

Le conflit d'intérêts

La résolution 49.15 de l'Assemblée mondiale de la Santé du 25 mai 1996 invite les Etats Membres « à veiller à ce que l'appui financier apporté aux professionnels de la santé infanto-juvénile n'engendre pas de conflit d'intérêts ». Mais qu'appelle-t-on conflit d'intérêts ? En voici une définition communément admise : « Un ensemble de conditions dans lesquelles le jugement professionnel portant sur un intérêt premier tend à être indûment influencé par un intérêt secondaire »¹. Il n'y a pas de doute quant à l'intérêt premier d'un professionnel de la santé : agir pour le plus grand bien de l'individu et de la communauté qu'il sert, tout en faisant le moins de mal possible. Mais qu'est-ce qu'un intérêt secondaire, et d'où vient-il ?

Un professionnel de la santé peut être confronté à un conflit d'intérêts de nature politique, académique, religieux ou personnel, mais très souvent l'intérêt secondaire est de nature financière. Seize formes différentes de liens financiers entre professionnels de la santé et entreprises ont été dénombrées. Citons, par exemple, les cadeaux directs et indirects, la présence à des soirées de parrainage, culturelles ou mondaines, la possession d'actions ou de titres financiers, la direction d'une recherche financée par une entreprise, le financement de chaires académiques ou d'associations professionnelles, des activités de consultant, ou encore, la rédaction par des tiers d'articles « scientifiques »...² Le conflit d'intérêts financier peut donc être individuel et/ou collectif. Un professionnel de la santé peut, par exemple, n'avoir aucun lien individuel direct avec une entreprise, mais faire partie d'une association, ou encore, participer à un événement, qui en aurait un.

Les conflits d'intérêts collectifs portent parfois sur d'énormes sommes d'argent. En 2001-2003, par exemple, l'Académie américaine de pédiatrie (American Academy of Pediatrics, AAP) a vendu à Abbott Ross 600 000 exemplaires de *The New Mother's Guide to Breastfeeding (Le guide de l'allaitement maternel pour jeunes mères)* pour un montant qui n'a pas été révélé. Abbott Ross l'a ensuite distribué – frappé de son nom et de son logo – par l'intermédiaire de médecins et d'infirmières à des mères de nourrissons. Plus récemment, Nestlé a financé l'envoi du *Pediatric Nutrition Handbook (Manuel de nutrition pédiatrique)* à chaque membre de l'AAP, soit plus de 60 000 personnes. Ces deux exemples illustrent bien la stratégie du « transfert d'image », qui permet d'améliorer son image en l'associant à des corps professionnels respectés. De tels liens entre l'industrie d'une part, et les professionnels de la santé et leurs associations d'autre part, sont courants. L'ampleur des conflits d'intérêts financiers est encore plus grande lorsque les sociétés pharmaceutiques sont impliquées. Une analyse récente de 37 articles de recherche biomédicale publiés dans des revues médicales importantes, a révélé qu'un tiers des auteurs principaux se trouvaient en situation de conflit d'intérêts financier, soit à propos de brevets, d'actions, ou parce qu'ils étaient membres – rémunérés – du conseil d'administration. Les sociétés d'aliments pour nourrissons et les sociétés pharmaceutiques ne révèlent pas les montants qu'elles consacrent aux professionnels de la santé, individuellement ou collectivement, mais elles dépensent 10 à 15% de leur budget en marketing, et il est donc raisonnable de penser qu'une grande partie de ces montants sert à financer ce type de stratégie.

