

Modèle de règlement favorable à l'allaitement en maternité

ABM Clinical Protocol #7 : Model maternity policy supportive of breastfeeding. Hernández-Aguilar MT^{1,2}, Bartick M^{3,4}, Schreck P⁵, Harrel C^{6} and the Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2018 ; 13(9) : 559-74.*

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants, et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins individuels du patient.

Contexte

L'ALLAITEMENT EST LA NORME BIOLOGIQUE et un sevrage précoce a un impact considérable sur la santé maternelle (1-5 – 1, 6* voir plus bas les critères d'évaluation des études) et infantile (2, 6, 7-14 – 1), ainsi qu'un coût social considérable à l'échelle planétaire (2, 6, 15-16). Les soins que la mère et l'enfant recevront pendant les premiers jours post-partum auront un impact sur le succès de l'allaitement par la suite (17 – 2, 18, 19), leur santé et leur vie (15 – 1, 16). Afin d'augmenter globalement le niveau des soins, l'OMS et l'UNICEF ont lancé l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) en 1991, dont les règles ont depuis été révisées à 2 reprises (20, 21). Après 27 ans, là où elle a été totalement mise en œuvre (22), elle a significativement amélioré la santé infantile (23-25 – 1), et augmenté le taux de démarrage de l'allaitement, sa durée, et celle de l'allaitement exclusif (1, 24-27 – 1).

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé est considérée comme l'étalon-or concernant les recommandations scientifiquement fondées pour les services de maternité (28), et elle a été approuvée par diverses organisations internationales (28-30). Toutefois, les disparités en matière d'allaitement associées à des facteurs sociaux et structurels en rapport avec la santé restent courantes (8, 15, 31, 32 – 1, 33). Cela induit des inégalités dans les taux de morbidité et de mortalité (33, 34) et des injustices en matière de santé chez les femmes et les enfants (2, 7, 35, 36 – 1, 33). Mais ces inégalités peuvent être réduites en mettant en œuvre dans les services de maternité des pratiques fondées sur les preuves et soutenant l'allaitement, telles que l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (2 – 1), le soutien individualisé continu pendant le travail et l'accouchement, des soins culturellement adaptés (37 – M), ou un soutien par les pairs (38 – 1) parmi d'autres actions (33, 39).

Objectif

Les soins périnataux influencent le mode d'accouchement et affectent l'allaitement et la santé maternelle et infantile (40-44 – 1, 45 – 2, 46 – E, 47-48), ainsi que le niveau maternel de satisfaction (49 - E). En conséquence, les règlements concernant l'allaitement ne peuvent pas être isolés des règlements concernant les soins en maternité dans leur ensemble. L'objectif de ce protocole est de proposer un « Modèle de règlement en maternité propice à l'allaitement », qui inclut un « Règlement pour l'alimentation infantile ». L'expression « Règlement pour l'alimentation infantile » plutôt que « Règlement pour l'allaitement » est utilisée comme une étape vers la reconnaissance de l'allaitement en tant que norme. Elle est inclusive (pour assurer un soutien adéquat aux parents qui donnent des suppléments, donnent exclusivement un substitut du lait maternel, ou exclusivement du lait maternel exprimé, ou l'alimentation d'un bébé sur la poitrine par une personne transgenre). C'est également le langage utilisé dans la version révisée de 2018 des 10 Conditions de l'OMS (Table 1).

Nous avons inclus dans ce document uniquement les déclarations qui sont fondées sur des preuves ou des recommandations générales, car il est destiné à constituer un modèle pour les services qui souhaitent mettre en œuvre un suivi périnatal de haute qualité. Ce document devra être adapté à chaque service, par exemple en incluant le nom de l'établissement et la date de révision, et il suivra le processus institutionnel spécifique à chaque service pour son approbation et sa mise en œuvre. Nous sommes conscients du fait que certaines des recommandations listées ci-

1. Breastfeeding Clinical Unit Dr. Peset, University Hospital Dr. Peset, National Health Service, Valencia, Spain.

2. National Coordinator of Spain Baby-Friendly Initiative (IHAN-Espanña Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia), Madrid, Spain.

3. Department of Medicine, Cambridge Health Alliance, Cambridge, Massachusetts.

4. Harvard Medical School, Boston, Massachusetts.

5. Department of Pediatrics, Ascension St. John, Detroit, Michigan.

6. Department of Family Medicine, University of Arizona, Tucson, Arizona.

TABLE 1. LES DIX CONDITIONS POUR LE SUCCES DE L'ALLAITEMENT (REVISE EN 2018)

Principales procédures de gestion	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réglementation <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Respecter complètement le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et les résolutions afférentes de l'Assemblée Mondiale de la Santé. 1.2. Adopter une politique sur l'allaitement formulée par écrit, et systématiquement portée à la connaissance de l'équipe soignante et des parents. 1.3. Mettre en place un système en continu de suivi et de gestion des données. 2. Donner à tous les membres de l'équipe soignante les compétences nécessaires pour mettre en œuvre ce règlement.
Pratiques cliniques clés	<ol style="list-style-type: none"> 3. Discuter avec toutes les femmes enceintes et leur famille des avantages de l'allaitement et de sa pratique. 4. Faciliter un contact peau à peau immédiat et ininterrompu et aider les mères à mettre leur enfant au sein aussi rapidement que possible après la naissance. 5. Indiquer aux mères comment démarrer l'allaitement et comment entretenir leur lactation et gérer les difficultés courantes. 6. Ne donner au nourrisson allaité aucun aliment ou boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. 7. Permettre aux mères et à leurs enfants de rester ensemble et de cohabiter 24 heures sur 24. 8. Encourager les mères à reconnaître les manifestations de faim de leur enfant et à y répondre. 9. Informer les mères sur l'utilisation et les risques de l'utilisation des biberons, tétines et sucettes. 10. Coordonner le suivi après la sortie afin que les parents et leurs enfants aient accès en temps voulu à un soutien et à un suivi réguliers.

Adapté des 10 Conditions de l'OMS / UNICEF (21)

dessous pourront nécessiter des adaptations aux situations spécifiques dans chaque pays (par exemple un pays manquant de sages-femmes pourra avoir d'autres intervenants pour les accouchements normaux).

