



Une vache clonée pour essayer de reproduire du lait humain

Un laboratoire argentin a annoncé en juin 2011, la naissance de la première vache clonée au monde comportant deux gènes humains, afin de produire un équivalent du lait maternel qui pourrait protéger les nourrissons contre des maladies et favoriser leur développement !

«Cela ne va rien changer pour les femmes mais pour les bébés si, en les protégeant contre des maladies et en améliorant l'absorption de fer», a expliqué à l'AFP Nicolas Mucci, l'un des trois responsables des recherches menées par l'INTA et l'Université nationale de San Martin.

«L'objectif était d'améliorer la valeur nutritionnelle du lait de vache en ajoutant deux gènes humains, la protéine lactoferrine et le lysozyme», a déclaré un autre chercheur, Adrian Mutto, de l'Université nationale de San Martin, lors d'une téléconférence diffusée sur internet.

Le lysozyme est une enzyme très peu présente dans le lait de vache, mais en revanche on la retrouve dans le lait maternel de façon très concentrée. La lactoferrine existe chez tous les mammifères et permet d'assimiler le fer pour fabriquer des globules rouges. Mais elle est spécifique à chaque espèce, et donc la lactoferrine bovine n'agit pas sur les humains. Cette protéine favorise également la pousse des dents et le développement de cellules intestinales, antibactériennes, antivirales et antifongiques.

Réaction de la CoFAM

« Une vache clonée aussi motivée soit-elle ne produira jamais de lait humain de si tôt ! Le citoyen est à mon avis en droit de se demander si d'un point de vu éthique, et même scientifique, on a bien évalué les conséquences à terme de telles pratiques. Et si le jeu en vaut vraiment la chandelle aussi ! Je veux dire pour le citoyen et pas seulement pour l'industriel. J'invite ceux que cela intéresse à y réfléchir.

Car, le fait d'être proche du lait de femme est un argument régulièrement mis en avant chaque fois que l'on ajoute un ingrédient dans les préparations pour nourrisson ou lait en poudre pour bébé. Ces préparations sont à la base des mélanges de protéines de lait de vache, de graisses végétales, de lactose ou autres sucre et de minéraux rajoutés. En fait, le lait de femme contient « pas moins de 279 protéines spécifiques à l'espèce humaine » qui participent à la protection du bébé Sans même parler des *centaines* d'autres composants du lait maternel et autres propriétés que nous ne connaissons pas encore toutes aujourd'hui. Puisque chaque lait de femme est unique et spécifique, génétiquement et biologiquement unique.

La vache argentine avec ses deux seules protéines humaines kidnappées est donc encore bien loin de fabriquer du lait de femme ! Cet avatar est principalement un bon coup marketing ! Enfin, il ne fait aucun doute surtout que l'allaitement maternel est un grand moment de tendresse et d'échange entre la mère, l'enfant et le père aussi ; et cela le rend inégalable à tous points de vue."

Dans ce numéro il est question du lait maternel. De son intérêt immunologique pour le nouveau-né, mais aussi de « l'intérêt » de ceux qui essayent de le reproduire, et de l'intérêt de celles qui décident de se l'échanger sur Internet ! Le lait maternel fait parler de lui « victime de son succès » ! Il faut peut-être en passer par là pour qu'il puisse retrouver l'anonymat dû à tout ce qui est LA NORME !

Santé : L'établissement de la flore microbienne chez le nouveau-né
Page 2

Pratique : Assouplissement par contre pression
Page 4

Dossier : Le partage de lait humain
Page 6

EDITTO

SOMMAIRE

La connaissance de la flore bactérienne du nouveau-né, notamment la flore intestinale et les facteurs pouvant la modifier présente un intérêt capital pour la compréhension des infections nosocomiales du nouveau-né.

1 - ETABLISSEMENT DE LA FLORE MICROBIENNE NORMALE

In utéro, le fœtus vivait dans un environnement stérile. La colonisation microbienne commence immédiatement après la naissance.