On dit souvent que les conflits d'intérêts sont un « état » et non pas un « comportement ». La solution préconisée serait donc la transparence : les professionnels de la santé et leurs associations devraient divulguer et déclarer les intérêts financiers en conflit. Mais ils ne le font pas. En effet, la plupart d'entre eux ne déclarent pas leurs conflits d'intérêts parce qu'ils se considèrent honnêtes et se croient impartiaux.³ Et s'il est vrai que dans l'ensemble les professionnels de la santé sont honnêtes, ils sont en même temps inconsciemment influencés par ceux qui les soutiennent financièrement. Cela se produit autant dans la recherche médicale que dans la recherche en sciences sociales. Lorsque, par exemple, on a comparé les résultats d'études financées par l'industrie avec ceux de recherches qui n'avaient pas été financées par l'industrie, on a constaté qu'il y avait quatre fois plus de chances de trouver des résultats favorables à l'industrie dans les études qu'elle avait financées que dans les autres.⁴ On explique ces résultats par le fait que « même lorsque les individus essaient d'être objectifs, leurs jugements sont sujets à une influence inconsciente, non intentionnelle, et intéressée ».⁵ De divulguer les liens financiers est non seulement difficile à mettre en pratique, mais en plus, cela n'élimine pas l'influence du financement de l'industrie sur la recherche ou sur le comportement des médecins. De fixer des limites supérieures aux montants donnés à des individus ou des associations, comme l'a récemment fait l'American Medical Association, ne résout pas non plus le problème : même les petits cadeaux exercent une influence inconsciente et intéressée. Des propositions plus radicales, comme celle de recommander que les professionnels de la santé ne reçoivent aucun paiement quel qu'il soit de l'industrie, ont peu de chances d'aboutir : la plupart des conférences médicales seraient alors annulées !

Il n'existe pas de solution simple. En premier lieu, on doit reconnaître que le problème existe, qu'il est important et qu'il est complexe. Ensuite, tous les professionnels de la santé devraient se poser la question suivante : que penseraient mes patients, les personnes que je sers, s'ils savaient qu'une partie de mes revenus parvient des fabricants des produits que je prescris, et qu'une partie des frais de ces fabricants se répercute sur le prix de ces mêmes produits ? Que penseraient-ils s'ils savaient que les conseils que je donne ne sont pas fondés sur un jugement indépendant, mais qu'ils sont en fait biaisés ? Si on n'apporte pas de réponse adéquate à ces questions, à la fois individuellement et collectivement, l'image des prestataires de la santé ira en se détériorant et la confiance des patients en diminuant.

1. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* 1993;329:573-6
2. Moynihan R. Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. *BMJ* 2003;326:1189-96
3. Hussain A, Smith R. Declaring financial competing interests: survey of five general medical journals. *BMJ* 2001;323:263-4
4. Bekelman JE, Li Y, Gross CP. Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. A systematic review. *JAMA* 2003;289:454-65
5. Dana J, Lowenstein G. A social science perspective on gifts to physicians from industry. *JAMA* 2003;290:252-5

Comme l'a montré le juriste Mark A. Rodwin, le fait de divulguer les liens financiers n'est qu'une première étape : « La divulgation peut permettre d'aborder la question du conflit d'intérêts, mais seulement si elle s'inscrit dans une politique coordonnée qui fixerait des normes de comportements élevées, établirait clairement la limite entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas, mettrait en place des mécanismes de surveillance et imposerait de réelles sanctions permettant de s'assurer que les règles sont suivies. »⁶ Et, comme le notent Dana et Lowenstein : « L'influence des intérêts monétaires étant inconsciente et non intentionnelle, on n'a que peu d'espoir de la contrôler lorsqu'il y a des intérêts financiers en jeu. Mais, en ce qui concerne les cadeaux d'entreprise, la règle à suivre est simple : ils devraient tous être interdits ».⁷

6. Rodwin MA. *Medicine, money and morals: physicians' conflicts of interest*. New York and Oxford, Oxford University Press, 1993

7. Dana J, Lowenstein G. *op. cit.*

Allaiter pourquoi...

Hospitalisation pour maladies respiratoires

Galton Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:237-43

Le risque d'hospitalisation pour cause de maladies de l'appareil respiratoire inférieur chez des nourrissons en bonne santé, nés à terme, allaités et ayant accès aux soins médicaux modernes, est plus faible même dans les pays à haut revenu. On a analysé les données recueillies dans 33 études. Le risque d'hospitalisation pour maladie respiratoire sévère était trois fois plus élevé chez les nourrissons qui n'étaient pas allaités que chez ceux qui avaient été allaités exclusivement pendant 4 mois. Cet effet est resté stable et statistiquement significatif après correction des effets dus au tabagisme et au statut socio-économique.