Ce protocole inclut tous les éléments couverts par les « Critères Globaux » de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (21), car cette Initiative est à l'heure actuelle le meilleur modèle ayant une efficacité démontrée. Dans certains pays, les critères d'accréditation pour le label Hôpital Ami des Bébé pourront être plus stricts ou moins stricts que les Critères Globaux et que ceux décrits dans ce document. Celui-ci pourra donc nécessiter des changements mineurs pour s'adapter aux critères spécifiques du pays. Ce protocole ne prend pas en compte des critères spécifiques nécessaires aux services de néonatalogie, pour lesquels des recommandations adaptées ont été publiées (50, 51).

À propos du protocole de 2018

Ce protocole exhaustif englobe le contenu de nombreux autres protocoles de l'ABM : #1 (Règlement sur l'allaitement, 52), #2 (Retour au domicile, 53), #3 (Supplémentation du bébé né à terme, 54), #5 (Gestion périnatale de l'allaitement, 48), #8 (Informations sur le stockage du lait maternel pour un bébé né à terme, 55), #10 (L'allaitement du prématuré léger et de l'enfant à terme précoce, 56), #14 (Le cabinet médical ami de l'allaitement, 57), #19 (Promotion de l'allaitement en période périnatale, 58), #21 (Recommandations pour l'allaitement chez la femme toxicomane, 59), #26 (Douleur persistante pendant l'allaitement ; 60) et #28 (Analgésie et anesthésie en péripartum chez la mère allaitante, 61).

Une analyse extensive de la littérature médicale, incluant les recommandations et communiqués récents (21, 50, 51, 62-66) a été conduite sur PubMed et LILACS. La recherche a inclus les documents publiés en anglais, espagnol, français et portugais publiés entre 2011 et 2018. Plus de 1 000 résumés ont été passés en revue, ceux de mauvaise qualité ont été éliminés et un total de 302 articles ont été analysés dans leur intégralité. La qualité des données quantitatives a été évaluée suivant les critères de l'Oxford Center for Evidence-Based Medicine, avec une qualité cotée de 1 à 5 selon ces critères (67). La fiabilité des données qualitatives a été évaluée suivant le GRADE-CERQual : Élevée (E), Moyenne (M), Faible (F) et Très Faible (TF) (68). Toutes les références groupées devant un score (donné après un tiret : -) pour la qualité des données partagent ce score. Il n'a pas été attribué de score aux recommandations internationales ou faites par des experts, y compris les protocoles de l'ABM, et certaines études ne correspondent pas aux différents scores de qualité.

Nous reconnaissons que les partenaires des personnes qui accouchent peuvent être de n'importe quel sexe. Par ailleurs, si nous estimons que la très grande majorité des personnes qui accouchent sont des femmes, nous reconnais-

sons que des hommes transgenres ou des individus non genrés puissent également donner naissance et que certaines de ces personnes pourront également allaiter ou nourrir sur leur poitrine. Certaines femmes devenues des hommes et qui ont subi une chirurgie destinée à enlever tout ou partie du parenchyme mammaire afin d'avoir une poitrine plate pourront avoir des expériences variées en matière de production lactée. Ces personnes pourront vouloir nourrir sur leur poitrine via des systèmes de supplémentation ou allaiter. De même, certains parents transgenres pourront ne pas être à l'aise avec l'idée d'allaiter ou de nourrir sur leur poitrine (69 – M, 70 – TF). Dans ce document, nous pourrions utiliser de façon interchangeable les termes de « mères », « personnes ayant accouché » ou « parents ».

Nous reconnaissons que les nouveau-nés adoptés et leurs parents adoptifs (71 – 5), ou les enfants nés de mères porteuses et leurs mères/parents (72 – 5) ont également besoin de s'attacher à leur enfant et ont le droit de recevoir de l'aide pour l'alimentation de cet enfant (et l'allaitement, si c'est leur choix), et qu'ils sont eux aussi inclus dans les termes « mères », « parents » et « enfants ». Enfin, l'expression « lait industriel » qualifie toute sorte de lait industriel ou de substitut du lait maternel, incluant les laits de suite ou toute sorte de « lait spécial ».

Recommandations pour un modèle de règlement en maternité soutenant l'allaitement

Règlement

1. Cette institution encourage l'allaitement et considère qu'il représente la norme biologique pour la mère et son bébé (dyade), et que l'alimentation au lait industriel et le sevrage précoce constituent un risque considérable pour la santé maternelle et infantile (1, 5, 7-14 – 1, 6).
2. Cette institution reconnaît l'Initiative Hôpital Ami des Bébé comme étant l'intervention la meilleure et la plus efficace pour améliorer les soins institués dans les services de maternité, en raison de son impact positif significatif sur l'incidence et la durée de l'allaitement (24-27 – 1) et sur la santé infantile (23 – 1, 62).
3. Ce document constitue la Recommandation sur la Maternité pour cette institution, et il inclut une Recommandation sur l'Alimentation Infantile soutenant l'allaitement (ou une recommandation spécifique sur l'allaitement). Le respect de ce règlement est obligatoire pour tous les membres de l'équipe soignante, et les actes qui ne la respectent pas doivent être justifiés et inscrits dans le dossier médical de la mère et/ou de l'enfant (21). Ce règlement :
 - A. Fait le point sur les responsabilités de l'institution concernant le respect du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel et les résolutions afférentes de l'Assemblée Mondiale pour la Santé (65-66), qui garantissent la compétence de l'équipe clinique et ses capacités à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement, et à contrôler sa mise en œuvre.
 - B. Fait le point sur les responsabilités de l'équipe soignante (mise en œuvre des principales pratiques cliniques) afin d'assurer les meilleurs soins aux mères et aux enfants et de soutenir adéquatement les meilleures pratiques d'alimentation pour les enfants.
 - C. Fait le point sur la nécessité, pour tous les protocoles et standards de soins en rapport avec l'allaitement et l'alimentation infantile utilisés dans le service, de respecter les recommandations de l'OMS (par exemple les standards de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé), ainsi que les recommandations et protocoles fondés sur les données scientifiques (21, 63).
 - D. Encourage le peau à peau immédiatement après la naissance, ainsi qu'un soutien actif à l'allaitement, comme faisant partie intégrante des soins à délivrer en routine pendant le travail et la naissance.
 - E. Veille à assurer des pratiques de soins respectueuses, non discriminantes et culturellement sensibles (74) à tous les parents et à leurs nouveau-nés, y compris les enfants adoptés (21, 63, 73).
 - F. Garantit que les soins et le soutien aux mères seront prodigués au moment opportun et approprié, en étant sensible à leurs besoins (21, 62, 63), en respectant leur besoin d'intimité et leur choix informé (57, 63) et en sécurisant la coordination entre les soignants (63).
4. Afin de garantir la mise en œuvre de ce règlement :
 - A. Un comité pour l'alimentation infantile / l'allaitement, dont le principal objectif sera l'allaitement, sera mis en place afin de suivre et de superviser la mise en œuvre de ce règlement (75 – 1). Ce comité aura le même niveau d'action que les comités sur l'amélioration des soins hospitaliers ou des pratiques cliniques pouvant exister (21).
 - B. Ce comité devrait être multidisciplinaire, culturellement approprié, et composé de représentants des responsables dans le domaine de la santé des nourrissons et des mères, du contrôle de qualité et de gestion, des médecins, des infirmières et sages-femmes, des spécialistes en lactation, des autres membres pertinents de l'équipe, et des parents. Un coordinateur pour l'allaitement élu et un secrétaire siégeront au conseil d'administration en tant que représentants du comité (21).