Le nouveau-né est alors envahi par une flore microbienne dérivant essentiellement de celle de sa mère et de l'environnement immédiat.

La constitution de cette flore initiale dépend de certains facteurs tels que le mode d'accouchement, l'abondance du vernix caséosa à la naissance, le type d'allaitement (maternel ou artificiel) et le degré d'exposition à l'environnement hospitalier.

Dès les premières heures de vie, une flore bactérienne dite "normale", physiologique ou saprophyte s'installe.

La flore bactérienne digestive est cependant plus complexe ; elle atteint à partir de la 48^e heure de vie des taux de 199 à 1011 micro-organismes par gramme de fèces, chiffres proches de ceux observés chez l'adulte.

Cette flore est constituée essentiellement de Bifidobactéries, de Lactobacilles, d'Entérobactéries (surtout Colibacilles et Klebsielles), de Streptocoques (essentiellement du type D) et de bactéroïdes.

L'installation de cette flore est régulée par des mécanismes permettant la colonisation des surfaces épithéliales par certains micro-organismes, aboutissant ainsi dès les premiers jours de vie à un "équilibre écologique".

Parmi ces mécanismes, on peut individualiser :

- Les mécanismes permettant l'adhérence bactérienne aux surfaces par une sorte d'affinité bactérie cellule épithéliale.

- Les facteurs permettant la survie des micro-organismes dans l'environnement colonisé (pH, nutriments, oxygène..).

- Et l'interférence bactérienne permettant une compétition entre les bactéries aboutissant ain-

si à l'inhibition de l'une d'elles.

Certains facteurs exogènes influencent la constitution de cette flore "normale" en favorisant l'établissement de certaines bactéries.

Parmi ces facteurs, il faut citer essentiellement :

- Le type d'alimentation :

les nouveau-nés nourris au sein présentent dans leur flore intestinale une prédominance des Bifidobactéries à des taux qui atteignent rapidement 10⁷ à 10¹⁰ germes par gramme de fèces.

En présence de lait maternel (riche en lactose), ces Bifidobactéries induisent une fermentation lactique, diminuant le pH des selles, ce qui inhibe la prolifération des Colibacilles.

La présence d'IgA, de lactoferrine, de transferrine, du système lactoperoxydase, de lysozymes et de cellules (leucocytes, lymphocytes et macrophages) inhibe la colonisation intestinale par les Entérobactéries et les Streptocoques.

Les nouveau-nés nourris au lait artificiel ont une flore intestinale contenant moins de Bifidobactéries et plus d'E. coli, de Bactéroïdes, et d'autres anaérobies.

- L'environnement

a une influence indiscutable sur la composition de la flore bactérienne du nouveau-né.

A partir de la flore fécale et vaginale maternelle, le nouveau-né sera colonisé par les Entérobactéries, les Streptocoques et les anaérobies.

L'envahissement de la peau à partir du milieu environnant est rapide, se faisant par des micro-organismes à gram-négatif, du Staphylocoque blanc, des corynébactéries et des microcoques.

A l'hôpital, lieu privilégié de rencontres des germes les plus divers à hautes concentrations et sélectionnés par les traitements antimicrobiens, le nouveau-né s'expose à une contamination par des germes particulièrement antibiorésistants (Staphylococcus aureus et bacilles gram négatif).

- L'antibiothérapie dont l'utilisation "abusive" est de nature à perturber qualitativement et quantitativement la flore "normale" du nouveau-né.

2 - RÔLE DE LA FLORE "NORMALE" DANS LA RÉSISTANCE À L'INFECTION

La flore microbienne autochtone fait partie intégrante des défenses anti-infectieuses de l'organisme, en effet :

- en limitant la prolifération des germes pathogènes au niveau des surfaces muqueuses, elle réalise un "effet de barrière microbien".

Celui-ci peut être soit "drastique" aboutissant à l'élimination totale de la souche exogène, soit "permissif" permettant l'implantation du germe mais réprimant sa multiplication (c'est le cas des porteurs sains).

