

Transcription — Webinaire de l'OMS et de l'UNICEF : Normes mondiales et orientations de mise en œuvre pour les banques de lait humain de donneuses

Enregistrement : GMT20260922-120005 (Zoom), audio original en anglais · **Durée :** 1:33:02 · **Langue :** français (traduction de l'original anglais)

Doris Mollel — Modératrice

[00:00:00] Waouh ! Bonjour, bon après-midi, bonsoir et bienvenue à toutes et à tous. Merci de vous joindre à nous pour « Protéger les nouveau-nés, soutenir l'allaitement maternel : nouvelles normes mondiales et orientations de mise en œuvre pour les banques de lait humain de donneuses », présenté par le Collectif mondial pour l'allaitement maternel. Je m'appelle Doris Mollel et j'ai le plaisir d'être votre modératrice aujourd'hui. Avant de commencer, quelques informations pratiques. Ce webinaire propose une interprétation en anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe. Pour accéder à l'interprétation, cliquez sur l'icône Interprétation de votre barre d'outils et sélectionnez la langue de votre choix. Le sous-titrage en anglais est disponible pour les participants qui utilisent l'application Zoom sur leur ordinateur : pour afficher les sous-titres en direct, cliquez sur l'icône CC et sélectionnez « Afficher les sous-titres ». Vous pourrez ainsi suivre le contenu dans votre langue. Cette session ne comprend pas de séance de questions-réponses en direct. Veuillez soumettre vos questions à l'aide de la fonction Q&R ; nos intervenants et nos bénévoles répondront par écrit au plus grand nombre possible de questions pendant la session. Veuillez noter que ce webinaire est enregistré. Je m'appelle Doris Mollel, comme je viens de vous le dire. Il se trouve que je suis née prématurée, avec 900 grammes. Un tout petit bébé qui a survécu et qui a aujourd'hui 36 ans. Je suis ravie et reconnaissante de participer à un sujet aussi noble, car il me touche au cœur. À ma naissance, je ne pouvais pas téter le lait de ma mère ; bien sûr, c'est l'histoire que ma mère m'a racontée quand j'avais 23 ans. Je suis donc très heureuse de voir que le lait humain de donneuses est une priorité centrale de ce débat, et de voir comment le lait humain peut continuer à améliorer la survie de nos nouveau-nés petits et malades, et des bébés en général. Nous avons besoin de lait humain, et de rien d'autre : le lait maternel est essentiel à la santé et à la survie de tous les nouveau-nés. Nous savons tous que, en particulier pour ceux qui naissent trop tôt, prématurés, de faible poids de naissance ou nécessitant des soins spécialisés, le lait de leur propre mère est la première et la meilleure option. J'en suis un bon exemple. Garantir l'accès commence par la qualité des soins maternels et néonataux : garder ensemble les mères et les nouveau-nés, permettre la méthode mère kangourou, éviter les séparations inutiles et offrir en temps voulu un soutien qualifié à l'allaitement lorsque le lait de la mère n'est pas encore suffisant ou disponible. Le lait humain de donneuses peut servir de passerelle permettant aux nouveau-nés vulnérables de continuer à être nourris exclusivement au lait humain pendant que la lactation s'établit ou se rétablit. Lorsque l'on dispose de lait humain de donneuses et qu'un service est mis en place, celui-ci doit être intégré dans les soins de santé maternelle et néonatale au sens large et fonctionner selon des normes rigoureuses de sécurité, de qualité et d'éthique. Je suis donc très, très heureuse qu'aujourd'hui nous lancions les deux publications. La première établit les toutes premières normes mondiales de l'OMS pour les banques de lait humain de donneuses — ma préférée. La seconde aide les pays à déterminer comment organiser et réglementer les banques de lait humain de manière adaptée à leurs

systèmes de santé, à leurs ressources, à leur cadre juridique et à leur contexte social et culturel. Nous entendrons directement les pays présenter leurs approches et les enseignements qu'ils ont tirés en mettant en place des banques de lait humain, ainsi que la manière dont celles-ci s'intègrent dans des stratégies plus larges de soins néonataux et de protection de l'allaitement. Permettez-moi de vous présenter le programme d'aujourd'hui. Nous entendrons l'Organisation mondiale de la Santé et l'UNICEF sur les nouvelles normes et orientations de mise en œuvre pour les banques de lait de donneuses, puis les expériences de pays — l'Ouganda, l'Inde et le Viet Nam — et enfin les actions que vous pouvez entreprendre pour que les banques de lait humain de donneuses servent à renforcer le soutien à la mise en place et au maintien de l'allaitement exclusif chez les nourrissons vulnérables. J'ai le grand plaisir de vous présenter notre première intervenante, la Dre Queen Dube, médecin au Département Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et Vieillesse, au siège de l'OMS à Genève. La Dre Dube est pédiatre et épidémiologiste clinicienne. Elle dirige les travaux de l'OMS sur les programmes néonataux, les politiques de mise en œuvre et les normes. Elle possède une vaste expérience des systèmes de santé et de la santé maternelle, néonatale et infantile. Avant de rejoindre l'OMS, elle était directrice des services de santé au ministère de la Santé du Malawi. La parole est à vous, Dre Dube. Je suis très heureuse d'être avec vous, et j'ai hâte d'entendre ce qu'il faut vraiment pour comprendre les normes et comment les adapter à notre contexte local. C'est ce qui m'intéresse. Merci de vous joindre à nous, et à vous, Queen.

Dr. Queen Dube — OMS

[00:06:30] Merci beaucoup, Doris, et merci aux collègues qui se sont joints à ce webinaire très important. Je vois que nous sommes plus de 500, ce qui souligne vraiment l'importance de la nutrition du nouveau-né. Plus tôt cette année, en publiant nos estimations de la mortalité de l'enfant, nous avons indiqué que 2,3 millions de nouveau-nés étaient décédés en 2024. Malheureusement, l'an dernier, lorsque nous avons publié les mêmes estimations, le chiffre était identique. Et si l'on regarde la trajectoire jusqu'en 2030, nous ne sommes clairement pas sur la bonne voie : au moins 60 pays ne sont pas en voie d'atteindre les cibles des ODD en matière de mortalité néonatale. La nutrition ne concerne pas seulement la survie. Elle relève aussi du programme de développement optimal et de transformation. Je voudrais donc que nous gardions à l'esprit que, même lorsque nous parlons de nutrition, d'allaitement et des orientations sur le lait humain de donneuses, derrière le débat de cet après-midi, de ce matin ou de ce soir, il y a des chiffres, des visages de familles et de nouveau-nés qui comptent sur nous pour nous battre pour leur survie. Diapositive suivante, s'il vous plaît. Quand on examine les décès néonataux, nous savons ce qu'il faut faire pour maintenir ces bébés en vie. Nous savons qu'il faut investir pendant la grossesse, pendant la période intrapartum et aussi pendant la période postnatale. Il est très, très important d'investir également dans les soins aux nouveau-nés petits et malades. En ce qui concerne les données probantes, nous savons depuis des décennies que l'allaitement peut sauver un très grand nombre de vies. Et dans le programme de l'allaitement, la mise au sein précoce sauve énormément de vies. Le risque de décès du nouveau-né est plus élevé : d'autres rapports font état d'un risque de décès accru d'au moins 33 % si l'on retarde la mise au sein. Nous savons que la nutrition protège la survie. Elle offre une protection immédiate. Nous savons que, même pour les nouveau-nés petits, malades et vulnérables, la nutrition est absolument essentielle à leur survie, mais aussi à leur plein développement. La nutrition est très importante pour la croissance et la récupération. Je sais que nous tous, les plus de 500

participants à ce webinaire, avons dû manger quelque chose en nous levant ce matin. Quel que soit l'âge, la nutrition est donc fondamentale — et tout particulièrement pour le nouveau-né. Diapositive suivante. J'ai dit que, lorsqu'on considère le programme néonatal dans son ensemble — survie et plein développement —, le parcours commence avant la naissance du bébé. C'est particulièrement vrai pour la nutrition, et bien souvent nous nous concentrons uniquement sur les quatre premières semaines de vie. Nous oublions la mère. Nous oublions ce qui se passe pendant la grossesse. Nous devons donc envisager la nutrition comme un continuum qui commence avant la naissance ; puis la première heure, car c'est en commençant dans l'heure qui suit l'accouchement que l'on obtient les meilleurs bénéfices ; puis les premiers jours ; et enfin les nouveau-nés petits et malades. Le débat de ce webinaire, le lancement des orientations sur le lait humain de donneuses, n'est pas seulement le lancement d'orientations : c'est un lancement qui porte sur les systèmes. Il s'agit de protéger l'allaitement, d'atteindre les nouveau-nés vulnérables et de garantir une nutrition sûre et de qualité lorsque le lait de la mère n'est pas encore disponible. Je tiens à souligner que notre objectif primordial est de soutenir nos mères dans l'allaitement, et que le lait humain de donneuses intervient lorsque le lait de la mère n'est pas encore disponible. Diapositive suivante. Le lait humain n'est pas seulement un aliment ; c'est aussi un soin. J'ai évoqué l'importance de la nutrition pour la croissance, l'immunité et le lien mère-enfant, mais je voudrais aussi vous dire que, dans la prise en charge du nouveau-né petit et malade, le lait humain va au-delà de l'aliment : c'est aussi, pour nous, une intervention clinique. De la même façon que nous accordons une grande importance aux antibiotiques, aux perfusions intraveineuses et à tout ce que nous faisons pour un nouveau-né petit et malade, pour nous, le lait maternel, la nutrition, est un médicament. Au-delà de l'aliment dont tout nouveau-né a besoin, pour le nouveau-né petit et malade, c'est une intervention clinique. Diapositive suivante. Trois priorités sous-tendent ce programme. D'abord, protéger l'allaitement : on ne peut pas parler de survie et de plein développement du nouveau-né sans l'allaitement. Il est important de ne pas le considérer uniquement du point de vue du nouveau-né : il s'agit de soutenir chaque mère et chaque bébé. On pense souvent que chaque mère doit se débrouiller seule pour allaiter. Attendez d'essayer : c'est difficile. C'est pourquoi, au sein de nos systèmes, le conseil nutritionnel, le soutien qualifié à l'allaitement et des soins respectueux sont des interventions néonatales essentielles. La CPAP est importante, mais si nous mettons ces bébés sous CPAP en négligeant la nutrition, les résultats resteront mauvais. Et il est très, très important de veiller à atteindre les nouveau-nés qui ont le risque de décès le plus élevé : les prématurés, les bébés de faible poids de naissance et les nouveau-nés malades. Dans nos lignes directrices sur les prématurés, vous verrez que nous insistons sur cet élément nutritionnel et que nous mentionnons le lait humain de donneuses lorsque le lait de la mère n'est pas disponible. Diapositive suivante. Où s'inscrit donc tout ce débat ? La priorité, c'est le lait de la mère. Nous devons tout faire, au sein de nos systèmes, pour soutenir ces mères. Nous devons protéger, promouvoir et soutenir le lait de la mère et accompagner les mères dans l'allaitement. Mais nous savons qu'il y aura des situations où le lait de la mère ne sera pas disponible : malheureusement, la mère est décédée, ou bien elle est dans un état qui ne lui permet pas de produire du lait. Dans ces cas, notre deuxième option est le lait humain de donneuses. Lorsque le lait de la mère n'est pas disponible ou est insuffisant, en particulier pour nos bébés prématurés et de faible poids de naissance, il est très, très important de veiller à ce que ces bébés continuent d'avoir accès à du lait maternel. Le lait humain de donneuses est une passerelle vers une alimentation exclusive au lait humain. Il ne remplace pas l'investissement dans le soutien à l'allaitement. Vous entendrez aujourd'hui à quel point des systèmes sûrs et