- C. Les membres du comité se rencontreront au moins une fois tous les 6 mois afin de surveiller le suivi du règlement. Ils évalueront la mise en œuvre du règlement et détermineront à quelle fréquence évaluer le respect de ce règlement par les personnes concernées. Les membres du comité détermineront les actions nécessaires afin de maintenir ce respect (21).
- D. Un mécanisme de recueil des données sera mis en place afin de collecter en routine des données sur l'allaitement et sur les indicateurs des soins aux mères et aux enfants, ainsi que sur la mise en œuvre du règlement, afin de suivre en continu les pratiques en vigueur et d'améliorer la qualité des soins périnataux (21). L'inclusion d'indicateurs sur l'allaitement dans la surveillance de la qualité des pratiques est obligatoire.
- Le pourcentage de première mise au sein précoce et le pourcentage d'allaitement exclusif sont considérés comme des indicateurs sentinelles qui doivent être notés en routine (21, 63).

TABLE 2. CONTRE-INDICATIONS POTENTIELLES A L'ALLAITEMENT

Condition maternelle	
Virus Ebola	Infection maternelle suspectée (jusqu'à élimination) ou confirmée par le virus Ebola.
Herpès virus	Les mères qui présentent des lésions herpétiques sur le(s) sein(s) ne devraient pas allaiter avec le sein touché, mais peuvent allaiter avec le sein non touché. Le lait peut être exprimé à partir du sein touché et donné à l'enfant dans la mesure où il ne semble pas y avoir de contamination à partir du lait lui-même. Cependant, le lait peut être contaminé suite au contact du tire-lait, et si ce dernier est au contact des lésions herpétiques, le lait devra être jeté. En pareil cas, l'expression du lait devrait être encouragée pour maintenir la production lactée jusqu'à la reprise de l'allaitement.
VIH	L'infection par le VIH est une contre-indication dans les pays où le don d'un substitut du lait maternel est acceptable, faisable, accessible, durable et sûr. Prendre en compte les recommandations locales, qui peuvent varier suivant les pays (par exemple, le gouvernement des États-Unis a déclaré en 2018 que l'allaitement n'est pas recommandé aux mères séropositives pour le VIH vivant aux États-Unis, mais que les mères qui veulent allaiter doivent recevoir des conseils et du soutien).
HTLV I et II	Contamination maternelle par le HTLV I ou II.
Varicelle	En cas de survenue d'une varicelle dans les 5 jours précédant la naissance ou les 48 heures qui la suivent, l'enfant sera séparé de sa mère. Cette dernière pourra tirer son lait pour qu'il soit donné à son bébé jusqu'au moment où elle ne sera plus contagieuse. L'enfant recevra des immunoglobulines spécifiques aussi rapidement que possible. Éviter le contact étroit avec les lésions cutanées (pour un enfant plus âgé, une séparation mère-enfant n'est pas recommandée dans la mesure où la mère était contagieuse avant l'apparition des lésions et que l'enfant a donc déjà été exposé au virus). Une consultation avec un expert est conseillée.
Brucellose	Brucellose maternelle non traitée.
Tuberculose	Les mères présentant une tuberculose pulmonaire active et non traitée ne devraient pas mettre leur bébé au sein jusqu'au moment où elles ne seront plus contagieuses (après 15 jours de traitement), mais l'enfant peut recevoir le lait maternel exprimé. Toutefois, sauf si le diagnostic a été posé dans les 15 jours précédant la naissance, l'enfant aura déjà été exposé au moment du diagnostic, et il devrait recevoir une prophylaxie par isoniazide. En pareil cas, il ne devrait pas y avoir de raison de séparer la mère et l'enfant si celui-ci est également traité. Une consultation avec un expert est conseillée.
Médicaments	En cas de traitement médicamenteux tel qu'une chimiothérapie, un arrêt temporaire ou définitif de l'allaitement pourra être nécessaire. Consulter LactMed, InfantRisk.com ou e-lactantia, Lactation Study ou d'autres sources locales d'informations sur le sujet.
Drogues illicites	En cas de consommation maternelle de drogues illicites (cocaïne, héroïne, phencyclidine), la possibilité ou non d'allaiter sera déterminée au cas par cas par le professionnel de santé qui suit l'enfant.
Condition infantile	
Erreurs innées du métabolisme	Galactosémie (sauf la forme Duarte dans laquelle l'allaitement partiel est possible). Déficience congénitale en lactase. Certaines erreurs innées du métabolisme pourront nécessiter une supplémentation avec un produit spécial (phénylcétonurie, maladie du sirop d'érable)

Sources : protocoles de l'ABM (69, 60), recommandations officielles (172, 180), sites Internet (169-171) et 181-184 – 5
Les chiffres entre parenthèses correspondent au niveau de preuves selon l'OCEBM (67), comme dans le reste du texte

TABLE 3. LISTE DES COMPETENCES QUI DOIVENT ETRE EVALUEES CHEZ LES SOIGNANTS QUI TRAVAILLENT AUPRES DE MERES ET DE NOURRISSONS DANS LES SERVICES DE MATERNITE

Comment utiliser l'écoute et les aptitudes à l'apprentissage pour conseiller une mère, ainsi que l'utilisation d'outils pour installer la confiance et conseiller et soutenir la mère.
 Comment conseiller une femme enceinte sur l'allaitement.
 Comment expliquer à une mère les pratiques optimales d'allaitement.
 Comment informer la mère sur les bénéfices de l'allaitement pour sa propre santé.
 Comment aider une mère à débiter l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance.
 Comment évaluer correctement une tétée.
 Comment aider efficacement une mère à se positionner et à positionner son bébé pour que ce dernier puisse prendre correctement le sein.
 Comment aider une mère à exprimer son lait et à le donner à la tasse à son bébé.
 Comment aider la mère à surmonter les principaux problèmes d'allaitement :
 La mère qui pense qu'elle n'a pas assez de lait ;
 La mère dont le bébé pleure souvent ;
 La mère dont l'enfant refuse de téter ;
 La mère qui a des mamelons plats ou rétractés ;
 La mère qui a un engorgement ;
 La mère qui a des mamelons douloureux ou crevassés ;
 La mère qui souffre de mastite ;
 La mère dont le bébé est de petit poids de naissance ou malade, et qui donne des suppléments à l'aide d'un tube posé sur le sein ou par d'autres moyens si nécessaire.
 Comment mettre en œuvre le Code dans le service de santé.