Les mécanismes des effets de barrière sont multiples et semblent être associés : effet de recouvrement mécanique par protection de muqueuse, sécrétion d'agents inhibiteurs, modification du pH, coopération enzymatique, compétition par une même substance nutritive et inhibition de l'adhérence de certains germes à la muqueuse ou blocage des sites spécifiques.

Par ailleurs, la flore "normale" a une action d'inhibition du passage de micro-organismes vivants au travers de la muqueuse de la lu-

mière intestinale vers le réseau lymphatique et éventuellement vers d'autres organes, et elle a aussi une action de dégradation et d'inactivation de certaines toxines bactériennes.

Les facteurs qui perturbent la flore normale" (alimentation, environnement, antibiotiques et facteurs iatrogènes) sont de nature à favoriser la colonisation des nouveau-nés par des micro-organismes pathogènes et à augmenter l'incidence des infections secondaires graves.

3 – Cycle entéro-mammaire

Ceci est un des aspects les plus fascinants des effets protecteurs de l'allaitement. Lorsqu'une mère a été exposée à différents virus et bactéries, son lait contiendra des anticorps spécifiques pour détruire ces germes. Par exemple, si une mère a été exposée à la bactérie *E. coli*, quelque heures après, son lait contiendra des IgA spécifiques contre cette bactérie. Le bébé sera donc protégé contre cette bactérie. Si la mère est exposée au virus de l'influenza, au bout de quelques heures son lait contiendra des anticorps spécifiques à ce virus ... évidemment aucune préparation commerciale n'a pu et ne pourra recréer cela !!