de qualité sont essentiels pour faire vraiment avancer le programme de l'allaitement et du lait humain de donneuses. Dernière diapositive. Le lait humain de donneuses s'inscrit dans une promesse plus large : chaque nouveau-né doit recevoir la nutrition la plus sûre et la plus adaptée, en commençant par le lait de sa mère, avec l'appui de soins qualifiés. Nous parlons d'accoucheuses qualifiées ; nous devrions aussi parler d'un accompagnement qualifié qui soutienne la nutrition de la mère, adossé à des systèmes de qualité. C'est un programme pour la survie du nouveau-né. Je vous rends la parole, Doris.

Doris Mollel — Modératrice

[00:15:38] Waouh ! Merci beaucoup, Dre Queen. La survie, c'est ce que nous visons, et je vous remercie de l'avoir partagé. Je crois qu'il est maintenant temps d'entendre Joan Matji. J'ai le plaisir de vous présenter la Dre Joan Matji, directrice mondiale de la nutrition et du développement de l'enfant à l'UNICEF, qui prononcera le discours d'ouverture au nom de l'UNICEF. La Dre Matji possède plus de 20 ans d'expérience en nutrition de santé publique ; elle a été auparavant conseillère régionale en nutrition de l'UNICEF pour l'Afrique orientale et australe, et cheffe de la nutrition en Éthiopie. La parole est à vous, docteur. Nous avons hâte d'entendre ce que l'UNICEF va nous apporter en cette journée particulière.

Dr. Joan Matji — UNICEF

[00:16:35] Merci beaucoup, Doris, et bonjour, bon après-midi et bonsoir, chers collègues, partenaires et amis. Je vous souhaite chaleureusement la bienvenue à ce lancement des normes de l'OMS et des orientations de mise en œuvre OMS-UNICEF sur les banques de lait humain de donneuses. À titre personnel, ce webinaire me réjouit beaucoup, car il y a de nombreuses années, au plus fort de l'épidémie de VIH en Afrique du Sud, j'ai participé avec l'Université de Pretoria à la création d'une banque de lait maternel à Pretoria. Participer aux échanges d'aujourd'hui me tient donc particulièrement à cœur. Mesdames et Messieurs, comme l'a dit Queen, chaque année 2,3 millions de nouveau-nés meurent avant d'avoir atteint leur premier mois de vie. C'est un chiffre énorme. Et nous savons aussi que plus de 6 000 bébés meurent chaque jour. Le lieu de naissance d'un enfant détermine encore profondément ses chances de survie, la charge la plus lourde pesant sur les contextes à faibles ressources, en particulier en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Parmi les plus exposés figurent les bébés nés trop tôt, trop petits ou trop malades : on estime que 13,4 millions de bébés naissent prématurément chaque année, et les complications de la prématurité restent la première cause de décès chez les enfants de moins de cinq ans. L'inégalité est frappante. Dans les pays à faible revenu, environ la moitié des bébés nés à 32 semaines ou avant meurent, souvent parce que des interventions simples et éprouvées ne sont pas disponibles de façon systématique ; dans les pays à revenu élevé, presque tous ces bébés survivent. C'est une véritable inégalité. Le lait de la mère est la première option d'alimentation, celle qui est recommandée, pour chaque enfant, pour chaque nourrisson. Lorsqu'il n'est temporairement pas disponible, des solutions comme l'allaitement par une nourrice et le lait humain de donneuses peuvent contribuer à garantir un accès continu aux bienfaits vitaux du lait humain. Mesdames et Messieurs, nous savons qu'il y a des moments où le lait de la mère n'est pas disponible, est insuffisant ou tarde à venir pendant que la lactation s'établit. Dans ces circonstances, les nouveau-nés vulnérables ne devraient pas perdre l'accès aux bienfaits protecteurs du lait humain. C'est là que le lait humain de donneuses sûr prend toute sa valeur pour les nourrissons prématurés et de faible poids de

naissance. C'est l'alternative à privilégier lorsque le lait de la mère n'est pas disponible ou est insuffisant. Les banques de lait humain le rendent possible en veillant à ce que le lait donné soit collecté, dépisté, traité, conservé et distribué de manière sûre, éthique et équitable. Intégré à un programme d'allaitement solide, le lait humain de donneuses aide les nourrissons vulnérables à continuer de recevoir une alimentation exclusive au lait humain pendant l'une des périodes les plus critiques de leur vie. Les banques de lait humain ne sont pas une fin en soi. Elles ne sont qu'une composante clé d'un système global qui soutient l'allaitement et améliore la survie néonatale. Elles complètent, sans les remplacer, les investissements dans le soutien qualifié à l'allaitement, la méthode mère kangourou, la mise en œuvre de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés, les politiques de « zéro séparation », le conseil communautaire et des services de santé maternelle et néonatale solides. L'objectif reste le même : aider les mères à établir et à maintenir leur production de lait et permettre aux nourrissons de recevoir le lait de leur mère chaque fois que possible. Nous savons tous que l'accès au lait humain de donneuses reste profondément inégal. Comme je l'ai souligné, bien que plus de 700 banques de lait humain fonctionnent dans 60 pays, la plupart sont concentrées au Brésil, en Europe et en Amérique du Nord, tandis que l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud, qui concentrent la plus lourde charge de nourrissons prématurés et de faible poids de naissance, restent mal desservies. Les pays ont donc demandé des orientations pratiques pour mettre en place des services sûrs, éthiques et intégrés aux soins maternels et néonataux. Les nouvelles ressources lancées aujourd'hui répondent à ce besoin. Elles fournissent des normes fondées sur des données probantes et des orientations opérationnelles pour créer et renforcer les banques de lait humain de donneuses, solidement ancrées dans un soutien global à l'allaitement et à la lactation. Avec le lancement de ces orientations, l'ambition de l'UNICEF va au-delà de la création de banques de lait humain. Nous aidons les pays à renforcer l'allaitement et à améliorer les soins aux nouveau-nés petits et malades. Ensemble, nous devons faire en sorte que chaque mère, où qu'elle se trouve, reçoive le soutien dont elle a besoin, et que chaque nouveau-né vulnérable puisse avoir accès au lait humain quand il en a le plus besoin. Je sais que vous tous qui participez aujourd'hui unirez vos efforts aux nôtres et à ceux de l'OMS pour que cette vision devienne réalité. Sur ces mots, je rends la parole à Doris pour la suite de nos travaux. Merci de votre attention.

Doris Mollel — Modératrice

[00:23:08] Merci beaucoup. Merci infiniment, docteur. C'était l'intervention de l'UNICEF. Je crois que nous sommes tous curieux de savoir à quoi ressemblent ces normes, et nous allons peut-être entendre maintenant ce qu'elles disent : quelques objectifs clés et priorités opérationnelles qui orienteront ce que doivent être les banques de lait humain. Pour commencer par les normes, permettez-moi de vous présenter la Dre Maryanne Perrin, spécialiste des sciences de la nutrition, ingénieure industrielle, diététicienne agréée et professeure au département de nutrition de l'Université de Caroline du Nord à Greensboro, où ses recherches portent sur des lignes directrices fondées sur des données probantes pour le lait humain de donneuses. Elle a été chercheuse principale d'une étude financée par les National Institutes of Health des États-Unis sur la composition du lait humain de donneuses dans le monde et, plus récemment, coprésidente du groupe d'élaboration des normes de l'OMS pour les banques de lait humain de donneuses. La parole est à vous, Dre Perrin. Nous sommes tous curieux de connaître les normes.

[00:24:31] Merci, Doris. Je suis ravie d'être ici aujourd'hui pour contribuer au lancement de ces ressources importantes. Je voulais rappeler à tous que nos objectifs généraux étaient d'élaborer des orientations fondées sur des données probantes pour une collecte, un traitement et une distribution du lait de donneuses sûrs, éthiques et de haute qualité. Ces normes représentent des exigences minimales destinées à soutenir l'expansion dans les contextes à faibles ressources, et notre approche a pris en compte la donneuse, l'enfant de la donneuse, le nourrisson receveur et le lait lui-même. Il y avait donc beaucoup à examiner. Nous avons abouti à neuf normes et, comme je dispose de moins d'une minute par norme pour les présenter, entrons directement dans le vif du sujet. Diapositive suivante. La première norme concerne le recrutement des donneuses. Je précise que le recrutement porte sur le public à cibler, pas nécessairement sur les personnes à sélectionner ; la sélection relève du dépistage, dont nous parlerons dans un instant. Si le groupe a constaté que certaines caractéristiques des donneuses, comme le stade de la lactation, influent sur de nombreux nutriments du lait, les données étaient insuffisantes pour conclure à un effet sur le nourrisson receveur. On craignait aussi que restreindre le vivier de donneuses ne limite l'accès au lait de donneuses. Les recommandations sont donc que les banques de lait peuvent recruter des donneuses à tous les stades de la lactation et de la gestation, qui peuvent exprimer plus de lait qu'elles n'en ont besoin ou qui disposent de lait conservé en surplus. Le groupe a été particulièrement attentif au soutien des mères endeuillées, compte tenu des données de plus en plus nombreuses montrant que le don leur apporte des bienfaits particuliers, ainsi qu'au fait de ne pas recruter avant que la lactation soit bien établie au sein de la dyade. La deuxième recommandation porte sur la rémunération. Si le groupe a identifié certains avantages potentiels à indemniser les donneuses, les inconvénients comprenaient une atteinte à la sécurité et à la qualité du lait de donneuses ainsi que l'exploitation des donneuses, ce qui a conduit à recommander de ne pas offrir d'incitations financières afin de garantir un produit sûr et de qualité. Nous avons toutefois reconnu que le remboursement des frais réels peut être envisagé : par exemple les déplacements, le transport et le matériel nécessaire pour exprimer et conserver le lait. Diapositive suivante. La troisième recommandation concerne le dépistage des donneuses. Nous avons examiné les données sur les cas où il faut exclure une donneuse en raison du risque de nuire à un nourrisson par l'intermédiaire du lait. Nous avons aussi gardé à l'esprit qu'un dépistage excessif, non fondé sur des données probantes, pourrait là encore réduire le vivier de donneuses potentielles et l'accès au lait de donneuses. Les recommandations sont que le dépistage comprenne un questionnaire sur les risques ainsi qu'un dépistage sérologique, et que la donneuse soit exclue en cas de test sérologique positif pour le VIH ou le HTLV-1, ou si le questionnaire révèle une consommation de drogues récréatives, de tabac, d'alcool ou de médicaments qui passent dans le lait et sont contre-indiqués pendant l'allaitement. Dans l'esprit de ce webinaire, nous avons tenu à ce que, si une donneuse potentielle est exclue, elle continue d'être encouragée à allaiter son propre enfant. Nous avons aussi tenu compte de la nécessité de refaire périodiquement le dépistage, car ces risques évoluent constamment. La quatrième recommandation porte sur l'information et le soutien des donneuses. Le groupe a reconnu qu'une information et un soutien adaptés peuvent aider à protéger la relation d'allaitement entre la donneuse et son enfant, ainsi que la sécurité du lait, la production de lait et, en fin de compte, le nourrisson receveur. Les recommandations sont que les banques de lait protègent et soutiennent les donneuses pour qu'elles continuent d'allaiter leur propre enfant, ce qui peut inclure un accompagnement qualifié en lactation ou la fourniture de matériel pour