Asthme et allergies

Kull I, et al. Breast feeding and allergic diseases in infants - a prospective birth cohort study. *Arch Dis Child* 2002;87:478-81

On fait systématiquement le lien entre allergies et allaitement artificiel chez les enfants. Dans le but de mieux comprendre les effets de l'allaitement maternel sur les maladies allergiques, à Stockholm les auteurs ont suivi un groupe de 4 089 nourrissons depuis la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans. Pendant cette période, le groupe d'enfants ayant été allaité exclusivement pendant 4 mois ou plus présentait 30% de moins de cas d'asthme, 20% de moins de dermatite atopique, et 30% de moins de rhinites allergiques. Le risque d'asthme était également réduit de 30% lorsqu'il y avait eu allaitement maternel partiel pendant au moins 6 mois.

Da Costa Lima RC, Victora CG, Menezes AMB, Barros FC. Do risk factors for childhood infections and malnutrition protect against asthma? A study of Brazilian male adolescents. *Am J Public Health* 2003;93:1858-64

Cet article contredit l'article précédent, mais l'étude a été menée dans un environnement différent, selon une méthodologie différente et sur un groupe d'âge différent. Environ 18% d'un groupe de 2 250 garçons de 18 ans déclaraient souffrir d'asthme. Les auteurs ont trouvé un lien significatif entre l'augmentation du risque d'asthme et plusieurs facteurs liés à l'enfance : statut socio-économique élevé, nombre réduit de personnes vivant dans le milieu familial, allaitement maternel pendant 9 mois ou plus. Ces résultats concordent avec l'« hypothèse hygiéniste » selon laquelle une exposition précoce aux infections protégerait contre l'asthme. S'il devait se confirmer que l'allaitement pendant plus de 9 mois est un facteur de risque d'asthme, les implications politiques seraient incertaines compte tenu des effets protecteurs de l'allaitement maternel contre d'autres maladies infantiles graves.

Development cérébral

Wang B, McVeagh P, Petocz P, Brand-Miller J. Brain ganglioside and glycoprotein sialic acid in breastfed compared with formula-fed infants. *Am J Clin Nutr* 2003;78:1024-9

Des études menées sur les animaux ont permis d'établir un lien entre la concentration d'acide sialique dans le cerveau et les capacités d'apprentissage du sujet. Dans le cadre de cette étude-ci, les auteurs ont comparé la concentration d'acide sialique dans le cerveau de nourrissons allaités et d'autres bébés nourris au lait artificiel (prélèvements du cortex frontal sur 25 nourrissons morts du syndrome de mort subite du nourrisson). Les concentrations plus élevées en acide sialique trouvées chez les nourrissons allaités semblent suggérer un meilleur potentiel de développement cérébral.

Bouwstra H, et al. Exclusive breastfeeding of healthy term infants for at least 6 weeks improves neurological condition. *J Nutr* 2003;133:4243-5

Y aurait-il une durée minimale d'allaitement maternel exclusif garantissant un développement neurologique optimal ? Les auteurs de la recherche ont évalué la qualité des mouvements généraux (MG) – marqueur sensible de l'état de santé neurologique – chez 147 nourrissons de 3 mois, nés à terme, en bonne santé, allaités, et suivis depuis leur naissance. Les MG ont été classés en quatre catégories : normal-optimal, normal-suboptimal, légèrement anormal et tout à fait anormal. Ils avaient par ailleurs collecté des informations sur la socialisation, l'état de santé prénatal et périnatal, ainsi que sur la durée de l'allaitement. Après ajustement de ces facteurs, ils ont établi une corrélation positive jusqu'à l'âge de 6 semaines entre la durée de l'allaitement maternel et la qualité des MG. Parmi les nourrissons allaités exclusivement pendant 6 semaines ou moins (n=55), 18% montraient des mouvements normaux-optimaux, 47% des mouvements normaux-suboptimaux, et 47% des mouvements légèrement anormaux. En revanche, chez les nourrissons ayant été allaités exclusivement pendant plus de 6 semaines (n=92), 43% montraient des mouvements généraux normaux-optimaux, 45% des mouvements normaux-suboptimaux, et 12% des mouvements généraux légèrement anormaux.

Bonne nuit!