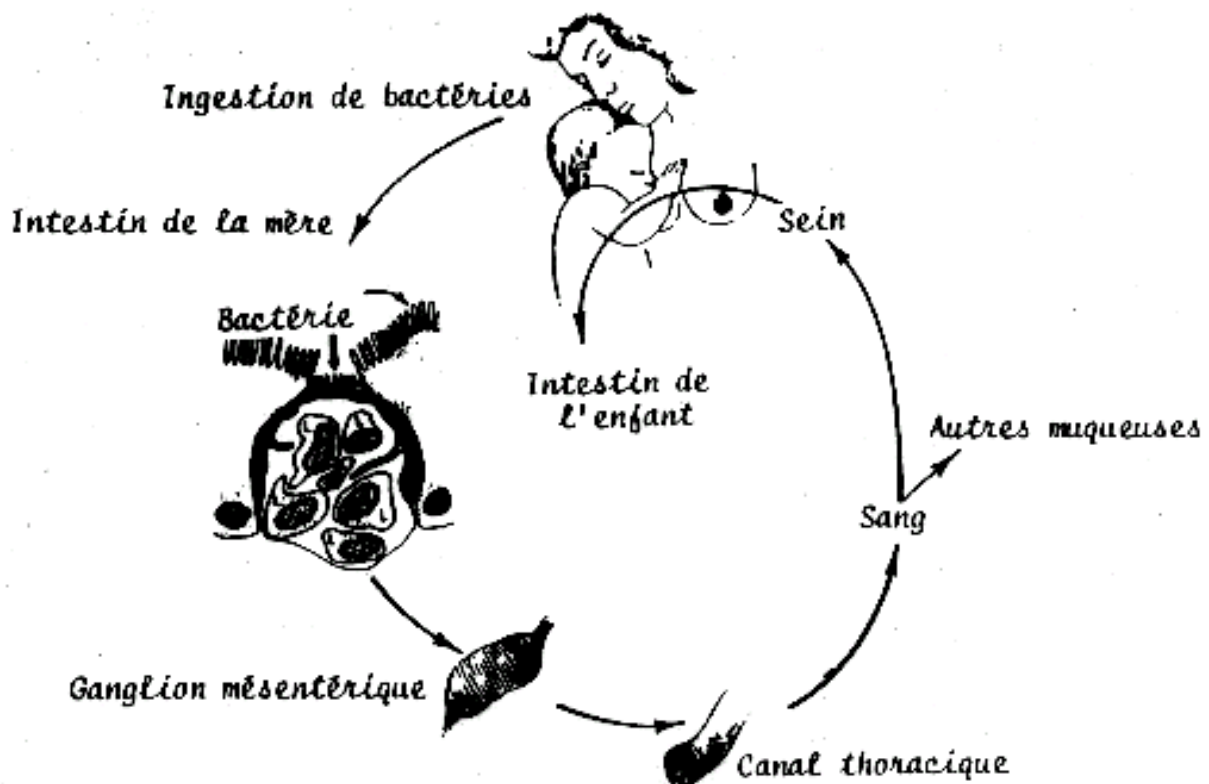


Image Association IPA

**Assouplissement
par contre
pression**

*Article publié dans les Dossiers
de l'Allaitement n°69 (Octobre
- Novembre - Décembre 2006)*

*Reverse pressure softening :
a simple tool to prepare
areola for easier latching
during engorgement.
KJ Cotterman. J Hum Lact
2004 ; 20(2) : 227-37.*

La « montée de lait » s'accompagne habituellement d'un engorgement.

L'auteur de cet article a constaté une augmentation de l'incidence des engorgements sévères au fil des années. Dans certains cas, les seins sont tellement durs qu'il devient impossible pour l'enfant de les prendre en bouche.

L'utilisation d'un tire-lait pourra alors aggraver le problème en augmentant l'œdème aréolaire. Les causes de l'engorgement restent mal connues. L'auteur fait le point sur le sujet, et présente la technique d'assouplissement de l'aréole destinée à aider les mères à mettre leur bébé au sein.

Une des possibles causes de l'engorgement fait intervenir les 3 différents compartiments de la glande mammaire : le tissu conjonctif, le tissu glandulaire, et le compartiment circulatoire. Entre les capillaires artériels et veineux circule le liquide interstitiel par le biais de forces osmotiques et hydrostatiques. En temps normal, 90% du liquide interstitiel repart dans la circulation veineuse, les 10% restants étant drainés par la circulation lymphatique (vers les ganglions axillaires). Pendant la lactation, le tissu glandulaire prélève dans le liquide interstitiel les composants du lait ; ce dernier n'a qu'une porte de sortie : le mamelon. Si le lait ne sort pas, cela va retentir sur toute la circulation des fluides dans le sein.

Lorsque le volume du liquide interstitiel augmente, cela signifie qu'il y a un déséquilibre entre l'arrivée du liquide dans le secteur interstitiel et sa sortie, les mécanismes de réabsorption étant saturés. Cela pourrait être en rapport avec la pression colloïdale, déterminée par le taux de

protéines plasmatiques (un facteur majeur de la régulation de la circulation interstitielle). Cette pression colloïdale baisse normalement pendant les 24 heures qui suivent la naissance. Une équipe a constaté une baisse de la pression colloïdale plasmatique chez les femmes qui avaient reçu des perfusions de cristalloïdes pendant l'accouchement (sérum physiologique...) d'autant plus importante que le volume perfusé avait été important, et pouvant persister jusqu'à 5 jours après l'accouchement. Cela peut augmenter le risque d'œdème et d'engorgement mammaire par le biais d'une augmentation du liquide interstitiel, qui peut perdurer jusqu'à 10 à 14 jours après l'accouchement. Il serait donc nécessaire de restreindre le volume de liquide perfusé au strict minimum nécessaire.

Par ailleurs, il est utile de se souvenir que l'ocytocine, souvent utilisée pour déclencher ou accélérer l'accouchement, a un impact antidiurétique.