Source : OMS – UNICEF (21)

matériel ou d'argent à l'équipe, les échantillons, bons de réduction ou paquets cadeau pour les mères/les familles) ou les documents (incluant les posters et affiches) ou tout matériel d'éducation portant le logo d'une marque, ainsi que tout matériel d'information sur d'autres sujets soutenu ou payé par « l'industrie » sont interdits, qu'ils visent les soignants, les femmes enceintes, les mères ou les familles (63, 84 – 3, 66).

- C. Tous les produits couverts par le Code et qui pourraient être nécessaires à l'institution (lait industriel, tétines, biberons, sucettes et autres) seront achetés au prix courant sur le marché (80 – 1, 66).
- D. Les soignants recevront une formation sur le Code afin d'éviter les conflits d'intérêt, ainsi que le don de conseils contradictoires aux mères (81, 85 – 1, 66).
- E. Aucun message promotionnel provenant de l'industrie des aliments ou produits corrélés ne sera autorisé dans le matériel d'information mis à la disposition des mères et des familles (21).
- F. Cette institution veille à ce que les pratiques sûres de préparation et de don de lait industriel, ainsi que de bonnes pratiques de gestion des biberons et des tétines, ont été montrées aux personnes qui accouchent et à celles qui les accompagnent uniquement lorsque c'est nécessaire (indication médicale au don de suppléments, allaitement contre-indiqué – Table 2 – ou impossible), ou lorsque c'est le choix informé des parents (après explications détaillées sur les risques liés aux substituts du lait maternel, 21, 63). Cette institution ne donne aucune information à des groupes de mères sur l'utilisation des laits industriels, et les risques liés au non-allaitement sont clairement expliqués aux mères qui décident de ne pas allaiter (21).

- D'autres indicateurs peuvent être notés si cela est estimé nécessaire par le comité pour l'alimentation infantile / l'allaitement.
- E. Tous les membres de l'équipe soignante recevront des informations appropriées sur ce règlement pendant la première semaine de sa mise en œuvre, et à nouveau régulièrement par la suite (21).
- F. Un résumé simple à utiliser de ce règlement devra être facilement disponible pour les parents. Un mécanisme simple devrait être mis en place pour recueillir les commentaires, compliments ou plaintes concernant le respect de ce règlement ; ce mécanisme devrait être facilement accessible aux mères et aux familles, et il devrait être régulièrement révisé (63).
- 5. Cette institution facilite l'allaitement chez toutes ses employées, autorise les pauses d'allaitement, et met à leur disposition des salles où les soignants (incluant les internes, 76 – 3) peuvent allaiter, ou tirer et stocker leur lait dans des conditions appropriées (77 – 1, 78 – 3).
- 6. Cette institution se conforme au Code et aux résolutions de l'Assemblée Mondiale pour la Santé (21, 66), dans la mesure où l'absence de respect a un impact négatif majeur sur l'allaitement (79-82 – 1, 83 – M, 84 – 3).
 - A. Cette institution ne fait pas la promotion des laits industriels (ou des autres substituts couverts par le Code). Le contact direct entre les employé(e)s, les fabricants ou les distributeurs de ces produits (« l'industrie ») avec le public n'est pas permis dans ses locaux (79 – 1, 83 – M, 21, 63, 66).
 - B. Les cadeaux de toute sorte (incluant la littérature non scientifique, le matériel, le don de

Formation de l'équipe soignante

7. Cette institution veille à ce que tous les soignants travaillant auprès des mères et des enfants ont les connaissances et compétences nécessaires pour leur assurer des soins appropriés et un suivi adéquat de l'allaitement (86, 87 – 1, 17 – 2, Table 3, 21). Un membre de l'équipe sera désigné pour coordonner les activités de formation des équipes et conserver les rapports de formation (75 – 1).
 - A. Les connaissances et compétences des soignants sur la gestion de l'allaitement (88, 89 – 1), les soins aux mères et aux enfants, les communications interpersonnelles et le conseil (90 – 2) devraient être évalués au moment de leur embauche et périodiquement par la suite.
 - B. Le cours sur l'Initiative Hôpital Ami des Bébés et les compétences standards à acquérir devraient être le minimum requis pour tous les membres de l'équipe (21). Si la formation du soignant ne respecte pas ces critères de base, une formation supplémentaire sera nécessaire, et ses compétences sur l'allaitement et sa gestion seront vérifiées dans les 6 mois qui suivent son embauche (idéalement dans les 2 mois qui la suivent).
 - C. Des formations internes au service et des mises à niveau périodiques (75, 87, 91, 92 – 1, 62), dont le contenu et la durée sont adéquats afin d'assurer la conformité avec les recommandations pour l'Initiative Hôpital Ami des Bébés (87, 93 – 1) et son règlement, seront assurées chaque fois que nécessaire (21).
 - D. Une supervision coopérative (94 – 2) veillera à ce que les soins prodigués respectent ce règlement (63) et que des informations correctes, à jour et cohérentes sont données à tous les parents (63).