l'expression et la conservation du lait. Nous recommandons aussi que les banques de lait informent sur les techniques d'expression du lait et les pratiques d'hygiène, y compris le lavage des mains. Nous avons noté que toutes les méthodes d'expression — manuelle, tire-lait manuel ou tire-lait électrique — sont acceptables ; le choix revient donc à la donneuse. Diapositive suivante. La cinquième recommandation concerne les contenants. Je tiens à préciser que le niveau de certitude des données était faible, en raison du petit nombre d'études et de résultats contradictoires. Les discussions sur les contenants ont recoupé plusieurs sujets : la sécurité et la qualité du lait, la chaîne d'approvisionnement, la disponibilité et le coût des contenants, ainsi que les contraintes de production et d'usage clinique propres à certains types de contenants. Les recommandations sont que le lait exprimé soit conservé et transporté dans des contenants propres et de qualité alimentaire. Les contenants doivent être faciles à nettoyer, à désinfecter et à étiqueter, résistants à la casse et pouvoir être fermés hermétiquement. La recommandation suivante porte sur la conservation et la manipulation. Bien que certaines données montrent une dégradation des nutriments pendant la conservation, le groupe a mis cela en balance avec le fait que n'admettre que des durées de conservation plus courtes limiterait la production, et donc l'accès au lait de donneuses. Les normes fournissent des recommandations précises sur les durées et les températures de conservation au réfrigérateur et au congélateur, pour le lait cru comme pour le lait pasteurisé, mais je ne peux pas entrer dans ces détails en neuf minutes ; je vous invite donc à les consulter. Le groupe a également recommandé de maintenir des températures sûres de la réception à la livraison, ce qui implique de maintenir la chaîne du froid pendant le transport, et que les banques de lait surveillent les températures de froid et les consignent au moins deux fois par jour. Nous avons tenu compte du fait que, dans les régions où la température ambiante est plus élevée ou la réfrigération moins fiable, il peut être nécessaire de raccourcir les durées de conservation pour garantir la sécurité du lait. Diapositive suivante. La septième recommandation porte sur le regroupement, le mélange et la traçabilité. Ce sont des opérations effectuées par les banques de lait pendant la production et la distribution, qui contribuent à garantir l'adéquation nutritionnelle et la sécurité du lait de donneuses. Le regroupement du lait de plusieurs donneuses permet d'accroître l'homogénéité entre les lots, tandis que le mélange garantit l'homogénéité des nutriments au sein d'un même lot. Les recommandations sont que, lorsque cela est culturellement approprié, les banques de lait peuvent regrouper le lait de plusieurs donneuses pour améliorer l'homogénéité nutritionnelle ; que ces regroupements doivent être mélangés pour assurer une répartition uniforme des nutriments, car le lait a tendance à se séparer au repos ; et que les techniques de mélange mécaniques comme manuelles conviennent. Enfin, les banques de lait doivent disposer de systèmes de traçabilité leur permettant de suivre le lait de la donneuse au receveur, et du receveur à la donneuse, en cas d'événement indésirable. La huitième recommandation porte sur le traitement thermique. Le groupe a reconnu qu'il existe un arbitrage entre le traitement thermique du lait, qui ajoute un niveau de sécurité en détruisant les agents pathogènes potentiels, et le fait de laisser le lait cru et non traité, ce qui préserve davantage de nutriments et de propriétés bioactives. La recommandation est que, pour garantir la sécurité microbiologique, le lait de donneuses soit traité thermiquement par pasteurisation Holder ou par des méthodes à haute température et courte durée ; la stérilisation en autoclave n'est pas recommandée, et le traitement thermique peut être évité si chaque contenant de lait cru est analysé pour vérifier qu'il respecte les limites de sécurité acceptées localement. Le groupe a noté que, lorsque le traitement thermique est évité — comme c'est actuellement le cas en Norvège et en Allemagne —, des

analyses supplémentaires sont nécessaires. Diapositive suivante. — Pourriez-vous résumer ? — Oui. La dernière recommandation porte sur les analyses. Les analyses après pasteurisation sont recommandées ; les analyses nutritionnelles ne le sont pas. Je vous rends la parole, Doris.

Doris Mollel — Modératrice

[00:34:10] Merci, Dre Perrin. Merci beaucoup. Un grand bravo à la Dre Perrin pour cette excellente présentation de ce que disent les normes. Si vous le permettez, je vais présenter rapidement Kimberly Mansen, MPH et RDN, conseillère en nutrition maternelle et néonatale chez PATH, au sein de sa pratique de santé des femmes et de la famille, qui a été la coordinatrice principale des normes comme des orientations de mise en œuvre. Kimberly va maintenant nous présenter les orientations de mise en œuvre. À vous, Kimberly, et j'espère que vous nous aiderez à respecter le temps afin que nous puissions tous entendre les belles histoires et partager l'enthousiasme que suscite ce lancement. Merci. À vous, Kimberly.

Kimberly Mansen — conseillère en nutrition maternelle et néonatale, PATH

[00:34:57] Merci, Doris, et bonjour à tous. C'est une grande joie et un plaisir de vous présenter brièvement les points forts du document d'accompagnement, les orientations de mise en œuvre. Un peu de contexte, pour mettre les choses en perspective : vous venez d'entendre la Dre Maryanne Perrin présenter les résultats, le contenu de ce document, mais arriver jusqu'ici a été tout un parcours, et dès le premier jour du processus d'élaboration des normes, le terrain posait des questions sur la manière de mettre en place un système de banques de lait et de choisir le type de modèle. Je tiens donc à remercier profondément l'OMS et l'UNICEF de leur engagement pour que ces orientations de mise en œuvre accompagnent avec succès les normes sur les banques de lait. Quiconque a été en première ligne de la création d'une banque de lait humain sait que tout commence toujours avec de très bonnes intentions et une vision — peut-être une collecte de fonds pour un équipement médical comme un pasteurisateur —, mais que cela devient un réseau complexe de processus et de décisions, auquel s'ajoutent les défis pratiques pour tout aligner sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement, pierre angulaire du processus. Alors que les normes portaient sur les actions précises qu'une banque de lait doit mener pour obtenir un produit sûr et de qualité, c'est ce document, les orientations de mise en œuvre, qui commence à poser les questions sur la manière d'établir le système de banques de lait. Je vais vous donner un bref aperçu de la façon d'aborder ce document, mais je vous invite à le télécharger et à l'explorer pour mesurer vraiment la richesse des informations qu'il contient. Diapositive suivante. Ces orientations de mise en œuvre ont été élaborées pour aider les pays à mettre en place des programmes de lait humain de donneuses sûrs et équitables, adaptés à leur contexte, qui complètent les stratégies de soins maternels et néonataux et qui renforcent, sans les remplacer, les efforts visant à protéger et à soutenir l'alimentation au lait de la mère. Étant donné que les systèmes de santé, la réglementation et le contexte culturel varient considérablement, il était admis qu'aucun modèle de banque de lait humain n'est universellement applicable. Nous vous invitons donc à réfléchir de manière que chaque pays évalue son propre contexte, ses ressources, ses besoins cliniques, ses infrastructures et la perception du lait de donneuses par le public, afin de concevoir des modèles de banques de lait humain permettant un accès durable à un lait humain de donneuses sûr et de haute qualité, tout en protégeant et en soutenant toujours l'allaitement. Ce document s'adresse à un public très large : ministères