Un engorgement au niveau de la plaque aréolo-mamelonnaire pourra augmenter le diamètre de l'aréole, suite à la distension du tissu sous-jacent. Le mamelon devient presque plat, voire s'inverse en cas d'engorgement sévère, ce qui rend impossible sa prise par l'enfant, d'autant que le tissu rétro-aréolaire est gonflé et durci par l'œdème. L'utilisation d'un tire-lait aggraverait le problème, la dépression induite par le tire-lait attirant le liquide interstitiel vers l'aréole. Il a été constaté que même le fait d'utiliser un tire-lait sur un sein non engorgé augmentait le volume de la plaque aréolo-mamelonnaire.

**L'assouplissement par contre-pression (ACP)
agit à 3 niveaux :**

- L'excès de liquide interstitiel est temporairement évacué en direction du système lymphatique.
- La compression déplace le lait en amont dans les canaux lactifères, ce qui aide à réduire la distension aréolaire et rend la mise au sein plus confortable. L'éjection du lait est automatiquement déclenchée par la stimulation des terminaisons nerveuses situées dans le mamelon et l'aréole, ce qui amène plus rapidement le lait au mamelon, souvent en 1 à 2 minutes.

Si la mère a les ongles courts, elle peut appuyer avec le bout des doigts recourbés des deux mains ensemble (6 à 8 doigts), l'extrémité des ongles touchant le bord du mamelon.

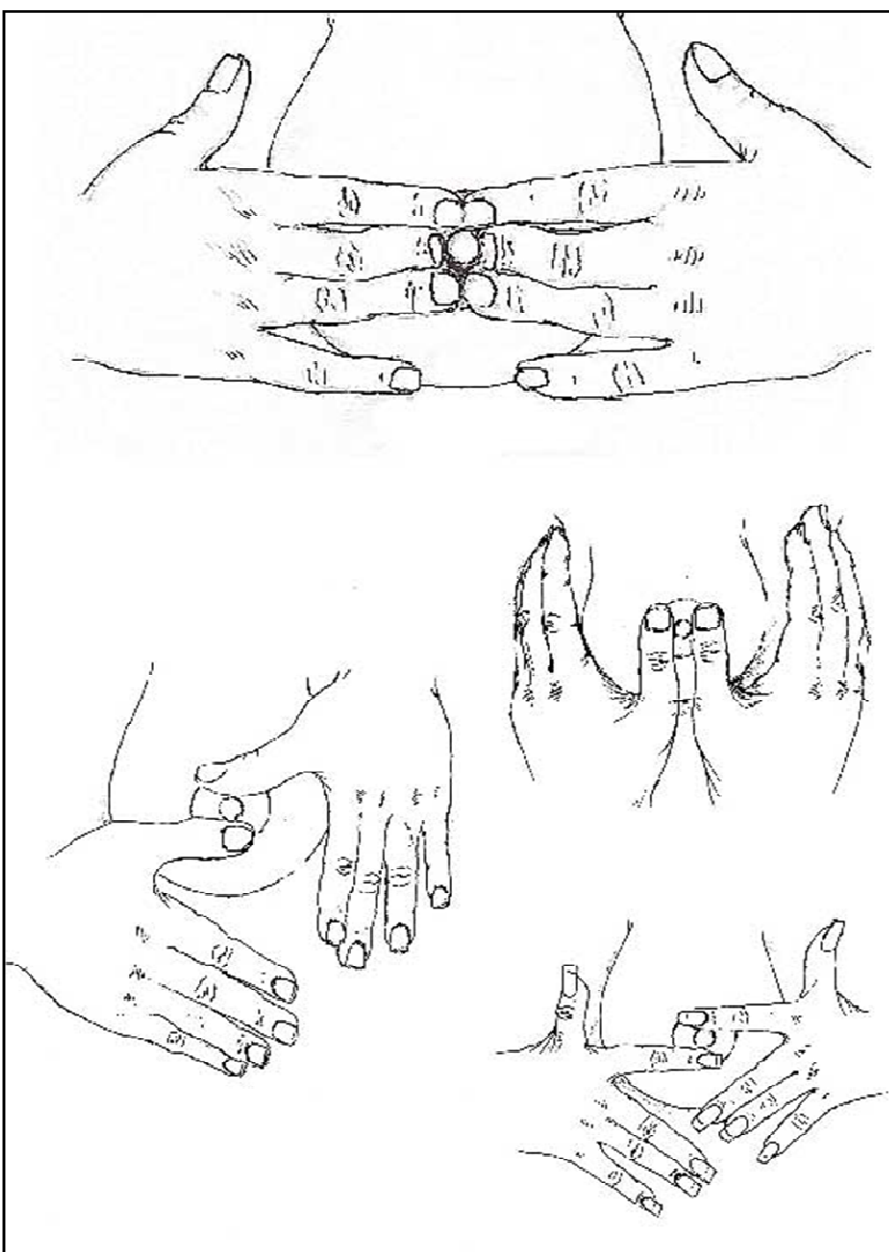
L'objectif est de créer un anneau de 6 à 8 « fossettes » tout autour de l'aréole à la base du mamelon. Si la manœuvre est effectuée par un professionnel de santé, la pulpe des deux pouces peut aussi être utilisée, créant de chaque côté du mamelon une contre-pression au niveau d'une zone d'environ 2,5 cm, au-dessus et au-dessous du mamelon. La pression douce et continue, orientée vers le gril costal, sera exercée pendant 60 secondes, davantage si nécessaire, en se focalisant sur la zone où l'aréole rejoint la base du mamelon. Il sera alors nécessaire de répéter la manœuvre sur les quadrants opposés pendant 60 secondes supplémentaires, en recouvrant partiellement la zone précédemment traitée, afin d'assouplir la totalité de la zone entourant la base du mamelon.