Période anténatale

8. Les mères seront autonomisées afin de leur permettre de vivre un accouchement le plus favorable à l'allaitement possible. Un historique détaillé de l'allaitement, incluant les objectifs de la mère concernant l'allaitement à venir, sera noté dans le dossier médical à l'occasion de l'historique prénatal (95 – 1, 58).
9. Cette institution veille à ce que toutes les femmes enceintes dont le suivi prénatal est fait par le service reçoivent à l'occasion de ce suivi des informations personnalisées et du soutien (75, 87, 96 – 1, 41 – 2) adaptés à leurs questions et à leurs besoins. Elle travaillera en coordination avec les autres services assurant des soins prénatals afin que toutes les mères reçoivent les informations dont elles ont besoin.
 - A. Des sessions d'information sur l'allaitement débiteront dès la 1^{re} ou la 2^e visite anténatale afin d'éviter que les mères qui accouchent prématurément n'aient pas reçu d'informations (21).
 - B. Cette information sera donnée de façon individuelle ou auprès de petits groupes de mères (97 – 1), et les partenaires et la famille seront encouragés à y assister (98, 99 – 1, 58).
 - C. Les sages-femmes (100 – 1) et les autres professionnels de santé spécialisés en lactation (102 – 1) sont à privilégier comme personnes assurant le don prénatal d'information.
10. Les informations fournies lors de chaque visite seront documentées dans le dossier médical de la femme, et toutes les femmes recevront un planning où sera notée la nature des informations qu'elle recevra (Table 4, 21). Ce planning fourni aux femmes enceintes couvre les informations essentielles sur l'allaitement et sera partagé avec les organisations voisines qui proposent des informations prénatales aux familles de la communauté.
11. Une attention particulière sera accordée aux approches comportementales et psycho-éducatives (56) afin d'augmenter la confiance en elle de la mère (103 – 3), ainsi que des techniques d'autonomisation prenant en compte l'équité de genre.
12. Les informations seront adaptées aux facteurs spécifiques à chaque mère (contexte, origine ethnique, culture, niveau socioéconomique – 58), ainsi qu'aux besoins spéciaux de mères à risque concernant l'allaitement, telles que les adolescentes (104 – 1), les mères obèses (105 – 1), privées de leurs droits (102 – 1, 106 – M) ou économiquement défavorisées (87, 96 – 1, 102 – 2, 108 – M). Des services d'information virtuelle (utilisant des téléphones mobiles et autres matériels sans fil) seront proposés si nécessaire aux familles pour qui l'accès à l'institution est difficile (109 – 1, 21).

Suivi pendant le travail et la naissance

13. Un travail et un accouchement physiologiques seront encouragés (49 – E) et on évitera les pratiques néfastes et les interventions inutiles et obsolètes (63, 73).
 - A. Toutes les pratiques et interventions pendant le travail, la naissance et le post-partum précoce dans cette institution sont conformes à des recommandations écrites et actualisées afin de minimiser le risque de

TABLE 4. POINTS A COUVRIR A L'OCCASION DU DON PRENATAL D'INFORMATION, MODELE DE PLANNING

Date de consultation (semaines de gestation)		Sujet à aborder	Signature du soignant
Sem gest :	Visite #	Le droit de recevoir des soins respectueux autour de la maternité, à savoir une organisation des soins conçue pour assurer un suivi des femmes respectant leur dignité, leur intimité et la confidentialité, assurant qu'elles ne seront pas mal traitées, et leur permettant de faire un choix informé et de bénéficier d'un soutien continu pendant le travail et la naissance.	
Sem gest :	Visite #	Les méthodes d'analgésie non pharmacologiques pendant le travail, et l'impact de la méthode d'accouchement sur le succès de l'allaitement.	
Sem gest :	Visite #	Les recommandations générales sur l'importance de l'allaitement, celle de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, les risques liés au don de substituts du lait maternel, et l'importance de poursuivre l'allaitement après 6 mois parallèlement à l'introduction d'aliments appropriés, jusqu'à 2 ans et au-delà.	
Sem gest :	Visite #	L'importance d'une mise en peau à peau immédiate et soutenue après la naissance.	
Sem gest :	Visite #	L'importance d'une première mise au sein précoce et de la cohabitation mère-enfant 24 heures sur 24.	
Sem gest :	Visite #	Les informations de base sur la production lactée, son fonctionnement selon l'offre et la demande, afin de permettre à l'enfant de recevoir suffisamment de lait.	
Sem gest :	Visite #	Les informations de base sur une bonne position et une bonne prise du sein, et comment reconnaître les signaux de l'enfant.	
Sem gest :	Visite #	La gestion des principales difficultés du démarrage, telles que la douleur, les tétées en grappe, le nouveau-né somnolent, les problèmes de mise au sein, l'engorgement, et les pratiques sûres de co-sommeil.	

Il se peut qu'en fonction de l'institution et/ou des critères nationaux pour l'Initiative Hôpital Ami des Bébé, les sujets à aborder pendant l'information prénatale doivent être abordés à certains moments (par exemple, l'état de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé aux États-Unis nécessite la couverture de ce sujet avant 28 semaines de grossesse).

Sources : les chiffres entre parenthèses correspondent au niveau de preuves selon l'OCEBM (67) : 40, 44, 186-187 (1), 43, 107, 188 (2), 189-190 (5), 21, 28, 62 ; 63, 73 (les recommandations ou protocoles ne sont pas notés).

Visite # : numéro de la visite. Sem gest : semaine de gestation au moment de la visite.

- césarienne et d'accouchement vaginal instrumental (73). Ces deux modes d'accouchement sont associés à des répercussions néfastes sur la santé de la mère et de l'enfant (44, 96, 110 – 1, 43 – 2).
- B. Des soins centrés sur le patient (47), sensibles et soutenant, seront prodigués (63, 73). Les bénéfiques, risques et possibles complications des interventions telles que les mesures de contrôle de la douleur, la nature et la voie d'administration des analgésiques et narcotiques, la césarienne planifiée et le déclenchement de l'accouchement seront discutés (73). Les choix individuels concernant la naissance seront respectés (41, 43, 44 – 1, 49 – E).
 - C. Les mères seront encouragées à choisir le(s) accompagnant(s) de leur choix pendant le travail (48, 63, 73).
 - D. Les femmes dont la grossesse était à faible risque et chez qui un accouchement normal est prévu devraient se voir proposer l'option d'un suivi selon le modèle d'une continuité de suivi par une sage-femme (113), un soutien individualisé étant prodigué chaque fois que possible (38, 114, 115 – 1, 49, E) (Cette recommandation s'applique uniquement dans les contextes où il existe un bon suivi par des sages-femmes – 63).
 - E. Un intervenant spécifiquement formé à la naissance (ou doula) sera autorisé si la mère en exprime le souhait et si ce soutien est possible dans la réglementation du pays / du service (38 – 1, 48).
 - F. Des mesures non pharmacologiques seront privilégiées pour les accouchements céphaliques par voie basse. Les médicaments utilisés, le moment du travail où ils seront utilisés et la posologie administrée seront soigneusement choisis, ces points étant discutés avec la mère (113 – 1, 61), afin de minimiser les risques pour la santé de la dyade et pour l'allaitement (40 – 1).