de la Santé, décideurs, bailleurs de fonds — en particulier ceux qui souhaitent investir dans la santé maternelle et néonatale et voir comment cela s'inscrit désormais dans une composante plus large de ce domaine —, acteurs de mise en œuvre, associations professionnelles et autres ONG qui souhaitent créer des banques de lait dans le cadre de l'alimentation des nourrissons vulnérables. À maintes reprises, les questions venues du terrain ont conduit à demander à l'OMS et à l'UNICEF de fournir ces orientations, et ce n'est qu'un début, un point de départ. Diapositive suivante. Comment ces orientations ont-elles été élaborées ? D'abord, un groupe externe de 10 experts, représentatifs à l'échelle mondiale et sans conflit d'intérêts, a été réuni pour son expertise technique dans la conception, la création et la mise en œuvre de systèmes de banques de lait, issus d'associations de banques de lait, d'hôpitaux et d'institutions universitaires. Beaucoup d'entre vous participent à cet appel, alors merci. Un atelier des parties prenantes s'est tenu lors du dernier congrès de l'Association européenne des banques de lait, en octobre de l'année dernière, et une revue exploratoire a accompagné l'avis du groupe d'experts, en examinant les modèles de banques de lait ainsi que la classification et la réglementation du lait humain de donneuses. Des études de cas ont également été réalisées dans le monde entier, et la Dre Kiersten Israel-Ballard animera un panel qui ne représente qu'un petit échantillon de la richesse des expériences présentées tout au long du document ; restez donc avec nous. Dans le document, ces études de cas offrent des exemples concrets de la manière dont différents contextes ont défini des modèles prioritaires et réalisables, ce qui donne vie à la riche information qu'il contient. Et parallèlement à tout ce travail de collecte d'informations et d'analyse des avis d'experts, c'est le comité de coordination avec l'OMS et l'UNICEF qui a vraiment rendu cela possible. Le Dr Larry Grummer-Strawn interviendra d'ailleurs à la fin de ce webinaire pour parler de la suite. Diapositive suivante. Lorsque vous téléchargerez ces orientations, voici ce que vous y trouverez. Plutôt qu'un guide pour créer une banque de lait, elles présentent les éléments à prendre en compte pour déterminer ce qu'il faut faire pour en créer une, et quel modèle et quelle conception sont adaptés et durables dans votre contexte. La section 3 du document examine les priorités opérationnelles et les objectifs clés des banques de lait humain, ce qui fait réellement le succès d'un système. Puis, dans la section 4, tous ces éléments sont appliqués en tant que facteurs déterminants des caractéristiques des modèles de banques de lait humain, afin d'en illustrer les avantages et les difficultés potentiels. Ce socle repose sur les facteurs que vous voyez sur la diapositive, c'est-à-dire les objectifs clés et les priorités opérationnelles. Les objectifs clés comprennent l'approvisionnement en lait humain de donneuses — un approvisionnement suffisant, mais, comme nous le savons, sans excès, pour ne pas inciter à utiliser le lait de donneuses au détriment du lait de la mère ; il s'agit de protéger cet équilibre — ; la garantie de produits sûrs et de qualité, et le modèle qui y parviendra dans chaque contexte ; et le maintien du soutien à la lactation au centre, afin que toutes les mères aient le soutien dont elles ont besoin et que le lait de donneuses ne le compromette jamais. Les priorités opérationnelles comprennent l'optimisation des coûts et de l'efficacité — dans certains contextes, un modèle peut être plus efficient qu'un autre du point de vue des coûts, selon les autres services disponibles — ; l'inscription dans les cadres politiques et réglementaires existants, très vastes et très divers en ce qui concerne le lait humain ; et le respect des normes culturelles et sociales dans tous les choix concernant le modèle de banque de lait. Sur la diapositive suivante, nous verrons les six caractéristiques clés des modèles de banques de lait humain présentées dans le document. — Kimberly, pourriez-vous résumer, s'il vous plaît ? — Oui, merci. Il s'agit du cadre physique : modèles en établissement ou communautaires ; de la population de donneuses : qui fournit

le lait, donneuses de l'établissement ou de la communauté ; de la distribution du lait de donneuses : vers un seul site ou plusieurs ; de la structure de gouvernance : centralisée, décentralisée ou hybride ; du modèle de financement : chaque site collecte-t-il ses propres fonds ou un organe de gouvernance assure-t-il le financement pour la pérennité ; et des opérations partagées avec d'autres produits médicaux d'origine humaine, comme les services de transfusion sanguine associés aux services de lait humain : partagées ou indépendantes. Faute de temps, nous passerons rapidement à la diapositive suivante. En résumé, vous trouverez des orientations sur la classification pour chaque contexte : en tant qu'aliment, produit médical d'origine humaine, thérapie nutritionnelle ou aliment médical, ou catégorie à part. Pour conclure, les orientations de mise en œuvre accompagnent les décisions complexes nécessaires pour concevoir des systèmes sûrs, efficaces et durables, y compris des services de lait humain de donneuses lorsque cela est approprié. Elles vont au-delà des établissements pris individuellement pour faire progresser des objectifs plus larges de santé publique, en aidant les pays à élaborer des modèles adaptés à leur contexte pour des résultats durables en matière d'alimentation et de nutrition. Merci beaucoup.

Doris Mollel — Modératrice

[00:44:07] Merci, Kimberly. Merci beaucoup. Je sais que vous avez pris deux minutes de plus, mais nous vous sommes reconnaissants pour cette présentation si réussie des orientations de mise en œuvre ; nous savons désormais tous ce qu'elles disent. J'aimerais maintenant que nous passions aux pratiques des pays pour découvrir leurs expériences, et pour cela nous serions ravis de confier cette partie à une femme très travailleuse et charmante, la Dre Kiersten Israel-Ballard, professeure associée affiliée au département de santé mondiale de l'Université de Washington, qui a récemment dirigé l'équipe de santé et de développement maternels et infantiles intégrés de PATH et qui apporte plus de 25 ans d'expérience dans l'alimentation des nourrissons des populations vulnérables. Elle va maintenant animer cette séquence. À vous, Dre Kiersten. Nous avons hâte de comprendre et d'entendre l'expérience des pays : ce que signifie concrètement disposer d'une banque de lait humain de donneuses et, bien sûr, en créer une dans nos différents contextes. À vous.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[00:45:19] Parfait. Merci, Doris, et merci à toutes mes collègues intervenantes. Je pense que tous ceux qui participent à cet appel savent que nos systèmes de santé varient énormément d'un pays et d'un contexte à l'autre : les ressources, les infrastructures, l'expertise. Et cela vaut aussi pour les banques de lait humain. Les normes et les orientations de mise en œuvre devaient fournir un cadre rigoureux, mais la difficulté était de le rendre aussi adaptable. Comment poser des bases sûres et appropriées tout en permettant aux programmes de développer des modèles adaptés à leur propre contexte ? Aujourd'hui, j'ai le plaisir de vous emmener dans un voyage à travers trois pays. J'aimerais que nous puissions en voir davantage, mais le temps nous manque. À travers leurs histoires, nous verrons comment les programmes de banques de lait humain ont adapté des principes communs aux réalités locales, ce qui montre qu'il n'existe pas un modèle unique de mise en œuvre, mais plutôt plusieurs chemins vers un objectif commun : un accès sûr, équitable et durable au lait humain. Nous avons aujourd'hui un panel avec la Dre Sushma Nangia, professeure d'excellence en néonatalogie au Lady Hardinge Medical College et à l'hôpital pédiatrique Kalawati Saran de New Delhi. Elle a

présidé le National Neonatology Forum of India en 2024 et a dirigé des initiatives nationales de santé néonatale au sein du ministère indien de la Santé. Elle siège dans plusieurs groupes d'élaboration de lignes directrices de l'OMS consacrés aux nourrissons prématurés, aux banques de lait humain et à l'alimentation des nourrissons à risque, et elle est l'autrice de plus de 265 publications. Elle est partenaire du programme Oslo-Delhi d'amélioration des soins néonataux de base. Bienvenue. Nous accueillons également la Dre Hoang Tran, professeure associée et néonatalogue à l'Hôpital des femmes et des enfants de Da Nang, au Viet Nam. Elle dirige depuis 2017 la première banque de lait humain du pays. Elle a été auparavant directrice adjointe de l'hôpital et cheffe du département de pédiatrie de la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Da Nang. Elle est vice-présidente de l'Association vietnamienne de périnatalité et de néonatalogie et membre du groupe d'examen indépendant de la Région du Pacifique occidental de l'OMS qui suit le plan d'action pour des nouveau-nés en bonne santé. Kathy Burgoine est une pédiatre formée au Royaume-Uni et chercheuse en néonatalogie ; depuis 2014, elle est responsable de la néonatalogie à l'Hôpital régional de référence de Mbale, dans l'est de l'Ouganda. Elle a fondé l'organisation à but non lucratif Born on the Edge et a mis au point le programme Bridge to Breastfeeding (« Passerelle vers l'allaitement »), ainsi que la première banque de lait humain d'un hôpital public en Ouganda. Elle dirige aujourd'hui, avec l'Université de Bergen, le projet sur le soutien à la lactation et les banques de lait humain en Ouganda, qui évalue le soutien à la lactation et les banques de lait avant leur passage à grande échelle. Pour commencer — et nous allons devoir écouter un peu notre panel aujourd'hui, j'en suis vraiment désolée —, nous allons poser une question à toutes nos panélistes, et je vous demanderai à chacune une réponse très brève. Dre Nangia, en Inde, commençons par vous. Quel manque le lait humain de donneuses est-il venu combler dans votre contexte ? La question est en fait de savoir pourquoi, parmi de nombreuses priorités concurrentes, les banques de lait humain ont été retenues dans la stratégie de soins et de nutrition néonataux. Commençons par vous.

Dr. Sushma Nangia — Inde (New Delhi)

[00:48:52] Oui. Salutations de New Delhi, en Inde. C'est un honneur d'être ici ; merci à l'OMS, à l'UNICEF et à Kiersten. Merci beaucoup de nous avoir invitées. Permettez-moi de vous indiquer que l'Inde compte chaque année 26 millions de naissances, dont 3,5 millions de bébés prématurés, ce qui en fait de loin la plus grande cohorte de tous les pays. En 2014, l'Inde a été l'un des 194 États Membres à approuver le cadre mondial du Plan d'action « Chaque nouveau-né ». Sur cette base, en septembre 2014, l'Inde a annoncé son propre plan d'action pour le nouveau-né, couvrant la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente selon une approche fondée sur le cycle de vie, avec l'engagement de réduire la mortalité néonatale de 26 pour 1 000 à l'époque à un chiffre à un seul chiffre d'ici 2030. Le Gouvernement indien avait pour vision de garantir l'accouchement en établissement pour toutes et l'accès universel au lait humain pour tous les nourrissons. Dans cet esprit, en 2016, le programme MAA, « Mothers' Absolute Affection » (l'affection absolue des mères), a été lancé, avec un accent renouvelé sur l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance et sur l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois. Pour garantir un accès universel comparable au lait humain aux nourrissons petits, malades et vulnérables, il fallait créer et étendre des banques de lait humain. Mais l'Inde n'a pas opté pour des banques de lait autonomes. Elle a plutôt misé sur un soutien global à la lactation pour les femmes, dans lequel les banques de lait humain ont été intégrées. En août 2017, l'Inde a publié des lignes directrices nationales sur les centres de gestion de la lactation dans les établissements de

santé publics, axées sur le soutien à l'allaitement pour toutes les parturientes, le lait de la mère pour les bébés petits et malades, et le lait humain de donneuses lorsque le lait de la mère était insuffisant ou indisponible.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[00:51:05] Merci, Dre Nangia. Un besoin immense en Inde, donc un modèle bien adapté. Passons au Viet Nam. Dre Tran, comment répondriez-vous à la même question, le pourquoi ?