Recommencer plusieurs fois jusqu'à ce que la zone aréolaire soit suffisamment assouplie et élastique pour que l'enfant puisse la prendre en bouche facilement, et étirer le mamelon avec sa langue.

Prendre 3 à 5 mn pour pratiquer l'ACP avant chaque tétée aussi longtemps que perdure l'engorgement rendra la tétée beaucoup plus facile et confortable. Si la mère a les ongles plus longs, ou qu'elle a des difficultés à effectuer l'ACP, il sera possible d'utiliser le bout d'une tétine en silicone pour biberon ; découper la tétine en rond environ 1,5 cm derrière le bout de la tétine, et appliquer la pulpe des doigts sur cette « collerette » après avoir recouvert le mamelon avec le bout

de la tétine. L'auteur souligne que l'utilisation de l'ACP doit être très prudente chez les femmes porteuses d'implants mammaires, et qu'elle ne doit pas être utilisée si la mère souffre de mastite ou d'un canal lactifère bouché.

L'assouplissement par contre pression sera exercé avec les deux mains, soit avec 3 ou 4 doigts de chaque main, soit avec un doigt de chaque main (pouce ou index). Appuyez doucement vers la poitrine pendant 60 secondes, en alternant les quadrants, lorsque la pression est exercée avec un seul doigt de chaque main. Répéter si nécessaire.



Le partage de lait humain

« Mise en garde de l'Afssaps sur les échanges de lait maternel »

Alerte suite à l'article paru le 2 mai 2011 au journal "Le Monde" reçu via le site de la SFMP (Société française de médecine périnatale) qui note, en effet, qu'« à la suite de la révélation de l'existence d'un réseau d'échange de lait maternel via Facebook, dénommé «Human Milk for Human Babies», l'Afssaps a réagi.

Elle met vivement en garde les personnes tentées par ces échanges de lait maternel sur le risque de transmission d'agents infectieux associé à cette « pratique».

L'Afssaps précise que « seuls les lactariums agréés peuvent collecter et distribuer en France le

lait maternel humain » et indique que « la responsabilité du réseau The Human Milk for Human Babies Global Network est susceptible d'être engagée en cas de contamination d'un bébé par du lait infecté ».