Horne RS, et al. Comparison of evoked arousability in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child* 2004;89:22-5

Il semblerait que la capacité de se réveiller est un mécanisme de survie important, et qu'elle pourrait avoir été détériorée chez les victimes du syndrome de mort subite du nourrisson. Dans cette étude menée sur 43

nourrissons nés à terme et en bonne santé, les seuils de réveil ont été mesurés aux âges de 2-4 semaines, 2-3 mois et 5-6 mois. En phase de sommeil profond, les seuils de réveil étaient les mêmes chez les enfants allaités et les enfants nourris au lait artificiel. En revanche, en phase de sommeil actif, à l'âge de 2-3 mois – âge auquel l'incidence du syndrome de mort subite du nourrisson est la plus forte – les enfants allaités se réveillaient plus facilement que les enfants nourris au lait artificiel. Par contre, la durée du sommeil était comparable dans les deux groupes de nourrissons.

Allaiter comment...

Nourrissons prématurés

Espy KA, Senn TE. Incidence and correlates of breast milk feeding in hospitalized preterm infants. *Soc Sci Med* 2003;57:1421-8

Dans cette étude, les auteurs ont passé en revue les tableaux cliniques de 151 nourrissons nés avant terme (maximum de 34 semaines d'âge de gestation) et admis dans l'unité de soins néonataux intensifs d'un hôpital régional américain. Environ 51% d'entre eux avaient été nourris exclusivement au lait artificiel ; les autres nourrissons avaient reçu du lait maternel en moyenne au moins une fois par jour pendant 44% de leur durée d'hospitalisation. La plus forte probabilité d'allaitement maternel fut corrélée à deux facteurs précis, l'âge plus élevé des mères et un score Apgar supérieur à 6, à 5 minutes après la naissance du nouveau-né.

Promotion communautaire

Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK; Infant Feeding Study Group. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 361:1418-23

Cette étude a évalué la faisabilité, l'efficacité et la sécurité d'une intervention éducative menée en Inde pour promouvoir l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois. Les chercheurs ont regroupé de façon aléatoire huit communautés deux par deux; dans chaque paire ainsi constituée, une communauté bénéficiait d'une intervention, et l'autre pas. Dans les communautés bénéficiant d'une intervention, le personnel de santé et de nutrition a reçu une formation sur les conseils à donner aux mères à propos de l'allaitement exclusif. Une fois la formation terminée, 1 115 nourrissons ont été sélectionnés, dont 552 provenaient des communautés d'intervention, et 473 des communautés de contrôle. La prévalence de « diarrhée de 7 jours » était plus basse dans les communautés d'intervention tant à 3 mois (30% plus bas) qu'à 6 mois (environ 15% plus bas). La taille et le poids moyens et la proportion d'enfants mal nourris étaient comparables dans les différents groupes. Les chercheurs en ont conclu qu'il est faisable de promouvoir l'allaitement maternel exclusif dans le cadre de services de santé primaire déjà existants, que cela réduit les risques de diarrhée, et ne perturbe pas la croissance des nourrissons.

Graffy J, Taylor J, Williams A, Eldridge S. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breastfeeding. *BMJ* 2004; 328:26-31

Soutenir l'allaitement maternel est-ce suffisant pour inciter les femmes à allaiter ? Cette étude aléatoire avec contrôle a été menée dans 32 cabinets de généralistes à Londres et dans le sud de l'Essex. Le but était d'éval-

uer si le soutien de conseillères bénévoles incitait plus de femmes à allaiter. L'intervention n'a pas entraîné d'augmentation significative de la prévalence de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 semaines : les taux étaient de 65% (218 femmes sur 336) dans le groupe d'intervention contre 63% (213 femmes sur 336) dans le groupe de contrôle. Les auteurs n'ont pas trouvé, par ailleurs, de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne la durée de l'allaitement maternel et le moment d'introduction de lait artificiel. Mais seulement 20% des femmes du groupe de contrôle avaient reçu au moins une consultation postnatale, 43% avaient eu des contacts téléphoniques postnatals, et 38% n'avaient eu aucun contact postnatal. Environ 73% des femmes qui avaient pris contact avec une conseillère après la naissance (visite ou téléphone) ont qualifié ces contacts de très utiles, et ont déclaré que les conseils les plus utiles leur avaient été fournis par des conseillères plutôt que par d'autres personnes. Les auteurs en ont conclu que les contacts interpersonnels sont le meilleur moyen de maximiser le soutien à l'allaitement maternel.