Dr. Hoang Tran — Viet Nam (Hôpital des femmes et des enfants de Da Nang)

[00:51:16] Bonjour à tous. Chaque année, le Viet Nam compte environ 1,5 million de naissances, dont plus de 100 000 bébés prématurés ou de faible poids de naissance. Pour diverses raisons — maladie de la mère, anxiété, ou séparation entre la mère et le bébé en raison de la maladie ou de la prématurité de celui-ci —, plus de 50 % de ces bébés ne bénéficient malheureusement pas d'un allaitement précoce et exclusif, et ils ont vraiment besoin d'une alternative nutritionnelle optimale, à savoir le lait humain de donneuses pasteurisé. Des banques de lait humain ont donc été créées au Viet Nam pour garantir que chaque nouveau-né petit, malade ou vulnérable qui n'a pas accès au lait de sa mère puisse tout de même recevoir du lait maternel de donneuses. Les banques de lait humain jouent aussi un rôle important dans la promotion de l'allaitement au sein de notre communauté, et cette initiative soutient directement les priorités nationales en matière de survie néonatale, de nutrition de l'enfant et de promotion de l'allaitement. Ces priorités sont inscrites dans la loi sur l'enfance, dans les stratégies nationales de nutrition et dans les plans d'action du ministère de la Santé. Merci.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[00:52:33] Merci, Dre Tran. Dre Burgoine, passons à vous et à l'Ouganda : l'histoire de Mbale.

Dr. Kathy Burgoine — Hôpital régional de référence de Mbale

[00:52:40] Parfait. Merci, Kiersten. Bon après-midi à tous. Vers 2019-2020, ici à Mbale, en Ouganda, nous avons constaté que davantage de nourrissons prématurés survivaient, mais qu'ils avaient beaucoup de mal à prendre du poids, et que même les mères avaient du mal à exprimer la quantité de lait que nous leur demandions. En examinant nos données de plus près, nous avons découvert qu'environ 40 % de nos prématurés de très faible poids de naissance présentaient déjà un retard de croissance à la naissance. Et au moment de la sortie, près de 80 % de nos prématurés présentaient un fléchissement de la croissance postnatale. C'était une préoccupation majeure pour nous, Kiersten, car nous admettons environ 4 000 bébés par an, dont environ 600 de très faible poids de naissance. Il fallait donc vraiment trouver une solution. La nutrition parentérale totale n'était évidemment pas réaliste dans un contexte comme le nôtre. Les fortifiants du lait maternel étaient beaucoup trop chers, et le lait infantile, bien que disponible, restait coûteux ; et nous connaissons tous les complications du lait infantile chez les prématurés. Nous avons donc commencé avec ce que nous avons : des interventions peu coûteuses, axées sur la mise en œuvre effective de la « zéro séparation » et de la méthode kangourou précoce et continue. Nous avons commencé à proposer une éducation à l'allaitement à toutes les mères de l'unité néonatale, ainsi qu'un soutien spécialisé et individuel à

la lactation pour les mères des prématurés. Il restait pourtant un manque : quelques bébés ne recevaient toujours pas assez de lait. C'est là que nous avons dû envisager sérieusement de créer une banque de lait humain de donneuses ici, en Ouganda — nous en parlerons sans doute dans un instant. En résumé, nous pouvons désormais fournir du lait humain de donneuses dépisté et pasteurisé pour compléter l'alimentation de ces bébés pendant que nous continuons à établir le lait de la mère. Et je crois que le plus enthousiasmant, du moins pour nous en Ouganda cette année, c'est que, grâce aux expériences de notre hôpital et de ceux de Nsambya et de Kampala, nous avons pu rassembler nos protocoles, nos expériences et nos lignes directrices, et lancer en août 2026 nos lignes directrices nationales sur les banques de lait humain ici, en Ouganda.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[00:54:36] C'est formidable, félicitations ! Je tiens à vous remercier toutes d'avoir expliqué le pourquoi. Vous avez de très nombreuses priorités concurrentes et des besoins immenses dans vos contextes : alors, où les banques de lait humain trouvaient-elles leur place, et pourquoi ? Merci. J'aimerais maintenant poser à chacune d'entre vous une question précise sur votre programme, pour approfondir un peu et en apprendre davantage sur votre contexte. Comme l'a indiqué Kimberly, les orientations de mise en œuvre présentent plusieurs études de cas, et l'Inde en fait partie. Dre Nangia, j'aimerais commencer par vous. L'Inde dispose d'une stratégie nationale de passage à grande échelle des banques de lait humain. Pouvez-vous nous raconter cette histoire ? Quelle est l'approche stratégique ? Quel modèle est étendu ? Comment mesurez-vous le succès ? Et l'Inde, c'est une échelle immense : comment institutionnalisez-vous cela au sein des initiatives de santé publique ? À vous. Oh, votre micro est coupé.

Dr. Sushma Nangia — Inde (New Delhi)

[00:55:36] Merci. Pardon. Comme je l'ai mentionné, en août 2017, l'Inde a publié les lignes directrices nationales sur les centres de gestion de la lactation dans les établissements de santé publics, axées sur quatre éléments précis : le soutien à la lactation pour toutes les femmes qui accouchent dans l'établissement, avec un soutien à l'allaitement des bébés en bonne santé qui se prolonge jusqu'en maternité ; l'alimentation au lait de la mère pour les bébés petits et malades pris en charge dans les unités néonatales, c'est-à-dire les unités de soins intensifs néonataux et les unités de soins spéciaux aux nouveau-nés, qui sont les unités de niveau deux au niveau du district ; la mise à disposition de lait humain de donneuses pasteurisé comme soutien passerelle pour les bébés petits et malades lorsque le lait de la mère est insuffisant ou indisponible ; et, de manière transversale, le renforcement des services de conseil dans l'ensemble du système de santé. Les lignes directrices nationales ont formalisé un modèle à trois niveaux. Dans ce système, le niveau le plus élevé, établi dans les facultés de médecine et les grands hôpitaux de district, a été désigné comme centre global de gestion de la lactation (CLMC) : il comprend le conseil en lactation et un soutien complet à la lactation, et fonctionne comme une véritable banque de lait humain, équipée pour collecter, conserver, pasteuriser, analyser et distribuer le lait de donneuses aux unités de soins intensifs néonataux. Le deuxième niveau se situe dans les hôpitaux de district et de sous-district dotés d'une unité de soins spéciaux aux nouveau-nés fonctionnelle. Ces unités de niveau deux se consacrent bien sûr au conseil en lactation et à la prise en charge des difficultés de lactation, ainsi qu'au soutien à l'expression et à la conservation du lait maternel destiné aux propres bébés des mères ; une partie du lait humain non pasteurisé peut être envoyée

au CLMC pour pasteurisation, puis être récupérée. Le niveau de base, ou troisième niveau, est constitué des unités de soutien à la lactation, qui ne sont pas des unités physiques mais correspondent au soutien à la lactation apporté dans chaque lieu d'accouchement, qu'il s'agisse d'un centre de soins primaires, d'un centre de santé communautaire, d'un hôpital de district, d'une faculté de médecine ou d'un établissement de référence. Toutes ces structures facilitent la mise au sein précoce, accompagnent le positionnement et la prise du sein, et traitent les difficultés liées à la lactation. Comme nous le savons, l'Inde compte une cohorte de naissances énorme, avec le plus grand nombre de nourrissons prématurés, de faible poids de naissance ou présentant un retard de croissance, qui sont les plus exposés aux difficultés d'alimentation, au sepsis et à d'autres morbidités de la prématurité, ainsi qu'au fléchissement de la croissance, et qui finissent par mourir ou, s'ils survivent, par présenter des troubles du neurodéveloppement. Prendre en charge ces bébés de manière traditionnelle en unité de soins intensifs néonataux, avec une nutrition parentérale ou du lait infantile, entraîne de nombreuses complications supplémentaires — sepsis, infections sanguines liées aux cathéters centraux, entérocolite ulcéro-nécrosante et bien d'autres —, et tout cela nécessite une organisation complexe pour la préparation et l'administration, sans même parler du coût. Rien de tout cela n'était donc réalisable. Pour nous, le lait maternel n'est donc pas seulement la nutrition optimale : c'est une intervention vivante qui sauve des vies, grâce à ses composants bioactifs uniques qui aident à prévenir les infections, favorisent le développement de l'immunité et contribuent à la santé et au bien-être en général. Le lait de la mère a donc été promu et privilégié comme première option, et les lignes directrices mettent l'accent sur tous les efforts visant à l'augmenter. Les trois niveaux garantissent un conseil individuel et collectif selon les besoins du soutien à la lactation, depuis la consultation prénatale jusqu'aux services de suites de couches, la salle d'accouchement, les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique, les consultations de l'enfant en bonne santé et les centres de vaccination. Le centre de lactation aide à l'expression du lait des mères de petits bébés hospitalisés en unité de soins spéciaux et en soins intensifs néonataux, le plus souvent par expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait, afin que le lait de la mère soit disponible pour les bébés petits et malades. En plus du soutien à la lactation, les CLMC peuvent dépister et enregistrer les donneuses, et le lait exprimé est envoyé en soins intensifs néonataux comme lait de la mère pour nourrir son enfant biologique. Le lait en surplus est donné volontairement et conservé de façon aseptique, à la température appropriée. Il est regroupé, pasteurisé, analysé et conservé jusqu'à sa délivrance à l'unité néonatale. Le lait humain de donneuses pasteurisé n'est délivré que sur prescription valide de l'unité néonatale, précisant les informations sur le bébé receveur et l'état de la lactation de sa mère. Tout cela fait l'objet d'un suivi étroit, et ce lait sert de soutien passerelle jusqu'à ce que le bébé soit exclusivement nourri au lait de sa mère. En général, ce soutien n'est pas étendu aux bébés de plus de 32 semaines de gestation ni au-delà des deux premières semaines de vie. Vous avez demandé quels étaient les indicateurs de succès. L'indicateur de succès est la proportion de lait de la mère dans le volume total d'alimentation entérale reçu par le bébé ; le délai avant que le bébé soit exclusivement nourri au lait de sa mère ; le délai de récupération du poids de naissance ; et la vitesse de prise de poids après cette récupération. L'indicateur de succès n'est donc pas la quantité de lait donnée ni celle qui se trouve dans les congélateurs de la banque, mais la quantité de lait maternel reçue par les bébés. Cette approche est en cours d'institutionnalisation dans le système de santé publique : il existe déjà plus de 100 banques de lait en Inde, et plusieurs centres de gestion de la lactation sont en cours de création, autorisés et soutenus par les gouvernements des États dans tout le pays,

pour appuyer les unités de soins spéciaux aux nouveau-nés. Les initiatives actuelles visent à mettre en place un modèle en étoile pleinement fonctionnel, dans lequel le CLMC sert de pôle central qui pasteurise le lait de donneuses collecté dans les unités de gestion de la lactation et le renvoie à ces unités pour être utilisé dans les unités de soins spéciaux. Une autre initiative que nous visons est la mise en place d'un système de traçabilité infailible pour enregistrer les mouvements, le traitement et la distribution du lait de donneuses, du don jusqu'à la délivrance au receveur. L'objectif est d'introduire des codes-barres, des dossiers électroniques et des bases de données intégrées. Certaines initiatives ont été lancées, mais elles doivent être formalisées ; ce n'est pas encore fait à l'échelle du pays, mais des initiatives ont été prises. Je crois que c'est tout ce que j'avais à dire.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[01:02:20] Parfait, merci beaucoup, Dre Nangia. C'est un exemple frappant d'intégration et de leadership politique : intégrer les banques de lait humain dans des centres globaux de gestion de la lactation, avec un Gouvernement indien qui soutient leur expansion en tant que priorité. C'est remarquable. Dre Tran, tournons-nous vers vous et le Viet Nam. La banque de lait humain de l'Hôpital des femmes et des enfants de Da Nang a été créée en 2017 et sert depuis de modèle pour l'expansion dans la région. Pouvez-vous nous expliquer comment la banque de lait humain a d'abord été intégrée aux initiatives en cours en matière de nutrition et de soins néonataux, et comment cette approche est aujourd'hui mise en œuvre à l'échelle régionale ? Merci.