RAPPEL :

L'Association des Lactariums de France (ADLF) fait un appel au don de lait maternel aux femmes allaitantes en leur demandant de donner **leur surplus de lait** au Lactarium pour les enfants prématurés de moins de 34 SA. En effet, l'ensemble des Lactariums avaient reçu 56 000 litres de lait maternel en 2009 alors que le besoin était largement supérieur.

Vous pouvez contacter l'ADLF au 01 40 44 39 14 e-mail : ipp-lactarium@wanadoo.fr

L'association est située au Lactarium de l'IPP, 26 Boulevard Brune 75014 Paris.

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

James E Akre, Karleen D Gribble, Maureen Minchin

Article paru dans l'International Breastfeeding Journal du 25 juin 2011, n° 6:8 doi:10.1186/1746-4358-6-8

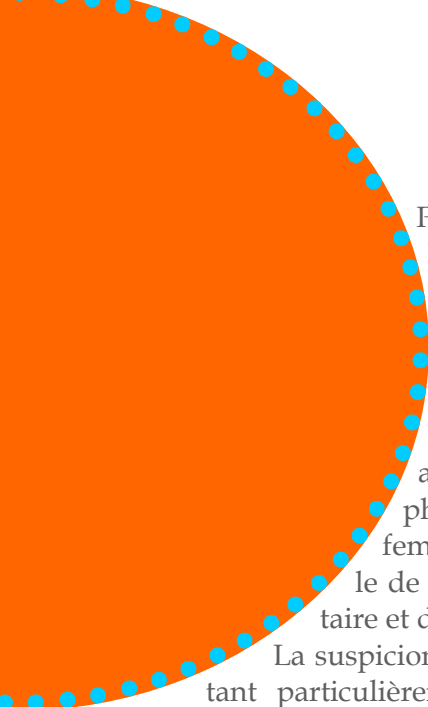
Après six mois seulement, un modèle de partage de lait non commercial basé sur Internet fonctionne dans une cinquantaine de pays, mettant en relation des mères qui peuvent donner du lait maternel aux responsables de bébés qui en ont besoin. Certaines autorités sanitaires ont d'emblée condamné cette initiative.

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.

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. Résultat : les laits artificiels sont considérés comme l'alternative « évidente » au lait de la mère. Cependant, la recommandation internationale pour l'alimentation du nourrisson, ainsi que l'Organisation Mondiale pour la Santé, décrivent un ordre de préférence différent pour les bébés qui ne sont pas nourris au sein: le lait maternel tiré par la propre mère de l'enfant, suivi du lait maternel d'une nourrice ou d'un lactarium.

Donc si une recommandation internationalement approuvée 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.

La suspicion persiste aujourd'hui, portant particulièrement sur la transmission possible d'infections par le lait maternel, ce qui constitue l'inquiétude principale concernant ces groupes basés sur Internet.

Deuxièmement, ce modèle basé sur Internet peut être perçu comme une menace pour le corps médical car c'est 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, ont aussi été rejetées pour avoir préconisé des pratiques radicales aujourd'hui largement suivies et étayées par preuves médicales et scientifiques solides comme : l'allaitement à la demande, l'arrêt du pesage systématique avant-après tétée, la cohabitation mère-enfant pour favoriser le démarrage de l'allaitement... 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.

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 hospi-

talisés, 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.

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, 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.

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. 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.

Intérêts concurrentiels :

Les auteurs déclarent n'avoir aucun intérêt concurrentiel.

Informations sur les auteurs :

J. E Akre 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.

K. D Gribble 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.

M. Minchin 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 actuelle-

ment engagée dans la recherche de différents aspects négligés de l'alimentation artificielle.

Version française préparée par Murielle Bourbao, administratrice "[HM4HB - France](#)"

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/Communique-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_sakazakiieng.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

L'Allait'info est un bulletin semestriel réalisé par le **CERDAM (Centre Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel)** antenne de Chambéry.

Il est distribué gratuitement aux professionnels de la santé et de la petite enfance de la région Rhône-Alpes.