Education des mères au milieu hospitalier

Labarere J, Bellin V, Fourny M, Gagnaire JC, Francois P, Pons JC. Assessment of a structured in-hospital educational intervention addressing breastfeeding: a prospective randomised open trial. *BJOG* 2003;110:847-52

Est-il suffisant de recevoir seulement une séance d'information sur l'allaitement maternel ? Pour déterminer si une seule rencontre individualisée en milieu hospitalier pouvait faire augmenter le taux d'allaitement maternel à l'âge de 17 semaines, une étude aléatoire a été menée dans une maternité française. Dans le groupe d'intervention, 106 dyades mère-nourrisson ont bénéficié d'une séance individualisée et structurée en milieu hospitalier ; dans le groupe de contrôle, 104 autres dyades n'ont reçu que les encouragements verbaux usuels. D'un groupe à l'autre, les taux d'allaitement et d'allaitement exclusif à 17 semaines n'étaient pas significativement différents (allaitement : 34,4% dans le groupe d'intervention contre 40,2% dans le groupe de contrôle ; allaitement exclusif : 14% contre 14,2%). Dans les pays où le taux d'allaitement maternel est moyen à bas, on devrait renforcer l'accompagnement par le personnel hospitalier avec un programme de soutien diversifié et à long terme.

Banques de lait humain

Azema E, Callahan S. Breast milk donors in France: a portrait of the typical donor and the utility of human milk banking in the French breastfeeding context. *J Hum Lact* 2003;19:199-202

La disponibilité des donneuses est un obstacle important à la mise en place de banques de lait humain. On connaît bien les caractéristiques des donneurs de sang, mais on connaît très mal celles des femmes qui décident de faire don de leur lait. Les auteurs de cette étude ont pris contact avec dix-sept banques de lait en France dont huit ont accepté de participer à l'étude. Il en est ressorti que la majorité des 103 donneuses étaient fortement soutenues chez elles ; plus de la moitié travaillait à l'extérieur, notamment dans les services de santé et les services sociaux. Seules 11,7% ont fait état de problèmes pratiques pour donner le lait. Les principales raisons avancées pour expliquer le fait qu'elles donnaient leur lait étaient l'altruisme et une attitude optimiste. Enfin, près de 60% ont déclaré avoir « trop de lait ». Cette étude permet d'ébaucher quelques pistes pour recruter des donneuses de lait potentielles.

Mères qui travaillent

Galtry J. The impact on breastfeeding of labour market policy and practice in Ireland, Sweden, and the USA. *Soc Sci Med* 2003;57:167-77

Selon les recommandations internationales, la période d'allaitement maternel exclusif est de 6 mois. Les politiques et les pratiques relatives au travail, et notamment les dispositions en matière de congé maternité et parental, pourraient avoir une influence positive sur les pratiques d'allaitement maternel. Cet article étudie les cas irlandais, suédois et américain, et conclut que le soutien socio-économique, mais aussi les politiques du marché du travail, de la santé et de la petite enfance, sont très importants si l'on veut augmenter les taux d'allaitement maternel et d'emploi chez les femmes dans les pays industrialisés.

Lutte contre la douleur

Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ* 2003;326:13

L'allaitement permet-il de soulager la douleur lors de prélèvements de sang veineux chez les nouveaux-nés ? Les auteurs ont mené une recherche pour comparer les effets de l'allaitement maternel et de l'administration de glucose (30%) par voie orale combinée à une sucette, sur 180 nourrissons, nés à terme, et répartis aléatoirement dans quatre groupes distincts (groupe 1, bébés nourris au sein ; groupe 2, bébés tenus dans les bras de leur mère sans allaitement ; groupe 3, bébés ayant reçu un placebo ; groupe 4, bébés ayant reçu du glucose et une sucette). Deux observateurs, qui ignoraient le but de l'étude, ont évalué la procédure par le biais d'un enregistrement vidéo. Selon une première échelle d'évaluation, les niveaux de douleur étaient respectivement de 1, 10, 10 et 3 pour les groupes 1, 2, 3 et 4 ; et selon une autre échelle, de 4,5, 13, 12 et 4 pour ces mêmes groupes. Les différences étaient donc significatives entre les groupes. Il en a été conclu que l'allaitement maternel réduit bien la réaction à la douleur lors de procédures invasives mineures chez les bébés nés à terme.