Dr. Hoang Tran — Viet Nam (Hôpital des femmes et des enfants de Da Nang)

[01:03:04] Merci. La première banque de lait humain du Viet Nam a été créée à l'Hôpital des femmes et des enfants de Da Nang en 2017. Notre hôpital a été choisi pour mettre en place cette première banque à la suite de résultats importants obtenus dans les soins essentiels précoces au nouveau-né depuis 2014 : plus de 90 % des nouveau-nés, qu'ils soient nés par voie basse ou par césarienne, bénéficiaient d'un contact peau à peau prolongé et d'un allaitement précoce. Nous pratiquons aussi la méthode mère kangourou en continu pour les petits bébés : plus de 90 % des bébés prématurés ou de faible poids de naissance de notre hôpital reçoivent ces soins optimaux, et l'hôpital propose également la méthode mère kangourou immédiate, dès la naissance, aux bébés prématurés, même aux grands prématurés. L'introduction de la banque de lait humain a encore renforcé le soutien et la promotion de l'allaitement. Elle a créé une approche intégrée des soins maternels et néonataux en reliant la banque de lait humain aux soins essentiels précoces au nouveau-né, à la méthode mère kangourou, à l'allaitement et à la « zéro séparation » entre les mères et les nouveau-nés. Cette intégration a permis à Da Nang de devenir un centre d'excellence en soins maternels et néonataux. Notre hôpital est devenu un centre de formation pour des collègues de tout le Viet Nam, ainsi qu'une destination appréciée des collègues de la région. En 2021, nous avons publié les premières lignes directrices nationales sur les banques de lait humain au Viet Nam, qui fournissent des informations complètes sur leur création et leur fonctionnement. En nous appuyant sur le modèle de Da Nang, nous avons étendu le dispositif à quatre autres banques de lait humain dans trois régions du Viet Nam, notamment dans les deux plus grands hôpitaux pour femmes, un hôpital pour femmes et enfants et l'Hôpital national de pédiatrie. Nous avons également créé cinq banques satellites. Depuis Da Nang, au cours des huit dernières années, environ 16 000

litres de lait de donneuses pasteurisé ont été distribués à près de 60 000 nouveau-nés, et les données de notre hôpital montrent aussi une augmentation significative du taux d'allaitement après la création de la banque de lait humain. Voilà les informations de notre hôpital et l'expérience du Viet Nam. Merci de votre attention.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[01:05:44] Merci beaucoup, Dre Tran. J'apprécie beaucoup votre présentation du modèle en cours d'extension, car vous avez montré, d'abord, que vous disposiez d'une base solide avant la banque de lait, et que l'intégration est possible parce que vous avez relié la banque de lait humain aux soins essentiels précoces au nouveau-né, à la méthode kangourou, à l'allaitement et à la « zéro séparation », dont elle est un élément central. Merci. Dre Burgoine, passons à l'Ouganda. Je pense que vous l'avez souvent entendu, et je l'ai moi aussi entendu bien des fois au cours de ma carrière : les banques de lait humain sont souvent perçues comme gourmandes en ressources, complexes, réservées aux pays à revenu élevé et inadaptées aux contextes à faibles ressources — qui sont pourtant ceux où la charge est la plus lourde. Les orientations de mise en œuvre comprennent des études de cas, dont une sur l'Ouganda. La banque de lait humain de Mbale a ouvert en 2023. C'est la première banque de lait humain en milieu hospitalier en Ouganda. Vous fonctionnez avec un modèle peu coûteux, tout en appliquant une approche globale des soins. Pouvez-vous décrire votre approche, en vous concentrant sur la faisabilité, la pérennité et l'impact que vous observez ? À vous.

Dr. Kathy Burgoine — Hôpital régional de référence de Mbale

[01:07:04] Génial. Merci, Kiersten. C'est une observation très importante, et c'est une idée très répandue que les banques de lait sont réservées aux pays à revenu élevé et qu'elles coûtent extrêmement cher ; c'est donc une excellente question pour le webinaire d'aujourd'hui. Je ne peux pas tout vous dire, mais je peux vous présenter quelques-uns des facteurs clés que nous avons pris en compte pour élaborer notre programme Bridge to Breastfeeding ici, dans notre hôpital public de l'est de l'Ouganda. D'abord, il est très important de dire qu'il a été conçu avec les personnes qui allaient l'utiliser et le mettre en œuvre. Nous avons consulté des parents de prématurés, des néonatalogues et des infirmières, mais nous avons aussi associé les administrateurs et le personnel de laboratoire à la conception du programme. Nous avons aussi eu beaucoup de chance d'avoir à l'hôpital deux étudiantes de master qui ont pu réaliser pour nous un travail qualitatif formel sur l'acceptabilité, les obstacles et les facteurs favorables — non seulement pour l'administration de lait humain de donneuses, qui, rappelons-le, est une nouveauté en Ouganda, mais aussi pour le don de lait lui-même, car sans donneuses, il n'y a tout simplement pas de banque de lait. Comme je l'ai dit, nous n'avions pas beaucoup de ressources ; nous avons donc commencé par des interventions peu coûteuses, que Sushma et Hoang ont déjà décrites. Nous nous sommes attachés à faire vraiment progresser notre politique de « zéro séparation », en veillant à ce que les mères et les bébés restent ensemble dès la naissance ou, idéalement, dès l'admission. Nous y sommes parvenus notamment en encourageant la méthode kangourou précoce et continue dont vous avez entendu parler. Plus récemment, nous avons obtenu des fauteuils pour la méthode mère kangourou, afin que les mères puissent rester confortablement au chevet de leur bébé 24 heures sur 24 si elles le souhaitent. L'étape suivante a été, en quelque sorte, notre première intervention : nous avons

recruté une spécialiste certifiée de l'allaitement, qui a deux fonctions principales. D'abord, chaque jour, elle dispense une éducation à l'allaitement à chaque mère du service, pour que toutes connaissent le lait maternel et l'allaitement, et leurs bienfaits pour elles et pour leur bébé. Elle explique aussi comment exprimer son lait, comment nourrir à la tasse et à la cuillère, comment nourrir par sonde nasogastrique, et aujourd'hui elle aborde également le lait humain de donneuses : ce que c'est, qui peut en donner et qui en a réellement besoin, pour remédier au manque de connaissances révélé par notre travail qualitatif. Ensuite, notre équipe médicale fait sa visite chaque jour et, dès qu'elle repère un bébé de moins de 1 500 grammes, ou tout autre bébé dont la dyade mère-enfant rencontre des difficultés de production de lait, elle l'oriente immédiatement, idéalement dans les 24 heures, vers cette spécialiste de l'allaitement, et la mère bénéficie d'un soutien individuel à la lactation jusqu'à ce que la production de lait soit établie. Ce que nous avons constaté ici à Mbale, du moins dans nos données, c'est qu'environ 80 % de nos mères parviennent à produire suffisamment de lait grâce à ces seules interventions très simples que je viens de décrire. Mais il y a un « mais », et c'est l'une des raisons pour lesquelles nous sommes ici aujourd'hui : tous les bébés ne peuvent pas obtenir assez de lait de leur mère, surtout dans les premiers jours, qui sont si importants pour les prématurés dont nous nous occupons. Et au début de cette réflexion, oui, nous pensions la même chose : trop cher, impossible dans un contexte comme le nôtre. Les pasteurisateurs que nous regardions coûtaient des dizaines de milliers de dollars, nécessitaient une alimentation électrique fiable et un approvisionnement continu en eau, sans parler de la maintenance et de l'entretien — et ici, par exemple, nous ne pouvons tout simplement pas compter sur un approvisionnement continu en eau et en électricité. Tout cela semblait donc hors de notre portée. C'est alors que nous avons découvert vos travaux, Kiersten, et ceux d'Anna Coutoudis et de ses collègues en Afrique du Sud sur le Piastra. Le Piastra permet une pasteurisation à haute température et courte durée, qui a été évoquée plus tôt ; on parle aussi de pasteurisation flash. L'un des grands avantages de ce type de pasteurisation est qu'il ne nécessite pas d'approvisionnement continu en eau pour le refroidissement et qu'il peut fonctionner avec une alimentation électrique minimale. De plus, le Piastra repose sur une approche modulaire et, à part son ordinateur, tout peut être trouvé localement en Ouganda s'il faut remplacer ou réparer une pièce ; nous n'avons donc pas besoin de ce service d'entretien et de maintenance continu. Il ne peut pasteuriser que trois biberons à la fois, ce qui est peut-être un inconvénient, mais en une heure nous pouvons en pasteuriser 12, et même dans notre unité très chargée que j'ai décrite, cela semble avoir suffi, au moins ces trois dernières années. Mais le meilleur, c'est que l'installation de ce pasteurisateur de lait maternel a coûté moins de 1 000 dollars. Nous avons donc en quelque sorte résolu ce problème. La question suivante à laquelle nous devons réfléchir dans notre contexte était : d'où viendraient les donneuses ? Nous avons entendu plus tôt qu'on peut recruter des donneuses à de nombreux endroits. Nous avons décidé de faire appel aux mères déjà présentes dans l'unité néonatale, des mères qui allaient y rester peut-être une semaine, ou un ou deux mois. Ainsi, une fois investi dans le dépistage, le conseil et le recueil du consentement de ces mères, on pouvait disposer d'un approvisionnement continu en lait humain de donneuses provenant de ces mères. Cela a considérablement réduit les coûts : nous n'avons pas à organiser le transport ni la logistique pour faire venir le lait de la communauté. Autre avantage : cela nous offrait un environnement propre. Nous pouvions superviser l'expression du lait par les mères et congeler ce lait immédiatement, sans nous soucier d'une expression sûre dans la communauté ni de la chaîne du froid entre le domicile et l'hôpital. Actuellement, nous congelons tout notre lait à -20 °C, dans des congélateurs

