elle est actuellement engagée dans la recherche de différents aspects négligés de l'alimentation artificielle.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier le professeur Mary Renfrew, de l'Université de York, et Naomi Bar Yam, PhD, Mothers' Milk Bank de la Nouvelle Angleterre, pour leurs précieux commentaires.

Références

1. Eats on Feets [<http://www.eatsonfeets.org/#info>]
2. Human Milk 4 Human Babies [<http://www.hm4hb.net/index.html>]
3. Santé Canada s'inquiète de l'utilisation de lait humain non traité [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/advisories-avis/_2010/2010_202-fra.php]
4. Use of donor human milk [<http://www.fda.gov/ScienceResearch/SpecialTopics/PediatricTherapeuticsResearch/ucm235203.htm>]
5. L'Afssaps met en garde sur les risques liés à l'échange de lait maternel Communiqué [<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Communiqués-Points-presse/LAfssaps-met-en-garde-sur-les-risques-lies-a-l-echange-de-lait-maternel-Communique>]
6. Hausman BL: Viral Mothers: Breastfeeding in the Age of HIV/AIDS. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2011.
7. Organisation mondiale de la Santé : Lignes directrices concernant les principales circonstances sanitaires et socio-économiques dans lesquelles on est obligé d'alimenter les nourrissons au moyen de substituts du lait maternel. Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. WHA39/1986/REC/1. 1986.
8. OMS, UNICEF: Stratégie Mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Genève : OMS ; 2003.
9. Golden BE: A Social History of Wet Nursing in America: from breast to bottle. Athens, Ohio: Ohio University Press; 2001.
10. Hausman BL: Contamination and contagion: Environmental toxins, HIV/AIDS, and the problem of the maternal body. Hypatia 2006, 21:137-156.
11. HMB Creamer Research, Glick and Lorwin Group, Creamer Dickson Basford: Attitudes Towards La Leche League International: A Research Study Among Physicians. 1985.
12. Wight NE: Donor milk: down but not out. Pediatrics 2005, 116:1610.
13. Simmer K, Hartmann B: The knowns and unknowns of human milk banking. Early Human Development 2009, 85:701-704.
14. Enterobacter sakazakii infection and powdered infant formulas [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/securit/ill-intox/esakazakii/enterobacter_sakazakieng.php]
15. Alerts and safety information and reporting illnesses, injuries and problems [<http://www.fda.gov/Food/FoodSafety/ProductSpecificInformation/InfantFormula/AlertsSafetyInformation/default.htm>]
16. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, Trikalinos T, Lau J: Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries. Evidence Report/Technology Assessment No 153. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2007.
17. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS: How many child deaths can we prevent this year? (Child survival II). The Lancet 2003, 362:65-71.