Soins post-natals

14. Immédiatement après la naissance par voie basse ou par césarienne, la mise en peau à peau sera encouragée et proposée à toutes les mères et leurs nouveau-nés en l'absence de complications (115, 116 – 1), quel que soit le mode d'alimentation choisi, y compris chez les prématurés légers (34-36 6/7 semaines de gestation, 56) et les enfants de faible poids de naissance (entre 1 200 et 2 500 g, 117) lorsque l'état clinique stable de la mère/de l'enfant le permet (117, 118).
 - A. Tous les nouveau-nés en bonne santé et éveillés seront placés à plat ventre sur la poitrine nue de leur mère immédiatement après la naissance (119 – 2). Ils seront ensuite soigneusement séchés (sauf les mains), on leur mettra une couche (si la mère le souhaite) et ils seront recouverts d'une couverture chauffée afin de maintenir la chaleur maternelle (120 – 5). La dyade et le partenaire seront autorisés à créer un lien avec le nouveau-né tout en étant soigneusement observés. On devrait laisser les nouveau-nés expérimenter par eux-mêmes les 9 étapes comportementales qui surviennent naturellement lorsqu'un nouveau-né est mis en peau à peau à la naissance (121 – 2), comme respirer l'odeur de sa mère, lécher sa peau, se reposer, et ramper vers le mamelon avant de le prendre spontanément (121 – 2, 122 – 4, 123 – 5, 28, 117).
 - B. Le peau à peau devrait être ininterrompu pendant au moins 2 heures (115, 116, 124, 125 – 1, 126 – 2, 127 – 5, Table 4), ou jusqu'à la fin de la première tétée, sauf si une interruption est nécessaire pour une raison médicale. Si un retard ou une interruption de la mise en peau à peau ont été nécessaires, l'équipe veillera à ce que la mère et son enfant soient mis en peau à peau aussi rapidement que possible cliniquement (127 – 5, 21, 28, 48, 62, 128). L'heure du début et de la fin de ce peau à peau seront documentées dans le dossier médical.
 - C. La température de la salle d'accouchement devrait être maintenue à $\geq 25^{\circ}\text{C}$ et sans courants d'air (63). L'équipe évitera les lumières vives et les bruits forts afin d'aider le nourrisson à manifester ses réflexes innés (28, 63).
 - D. Les mesures nécessaires seront prises sur place afin de faciliter le contact peau à peau immédiat (ou aussi rapide que possible) après une césarienne, idéalement au bloc opératoire ou dans la salle de réveil (115, 125 – 1, 126 – 2). L'utilisation de draps chirurgicaux transparents sera privilégiée en fonction des souhaits de la mère afin de lui permettre d'avoir une expérience plus positive de la naissance.
 - E. Une supervision continue (avec intervention seulement si nécessaire) avec position sécuritaire de l'enfant sera effectuée par l'équipe et par l'accompagnant de la mère afin de minimiser le risque de collapsus post-natal soudain et inattendu, et ce suivi sera inclus dans le protocole de peau à peau. Un protocole pour les recommandations sur les pratiques sécurisées de sommeil et le peau à peau en période néonatale sera mis en œuvre, fondé sur les preuves (127 – 5) afin de guider les pratiques de l'équipe.
 - F. Le score d'Apgar sera recherché pendant que l'enfant est en peau à peau (127 – 5). On ne pratiquera pas d'aspiration orale, nasale ou trachéale chez les bébés qui ont commencé à respirer spontanément, même lorsqu'il y a du méconium dans le liquide amniotique (117).
 - G. La section du cordon ombilical sera retardée tant chez les enfants nés à terme que chez les prématurés (129 – 1, 117, 130), sauf si la mère ou l'enfant sont cliniquement instables (131 – 1, 117) ou s'il est nécessaire de prélever du sang du cordon (132).
 - H. Les mesures anthropométriques de l'enfant (133 – 3), l'administration intramusculaire de vitamine K (134, 135), la prophylaxie ophtalmique (136) et la vaccination contre l'hépatite B (137) seront retardés au moins après la première heure de peau à peau ininterrompue ou jusqu'à la fin de la première tétée (48, 63).
 - I. Le bain sera retardé pendant au moins 24 heures (73).
 - J. Une mise en peau à peau immédiate avec le père ou un autre accompagnant sera proposé uniquement si la mère n'est pas disponible (126 – 2, 50).
 - K. Les parents (en privilégiant la mère) seront encouragés à avoir un maximum de contact en peau à peau pendant le séjour en maternité (127 – 5).
15. Toutes les mères et tous les nouveau-nés capables de démarrer l'allaitement (y compris les prématurés et les enfants de petit poids de naissance) devraient être encouragés à démarrer l'allaitement aussi rapidement que possible, dans la première heure qui suit la naissance (125, 138, 139 – 1, 56, 62, 118).
 - A. De l'aide sera proposée pour faciliter la première mise au sein si l'enfant ne le prend pas spontanément pendant la première heure, ou à la demande de la mère (115 – 1, 48, 118).
 - B. Une aide spécifique sera assurée pour les prématurés et les bébés à terme précoce afin d'obtenir une prise du sein correcte et un transfert adéquat de lait (140 – 1, 56). Les prématurés et les enfants de petit poids de naissance auront besoin d'un suivi étroit pendant les premières 12 à 24 heures pendant le peau à

peau, le portage Kangourou (141 – 1), les tétées et la cohabitation mère-enfant (56, 117). Les mères seront encouragées à allaiter à la demande dès que la condition de leur enfant le permet (21).