Transmission du VIH de la mère à l'enfant

Jackson JB et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 2003;362:859-68

De novembre 1997 à avril 1999, en Ouganda, 626 femmes enceintes et porteuses du VIH-1 ont été réparties de façon aléatoire dans deux groupes et ont reçu des médicaments différents ; 99% des bébés ont été allaités pour une durée médiane de 9 mois. 313 des femmes ont reçu de la zidovudine (600 mg oralement au début du travail et 300 mg toutes les 3 heures jusqu'à l'accouchement, puis 4mg/kg aux bébés, oralement et chaque jour pendant 7 jours) ; les 313 autres ont reçu de la nevirapine (200mg au début du travail et 2mg/kg pour les bébés dans les 72 heures suivant la

naissance). Les risques de transmission du VIH-1 ont été estimés dans les groupes zidovudine et nevirapine respectivement à 10,3% et 8,1% à la naissance ; à 20% et 11,8% à l'âge de 6-8 semaines ; à 22,1% et 13,5% à l'âge de 14-16 semaines ; et à 25,8% et 15,7% à l'âge de 18 mois. La nevirapine a été associée à une réduction de 41% du risque relatif de transmission jusqu'à l'âge de 18 mois. Le traitement à la nevirapine est simple, peu cher, bien toléré et peut réduire significativement le risque de transmission périnatale du VIH-1 dans les pays moins développés.

Leroy V. et al. West Africa PMTCT Study Group. Postnatal transmission of HIV-1 after a maternal short-course zidovudine peripartum regimen in West Africa. *AIDS* 2003;17:1493-501

On a assemblé les données de deux études conduites en Côte d'Ivoire et au Burkina Faso pour évaluer, dans une population allaitante, le risque de transmission post-natale du VIH-1 après un court traitement de la mère à la zidovudine. On a réparti aléatoirement des femmes volontaires séropositives au VIH-1 et enceintes de 36 à 38 semaines. Un premier groupe a reçu de la zidovudine en traitement oral et l'autre a reçu un placebo. À l'âge de 24 mois, les risques de transmission post-natale étaient similaires dans les groupes zidovudine (9,8%, n=54) et placebo (9,1%, n=225). Autrement dit, puisqu'à l'âge de 24 mois les taux de transmission post-natale étaient similaires, on en conclut que l'efficacité globale à long terme du traitement à la zidovudine tend à diminuer.

Bilan de recherche de la bibliothèque Cochrane

Contact de peau à peau précoce

Anderson GC, Moore E, Hepworth J, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD003519

Pour évaluer les effets du contact de peau à peau précoce sur l'allaitement maternel, le comportement et la physiologie des mères et de leurs nouveaux-nés en bonne santé, les auteurs ont réuni dans cette revue systématique 17 études, comprenant 806 participants. Il s'est avéré que le contact de peau à peau précoce avait des effets positifs, statistiquement significatifs : les enfants encore allaités à 1-3 mois étaient plus de deux fois plus nombreux, la durée de l'allaitement avait augmenté de 42 jours en moyenne, la température et les taux de glucose sanguin étaient plus facilement contenus dans la zone normale, les nourrissons pleuraient beaucoup moins, et les mères se comportaient de façon plus affectueuse envers leur bébé. En revanche, on n'a pas noté d'amélioration statistiquement significative pour d'autres variables cliniques importantes telles que la maturation du lait maternel, le tour de poitrine maternel, ou le taux cardiaque du nourrisson. Le contact de peau à peau précoce semble apporter quelques avantages cliniques, notamment en ce qui concerne les taux d'allaitement et les pleurs du nourrisson, et ne semble pas présenter d'effet négatif à moyen ou long terme.

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

Rédaction: Adriano Cattaneo, Marina Ferreira Rea. Ont participé à la rédaction : Lída Lhotská, Bob Peck, Elaine Petitot-Côté. Traduction: Emmanuelle Chauvet, Elaine Petitot-Côté.

Pour commander *Allaitement actualités*: GIFA, Av. de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse; e-mail info@gifa.org, ou les bureaux d'UNICEF. Disponible aussi en anglais, espagnol, portugais, russe et arabe. Abonnement: gratuit; nous acceptons volontiers une contribution de CHF 20.-- des lecteurs des pays industrialisés. Veuillez envoyer cette somme par virement postal international, no. compte 12-17653-5.