domestiques, avec des thermomètres Wi-Fi 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Et lorsqu'une mère n'a pas assez de lait, nous poursuivons les interventions peu coûteuses que j'ai décrites, en la soutenant individuellement pour établir sa propre production, tandis que le lait humain de donneuses ne sert que de complément jusqu'à ce qu'elle puisse produire suffisamment. En résumé, notre programme Bridge to Breastfeeding a réduit d'environ 30 % le fléchissement de la croissance postnatale chez les bébés de très faible poids de naissance au cours des deux dernières années. Je suis donc ici pour vous dire qu'il n'est pas nécessaire d'être dans un pays à revenu élevé. Nous n'avons pas besoin de technologies sophistiquées si nous misons sur des technologies appropriées et abordables. Si nous favorisons l'appropriation locale et étudions l'acceptabilité locale, les obstacles et les facteurs favorables que l'équipe peut facilement prendre en compte, nous créons ce socle très solide dont tout le monde a parlé aujourd'hui : le soutien à l'allaitement, le soutien individuel à la lactation. Et nous ne nous concentrons pas uniquement sur le lait humain de donneuses : nous l'utilisons comme passerelle vers l'allaitement. Mais au bout du compte, tous nos bébés rentrent chez eux nourris au lait de leur mère. Et, comme l'a dit Queen au début, ils rentrent chez eux et ne se contentent pas de survivre : ils s'épanouissent. Merci, Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[01:13:45] Merci infiniment, Dre Burgoine. Votre expérience est très importante pour beaucoup des personnes présentes. La charge des nouveau-nés vulnérables se situe dans les contextes à faibles ressources, et vous montrez que des modèles peu coûteux sont possibles, mais aussi qu'il ne s'agit pas uniquement du lait de donneuses : il est lié à un système de soins plus large. Je tiens aussi à reconnaître qu'il est absolument nécessaire de continuer à optimiser les systèmes opérationnels des banques de lait pour les pays à faible revenu. Nous avons encore une question aujourd'hui, mais je vais devoir demander à nos panélistes d'y répondre beaucoup plus brièvement que prévu. Comme l'a présenté Kimberly, les orientations de mise en œuvre ont été élaborées autour des facteurs déterminants, des objectifs clés et des priorités opérationnelles qui expliquent comment et pourquoi on choisit un modèle donné. À partir de vos expériences diverses, lequel de ces facteurs ou de ces composantes vous a semblé le plus décisif dans la création de votre banque de lait, et pourquoi serait-il important pour d'autres à l'avenir ? Très, très brièvement : vous avez sans doute quelques secondes chacune. Commençons par la Dre Nangia.

Dr. Sushma Nangia — Inde (New Delhi)

[01:15:01] Bien sûr. Si l'on considère la composante décisive, la composante décisive de notre modèle de CLMC est la prise en charge globale de la mère et du nouveau-né. L'intégration délibérée du CLMC dans les soins obstétricaux et dans les soins cliniques néonataux garantit que les familles reçoivent un soutien à l'allaitement cohérent, depuis les soins prénatals et périnatals jusqu'aux soins postnatals, et même lors des visites de suivi du post-partum. Dans une telle organisation, les mères des bébés prématurés hospitalisés dans les unités néonatales et dans les unités de soins mère-nouveau-né, en cours d'expansion en Inde, sont les principales donneuses de ces banques de lait hospitalières. Une autre composante décisive est le renforcement des capacités : les infrastructures ne suffisent pas à elles seules à créer un programme de banques de lait durable. Nous avons besoin d'infirmières, de médecins, de conseillers, de techniciens et d'administrateurs qui comprennent leur rôle et travaillent au sein d'un système commun. La formation

devient donc une composante essentielle du passage à grande échelle. Les structures hospitalières des hôpitaux publics ont l'avantage de disposer des infrastructures, des ressources et du personnel de l'hôpital, ainsi que...

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[01:16:11] Je vais devoir vous interrompre, simplement pour m'assurer que les deux autres puissent aussi répondre rapidement, si cela vous convient. Je suis vraiment désolée.

Dr. Sushma Nangia — Inde (New Delhi)

[01:16:16] Une dernière phrase : pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, la voie à suivre serait de créer des CLMC, et pas seulement des banques de lait autonomes.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[01:16:27] Merci beaucoup. Dre Tran.

Dr. Hoang Tran — Viet Nam (Hôpital des femmes et des enfants de Da Nang)

[01:16:27] En une minute : l'enjeu décisif de notre parcours est de savoir comment faire fonctionner durablement la banque de lait humain avec un bon niveau de qualité et de sécurité dans un contexte de ressources limitées. C'est pourquoi nous avons choisi le cadre hospitalier pour la banque de lait humain : nous pouvons y contrôler la qualité et la sécurité, et les mères pratiquant la méthode mère kangourou dans l'unité néonatale sont de bonnes donneuses, avec un dépistage et des analyses appropriés, une supervision de l'hygiène et de la conservation du lait maternel. Elles fournissent aussi un lait adapté aux nouveau-nés prématurés et malades, et nous recrutons également des donneuses de la communauté selon des critères appropriés. L'infrastructure de l'hôpital, avec son laboratoire de microbiologie, nous permet de réaliser les analyses nécessaires avant et après la pasteurisation, et le service de prévention des infections de l'hôpital, avec sa stérilisation systématique, contribue aussi à la sécurité. Le fonctionnement d'une banque de lait humain à l'hôpital est placé sous la supervision du système de santé, de la direction provinciale de la santé jusqu'au ministère de la Santé. La sécurité est donc une considération décisive dans tous les contextes, et les nouvelles orientations de mise en œuvre de l'OMS et de l'UNICEF sur les banques de lait humain, publiées aujourd'hui, fournissent des orientations complètes aux pays qui souhaitent créer une nouvelle banque de lait humain, en les aidant à choisir un modèle adapté à leur contexte local et à maintenir des normes élevées de qualité et de sécurité. Merci.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[01:17:58] Dre Burgoine, peut-être une seule phrase, car je crois que nous arrivons à la fin du temps imparti. Je suis désolée.

Dr. Kathy Burgoine — Hôpital régional de référence de Mbale

[01:18:04] Oui, bien sûr, absolument. Je pense — et j'espère que c'est ressorti plus tôt — que notre expérience à Mbale a montré qu'il n'est vraiment pas nécessaire d'avoir des équipements importants, très spécifiques et sophistiqués pour lancer une banque de lait. Il faut commencer avec ce que l'on a, et

commencer petit. Mon message, en fait, c'est : si vous êtes sur le point de vous lancer, ne commencez pas par vous demander comment construire une banque de lait. Demandez-vous plutôt comment tirer le meilleur parti des ressources dont vous disposez déjà pour soutenir vos mères : la méthode kangourou, la « zéro séparation », l'éducation à l'allaitement, le soutien à la lactation. Alors commencez petit, utilisez ce que vous avez, soutenez toujours vos mères et, si vous y avez accès, utilisez le lait humain de donneuses comme passerelle vers l'allaitement. Merci, Kiersten.

Kiersten Israel-Ballard — Animatrice du panel

[01:18:49] Parfait. Merci infiniment. Je tiens à remercier sincèrement toutes nos panélistes. Vous avez contribué à façonner et à nourrir ces orientations de mise en œuvre, et nous vous sommes profondément reconnaissants de votre temps. Je demande à tout notre public de se joindre à moi pour les applaudir, et je vous rends la parole, Doris. Merci.

Doris Mollel — Modératrice

[01:19:08] Eh bien, merci beaucoup, Dre Kiersten. Ce fut un très beau moment à regarder, à écouter et à imaginer à quoi ressemble une banque de lait et le plaisir qu'ont nos donneuses à donner leur lait, à travers les exemples que vous nous avez présentés. Je crois que nous sommes tous heureux des belles histoires que nous avons entendues, et nous pensons qu'avec ces orientations, nous pourrions reproduire cela dans notre contexte et le rendre accessible dans notre propre environnement, où que nous soyons : aucun bébé ne devrait jamais manquer de lait humain. Maintenant, si vous le permettez, je vais donner la parole à Gillian Weaver, spécialiste des banques de lait humain depuis plus de 36 ans, cofondatrice de l'Association des banques de lait du Royaume-Uni, de l'Association européenne des banques de lait et de l'Alliance mondiale des banques et associations de lait humain. Elle va maintenant nous présenter la voie à suivre : quel est notre appel à l'action. Gillian, nous avons tous hâte de vous entendre. Avec ces 36 années d'expérience, vous avez entendu la Dre Queen, vous avez entendu les panélistes, vous avez entendu toutes ces belles histoires. Que voulez-vous que nous retenions ?