16. Toutes les mères devraient se voir offrir autant d'aide que nécessaire à l'occasion des tétées. Les soignants s'assureront que la mère est capable de s'installer correctement et de mettre son bébé au sein. Les mères à risque (accouchement compliqué ou césarienne, mères obèses, adolescentes, mères fumeuses, absence de soutien ou violences de la part du partenaire) auront besoin d'une aide supplémentaire adaptée (21, 48).
 - A. Un soignant compétent observera soigneusement les premières tétées, à la recherche des signes d'une bonne prise du sein, d'une position correcte et d'une tétée efficace. Si tout se passe bien, il n'interviendra pas. Si des améliorations sont nécessaires, on commencera par montrer à la mère comment elle peut elle-même améliorer la position et la prise du sein, et on évitera qu'un soignant le fasse à sa place (28).
 - B. Un soignant compétent observera et documentera au moins une tétée une fois par changement d'équipe jusqu'à la sortie de maternité, et à chaque contact d'un soignant avec la mère chaque fois que possible. La position, la prise du sein, le transfert de lait, la fréquence et les caractéristiques des urines et des selles, l'ictère, le poids de l'enfant et tout problème d'allaitement seront rentrés dans le dossier médical.
 - C. Une position de la mère semi-inclinée en arrière (Biological Nurturing) sera encouragée en post-partum précoce (122 – 4), mais chaque mère sera encouragée à trouver la position la plus confortable pour elle.
 - D. On encouragera les mères et leurs accompagnants à reconnaître les manifestations de faim, les signes d'une bonne position, d'une prise du sein adéquate, à identifier la succion, la déglutition et le transfert du lait afin d'optimiser la production lactée (21, 48).
 - E. Les soignants prendront en charge tous les problèmes d'allaitement (mamelons douloureux, difficultés de prise du sein, production lactée insuffisante – 48) et la mère sera référée à un(e) spécialiste en lactation chaque fois que nécessaire. La gestion de la plupart des difficultés courantes de l'allaitement sera discutée avec tous les parents d'un bébé allaité avant la sortie de maternité (Tables 3 et 5, 21).
17. On montrera à toutes les mères le massage des seins et l'expression manuelle du lait pendant leur séjour en maternité (142 – 1, 143, 2), et on leur montrera comment utiliser un tire-lait si elles le souhaitent. On informera les mères et les familles que l'obtention de seulement quelques millilitres est courante pendant les premières séances d'expression, et que cela ne signifie pas que la production lactée est insuffisante.

TABLE 5. LISTE DES POINTS ESSENTIELS QUE LES NOUVELLES MÈRES ALLAITANTES (ET LEURS FAMILLES) DEVRAIENT CONNAÎTRE ET/OU SAVOIR FAIRE (CE QUI DOIT ÊTRE VÉRIFIÉ AUPRÈS DES MÈRES AVANT LA SORTIE DE MATERNITÉ).

1. L'importance de l'allaitement exclusif et du contact oculaire et corporel pendant les repas.
2. Les signes de faim, d'une bonne prise du sein, des déglutitions, du transfert de lait et de la satisfaction de l'enfant, et comment les reconnaître tous.
3. La fréquence moyenne quotidienne des tétées (8 à 12 par 24 heures), certains enfants ayant besoin de tétées plus fréquentes.
4. Comment allaiter dans une position confortable et sans douleur.
5. Les enfants devraient être nourris en réponse à leurs manifestations de faim, se voir offrir les 2 seins à chaque tétée, et téter jusqu'à ce qu'ils semblent satisfaits.
6. Comment assurer une production lactée abondante et un réflexe d'éjection.
 - a. Comment et pourquoi tirer manuellement son colostrum / lait.
 - b. Les mères qui doivent utiliser un tire-lait doivent savoir comment l'utiliser et l'entretenir correctement.
7. L'impact des sucettes et tétines sur l'allaitement et pourquoi les éviter tant que l'allaitement n'est pas bien établi.
8. Les médicaments nécessaires en cas de maladie maternelle ne contre-indiquent pas tous l'allaitement.
 - a. Les parents peuvent trouver des informations de bonne qualité à www.e-lactancia.org et à www.mommymeds.com, qui sont des sources simples à utiliser.
 - b. Les raisons pour lesquelles la mère allaitante devrait éviter le tabac, l'alcool et les autres drogues.
9. Des informations sur des pratiques sûres de sommeil (comment rendre le co-sommeil plus sûr), particulièrement en évitant le tabac et le sommeil dans un fauteuil.
10. Reconnaître les signes de sous-alimentation ou de déshydratation chez l'enfant, ainsi que les signes indiquant la nécessité d'appeler un professionnel de santé.
 - a. Chez l'enfant : il dort régulièrement pendant plus de 4 heures, ou au contraire il ne semble jamais satisfait, ou tête plus de 12 fois par jour, ou ne déglutit pas au moins tous les 3 à 4 mouvements de succion, ses couches sont peu mouillées ou trop légères, il a peu de selles quotidiennes, il a de la fièvre.
 - b. Chez la mère : douleur persistante pendant la tétée, masses dans les seins, douleurs dans les seins, fièvre, inquiétudes sur la production lactée, aversion de l'enfant, tristesse profonde, ou tout doute sur sa capacité à réussir à allaiter.

Adapté d'après l'OMS-UNICEF (21), avec addition des sources suivantes (les chiffres entre parenthèses correspondent au niveau de preuves selon l'OCEBM, 67) : sites Internet (172, 192 – 5), 191 – 1, 192.