Gillian Weaver — experte des banques de lait humain, appel à l'action

[01:20:31] Merci, Doris. Eh bien, allons-y : la voie à suivre, un appel à l'action. Avant de commencer, je dois dire que je suis très émue d'être ici en ce que je considère comme une journée très importante dans l'histoire des banques de lait humain. Le lancement des normes de l'OMS est une réussite fantastique. Mais quelle est la suite ? J'adore aussi cette photo, qui en dit tellement sur les banques de lait humain. Mais poursuivons : si nous pouvons passer à la diapositive suivante, s'il vous plaît. « Nous voulons ouvrir une banque de lait. » Je me demande combien d'entre vous, dans ce webinaire, ont prononcé ces mots, ou ont été sollicités pour apporter leur aide. Si l'on peut cliquer encore une ou deux fois... et sur la carte aussi. Merci. La carte comprend une grande partie des près de 800 banques de lait présentes dans plus de 60 pays, mais elle aurait été bien différente il y a 20 ans. Voici une liste de certaines des premières banques de lait de leur pays ou de leur région, créées au cours des dernières décennies, et de leur emplacement ; toutes mes excuses à celles que j'ai inévitablement oubliées. C'est donc un mouvement véritablement mondial, mais jusqu'à présent il a dû se développer sans avoir accès à des normes pleinement adaptées à l'échelle mondiale. La disponibilité de

ces normes, accompagnées des orientations de mise en œuvre, va donc changer la donne pour les futures banques de lait comme pour celles qui fonctionnent déjà. Si nous pouvons passer à la diapositive suivante. Comme nous l'avons entendu, ces normes donnent la priorité à des stratégies globales qui protègent, promeuvent et soutiennent la lactation et l'allaitement, pierre angulaire de la nutrition du nouveau-né, ainsi qu'à un accès équitable et garanti à un lait humain de donneuses sûr et de haute qualité. Et il existe des objectifs clés, notamment des priorités opérationnelles : optimiser les coûts, s'inscrire dans le cadre politique et réglementaire, et respecter les normes culturelles et sociales. Ce sont là quelques-uns des principaux messages. Mais si nous passons à la diapositive suivante : lorsque nous pensons à améliorer les résultats, quelles sont les premières étapes ? Ces normes ont été conçues pour faciliter aussi une planification réfléchie — comme nous l'ont montré certains de ces exemples fantastiques — et une conception des systèmes adaptée au contexte. Elles facilitent la mise en place, à l'échelle des pays, de systèmes de banques de lait humain résilients et durables, intégrés bien sûr dans les stratégies de soins néonataux et de promotion de l'allaitement. Elles faciliteront aussi la capacité à répondre aux besoins locaux et à faire progresser l'équité et la qualité dans les services de soins maternels et néonataux. Pour que ces premières étapes ne restent pas lettre morte, nous devons concrétiser ces espoirs. Si nous pouvons avoir la diapositive suivante, s'il vous plaît, nous arrivons à notre appel à l'action, fondé en grande partie sur ce que nous avons entendu aujourd'hui. Avant tout, nous devons mettre en place des systèmes de banques de lait humain résilients et durables, intégrés dans les soins néonataux et dans les stratégies de nutrition et de promotion de l'allaitement, qui répondent aux besoins locaux et fassent progresser l'équité et la qualité dans les services de soins maternels et néonataux. Nous devons inclure le lait humain de donneuses dans les indicateurs d'alimentation et de lactation. Pour la première fois, la dernière enquête britannique sur l'alimentation des nourrissons comprenait des questions sur le lait humain de donneuses, et j'espère qu'il y en aura davantage lors de la prochaine enquête. Plus généralement, nous avons besoin d'une collecte de données renforcée et pertinente : nous manquons aujourd'hui cruellement de données et d'indicateurs sur l'alimentation, que ce soit dans le domaine néonatal ou dans celui de la nutrition. Nous devons veiller à ce que les banques de lait ne soient pas oubliées lorsqu'on étudie les moyens de renforcer la nutrition néonatale et les compétences spécialisées en lactation, à tous les niveaux et dans toutes les disciplines. Et j'espère que nous veillerons à ce que la mise au point de solutions abordables face aux processus et aux défis technologiques ne soit pas oubliée au milieu du développement d'équipements et de processus de haute technologie. C'était formidable d'entendre l'exemple de l'Ouganda et du Piastra. Enfin, il est nécessaire d'établir des cadres réglementaires clairs, qui accordent une attention particulière à l'éthique et aux préoccupations liées à la commercialisation. C'est donc un appel aux acteurs de mise en œuvre et aux bailleurs de fonds du monde entier. Alors que la santé mondiale évolue, nous ne pouvons pas perdre de vue qu'il s'agit d'une population prioritaire et que le lait humain est une intervention prioritaire pour ces nourrissons si vulnérables. Merci.

Doris Mollel — Modératrice

[01:26:16] Merci beaucoup. Merci infiniment, Gillian. Je vous demande de lever le pouce et d'applaudir Gillian Weaver pour son appel à l'action. Je suis ravie et très reconnaissante envers le Collectif mondial pour l'allaitement maternel, l'UNICEF et l'OMS de nous avoir apporté ces précieuses orientations, et nous sommes convaincus qu'en tant qu'acteurs et défenseurs de la santé maternelle et infantile, nous continuerons à faire

avancer ce programme à l'échelle mondiale et partout où nous pourrions faire entendre notre voix en faveur des banques de lait humain et, bien sûr, du don, qui aidera les bébés à survivre et à s'épanouir. Je suis reconnaissante d'avoir animé cette session et très reconnaissante pour l'excellent travail que vous avez accompli. Vous avez tous partagé de très belles histoires ; nous avons entendu de nombreuses personnes. Mais comme nous arrivons à la fin et qu'il ne nous reste que trois minutes, permettez-moi de donner la parole à Laurence Grummer-Strawn pour les remarques de clôture. Le Dr Grummer-Strawn dirige l'Unité Nutrition et actions sur les systèmes alimentaires de l'Organisation mondiale de la Santé, où il coordonne les travaux de l'OMS sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant. Il a été auparavant chef de la division de la nutrition des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis. Il est l'auteur de plus de 180 publications scientifiques et est reconnu à l'échelle internationale pour ses travaux sur les politiques d'allaitement et l'élaboration des courbes de croissance des CDC et de l'OMS. La parole est à vous, Dr Grummer-Strawn. Nous avons hâte d'entendre vos remarques de clôture avant de clore ce bel événement, si historique pour nous tous.

Dr. Laurence Grummer-Strawn — OMS, remarques de clôture

[01:28:04] Merci beaucoup, Doris. Je vais faire de mon mieux pour être bref, maintenant que nous arrivons à la fin. Je voulais simplement résumer ce qui, pour moi, constitue les principaux enseignements du webinaire d'aujourd'hui, les messages clés qui sont ressortis de toutes les interventions. Premièrement, même si nous nous sommes concentrés aujourd'hui sur les banques de lait humain de donneuses, cela doit s'inscrire dans un contexte plus large. La première recommandation que nous faisons toujours pour la prise en charge de ces bébés est de les nourrir au lait de leur mère. Cela signifie que nous devons mieux soutenir les mères pour être sûrs de faire tout notre possible pour y parvenir. Nous ne considérons les banques de lait humain de donneuses que comme une solution de repli, une passerelle, lorsque le lait de la mère n'est pas suffisant ou que la mère rencontre des difficultés. Il faut aussi considérer que l'allaitement par une nourrice peut constituer une autre option dans de nombreux contextes. Nous ne devons donc pas passer directement aux banques de lait humain de donneuses : elles s'inscrivent dans cet ensemble plus large. Deuxièmement, nous devons suivre un certain nombre d'étapes pour garantir que le lait humain de donneuses soit réellement sûr et de qualité. Traditionnellement, nous nous sommes beaucoup concentrés sur la sécurité : comment allons-nous pasteuriser ce lait, comment allons-nous le protéger ? Et nous avons moins réfléchi à la qualité. Je pense que l'un des apports majeurs de ces normes est de nous amener à faire en sorte de protéger les qualités nutritionnelles du lait et ses propriétés bioactives, pour qu'il soit le plus bénéfique possible au bébé. Traditionnellement, la pasteurisation a été le moyen de garantir la sécurité du lait. Or ces normes soulignent qu'il existe d'autres possibilités : on peut utiliser du lait cru dans certaines circonstances, moyennant certaines garanties. C'est, d'une certaine façon, une nouvelle manière de penser. Troisièmement, les pays devront réfléchir à différentes façons d'organiser ces systèmes. Il ne suffit pas qu'un hôpital dise : « Nous allons créer une banque de lait. » Il faut réfléchir aux questions de réglementation : faut-il centraliser ou décentraliser ? Comment voulons-nous organiser la coordination à l'échelle du pays ? Comment nous coordonner avec les soins cliniques pour garantir la prise en charge des mères ? Comment nous coordonner avec d'autres produits médicaux susceptibles d'être utilisés dans nos services de santé ? Ont-ils besoin de systèmes de dépistage similaires, de systèmes de traitement similaires, ou non ? Qu'est-ce qui va

fonctionner ? Nous avons essayé d'apporter de nombreux éléments de réflexion à ce sujet dans les documents, mais ce sont des questions auxquelles chacun devra réfléchir. Enfin, ce qui ressort vraiment, je crois, des exemples des pays, c'est que les banques de lait humain de donneuses ne posent pas problème, contrairement à ce que certains ont parfois pensé — l'idée qu'elles détourneraient du soutien aux mères. En réalité, ils ont constaté qu'elles renforcent le soutien à la lactation. Et elles ne sont pas réservées aux pays à revenu élevé : nous pouvons trouver des solutions pour le faire aussi dans les pays à faible revenu. C'est donc une solution qui peut faire partie de notre système de santé pour soutenir l'allaitement de manière plus large. Je voudrais conclure en remerciant les nombreuses personnes qui ont rendu tout cela possible. D'abord, celles qui ont élaboré les normes, le groupe d'élaboration des normes, un ensemble clé d'experts du monde entier dirigé par Maryanne Perrin, que vous avez entendue aujourd'hui ; nos équipes de revues systématiques, qui ont passé en revue une quantité énorme de littérature pour élaborer ces normes ; le groupe d'experts des orientations de mise en œuvre, qui a apporté l'éclairage des programmes de coordination des pays, tant au niveau des ministères de la Santé que des banques de lait elles-mêmes ; et le groupe des parties prenantes, qui représente de nombreuses banques de lait dans le monde et nous a aidés à définir les questions à traiter et la manière de les examiner. Je tiens tout particulièrement à remercier l'équipe de PATH, qui a rassemblé tout ce travail et a été notre principal soutien pendant de très nombreuses années dans l'élaboration de ces deux documents ; vous avez entendu certains de ses membres lors des présentations d'aujourd'hui. Je remercie nos intervenantes, en particulier celles des pays — l'Ouganda, l'Inde et le Viet Nam — pour leurs éclairages, et je vous remercie, Doris, de nous avoir guidés tout au long de cette présentation. En coulisses, Janette McCulla et Jurgen Johnson ont assuré une grande partie de la logistique de ce webinaire, avec une équipe plus large de l'UNICEF et de PATH qui nous a soutenus tout au long. Et enfin, merci à vous tous, les participants. J'espère que cela vous a été utile et que les documents vous seront précieux. Merci beaucoup. Excellente journée à tous.

Doris Mollel — Modératrice

[01:32:20] Merci beaucoup. Je peux voir vos applaudissements ? Je peux voir vos pouces levés ? Merci beaucoup. Nous avons enfin les orientations. Allons-y, mettons-les en œuvre. Faisons du très bon travail et veillons à ce que les bébés reçoivent le lait de leur mère. Qu'il s'agisse de lait donné ou pris directement au sein, faisons en sorte que les bébés reçoivent toute la nutrition dont ils ont besoin pour grandir et s'épanouir. C'était moi, Doris Mollel, directrice exécutive de la Fondation Doris Mollel et défenseure des nouveau-nés petits et malades. Merci beaucoup de nous avoir reçus. Au revoir !