- A. Le massage des seins et l'expression du lait doivent être rapidement démontrés à la mère dans les situations suivantes :
- Le nouveau-né est incapable d'obtenir le colostrum seul en prenant le sein.
 - Le prématuré, le bébé à terme précoce ou tout nouveau-né ne tète pas efficacement pendant les premières 24 heures (143 – 2).
 - Le nouveau-né à risque d'hypoglycémie (mère diabétique, retard de croissance intra-utérin) et nécessitant des suppléments de colostrum après les premières tétées.
 - Le nourrisson qui ne peut pas prendre le sein directement (prématuré ou enfant malade)
 - En cas de séparation mère-enfant inévitable.
 - La mère présente un risque de retard du stade II de la lactogénèse (Table 6).
- B. Si la séparation mère-enfant dure plus de quelques jours, on conseillera à la mère d'utiliser un tire-lait électrique à double pompage et de tirer son lait au moins 8 fois par jour, en combinaison avec l'expression manuelle (144 – 3), cette dernière s'étant avérée utile chez les mères de prématurés. Les massages des seins et l'expression manuelle seront enseignés rapidement à la mère.
- C. Les mères identifiées en période prénatale ou rapidement après la naissance comme étant à haut risque de montée de lait retardée (Table 6) bénéficieront d'une aide appropriée en fonction de leurs besoins. Un planning d'alimentation et un suivi étroit du nourrisson (pour maintenir une nutrition et une hydratation adéquates et fournir une aide à l'expression du lait) seront proposés. À la sortie de maternité, un continuum de soins sera assuré via un planning d'alimentation et un suivi étroit (48).
- D. Les soignants disposeront de suffisamment de temps afin de permettre une supervision et une aide adéquates pour toutes les mères et leurs enfants (21, 48).
- E. Les procédures douloureuses telles que les vaccinations, l'administration de vitamine K ou la prise de sang au talon seront effectuées pendant que le nourrisson est au sein, dans la mesure où c'est la meilleure méthode pour limiter la douleur chez le nouveau-né (145 – 2).
18. Une individualisation des soins sera proposée à toutes les mères d'un prématuré ou d'un bébé de faible poids de naissance, ces soins étant centrés sur les besoins du nourrisson et sur ceux de sa famille, ainsi que sur une continuité des soins (50, 51).
- A. Les prématurés peuvent être capables de chercher le sein, de le prendre et de téter dès 27 semaines d'âge gestationnel ; toutefois, leur succion sera probablement inefficace (21). Les prématurés et les enfants à terme précoce recevront une aide spéciale afin de permettre une prise du sein adéquate et un bon transfert du lait (140 - 1, 56).
- B. Tout devrait être fait pour que les enfants de petit poids de naissance (incluant les très grands prématurés) reçoivent le lait de leur mère ou, s'il n'est pas disponible, du lait humain pasteurisé fourni par un lactarium (117, 128). Les mères de prématurés et d'enfants de petit poids de naissance seront soutenues afin de débiter l'expression du lait aussi rapidement que possible, de préférence dans l'heure qui suit la naissance (146 – 3, 21, 63), si la mise en peau à peau n'a pas été possible (147 – 3), et au moins dans les 6 heures qui suivent la naissance (146 – 3, 56).
- C. Les mères seront soutenues et encouragées à tirer leur lait au moins 5 fois par jour, avec pour objectif d'atteindre 8 fois par jour, incluant au moins une session d'expression pendant la nuit sur chaque période de 24 heures, afin d'assurer une production lactée adéquate. On veillera à ce que la mère puisse disposer d'un espace pour tirer son lait près de son bébé dans le service de néonatalogie, et l'intimité de la mère sera préservée avec des paravents si elle le souhaite. On apportera une aide en matière de massage des seins, d'expression manuelle, d'utilisation d'un tire-lait électrique (à double pompage si possible, 148 – 2). La mère sera encouragée à tirer son lait immédiatement après une session de peau à peau (149 – 2) et à tirer son lait manuellement en plus des séances d'expression au moins 8 fois par jour (56) afin d'augmenter la production lactée si cela est nécessaire (144 – 3).
- D. Pour les enfants nés à < 2 000 g, le portage Kangourou sera institué aussi rapidement que possible après la naissance, et il sera aussi proche que possible d'un portage en continu (63, 117) pour toutes les mères, dès que l'état clinique de l'enfant sera stabilisé (141, 150 – 1, 151 – 5). On garantira à la mère et aux accompagnants un accès illimité à l'enfant pendant son séjour en néonatalogie (141, 152 – 1). Dans cet objectif, on mettra à la disposition de la mère un espace adapté où elle pourra s'installer en position semi-inclinée, et les vêtements nécessaires pour lui permettre de prendre son bébé nu posé à plat ventre entre ses seins. L'équipe facilitera les mises au sein dès que l'enfant commence à manifester des signes de faim.
- E. Au moment de la sortie de néonatalogie, les mères séparées de leur bébé recevront des instructions verbales et écrites sur le stockage et le marquage de leur lait (55). Les mères seront encouragées à continuer à tirer leur lait, et chaque fois que possible l'institution facilitera l'obtention d'un tire-lait.

TABLE 6. FACTEURS DE RISQUE DE RETARD DU STADE II DE LA LACTOGENESE OU DE FAIBLE PRODUCTION LACTEE

Facteurs maternels	Facteurs infantiles
Problèmes mammaires : tissu glandulaire insuffisant, mamelons plats ou rétractés, antécédents de chirurgie mammaire.	Enfant à terme précoce (37-39 semaines)
Problèmes d'accouchement : césarienne (en particulier en urgence), accouchement compliqué, hémorragie importante, travail prolongé, accouchement prématuré (< 37 semaines), rétention placentaire.	Apgar < 8
Dépression du post-partum.	Poids de naissance élevé (> 3 600 g)
Problème métabolique : diabète (gestationnel, de type 1 ou 2), hypertension, pré-éclampsie, syndrome des ovaires polykystiques, obésité (IMC antérieur à la grossesse > 30), taux élevé de cortisol, hypothyroïdie, niveau élevé de fatigue ou de stress.	Faible poids de naissance (< 2 500 g)
	Succion faible ou douloureuse pour la mère / restriction de la fréquence des tétées.
	Don d'aliments avant la première mise au sein.
	Prématuré (< 37 semaines)

Un retard du stade II de la lactogénèse est défini comme l'absence de perception ou une faible perception par la mère du remplissage des seins ou de « fuites » de lait à au moins 72 heures post-partum.

Source : Cette table a été rédigée avec les informations fournies par les références suivantes (les chiffres entre parenthèses correspondent au niveau de preuves selon l'OCEBM, 67 – 1) : 141, 193 – 5, 194.

19. Les mères allaitantes seront encouragées à allaiter exclusivement (donner exclusivement leur lait, à l'exclusion de tout autre liquide ou aliment solide, exception faite des suppléments vitaminiques ou des médicaments), sauf si des suppléments (eau, glucose, lait industriel ou un autre liquide) sont médicalement nécessaires (Protocole #3 de l'ABM, 54). On ne donnera pas de suppléments aux nourrissons sans indication médicale ou en l'absence de souhait maternel documenté et informé (21, 62). Si des suppléments sont nécessaires :
 - A. On donnera la préférence, dans l'ordre, au colostrum/lait maternel exprimé, au lait humain pasteurisé provenant d'un lactarium (21, 62), à un lait industriel prêt à utiliser, ou à un lait industriel en poudre à diluer dans de l'eau propre. Pendant les 1-2 premiers jours de vie, les nouveau-nés à terme n'ont pas besoin de plus de 2-15 ml par repas (48).
 - B. Les mères seront encouragées à exprimer leur colostrum ou leur lait directement dans la bouche de leur enfant, ou à le donner autrement qu'au biberon (par exemple à la tasse, à la seringue, avec un tube sur le doigt, au paladaï ou à la cuillère, 54). Donner le supplément à l'aide d'un tuyau posé sur le sein stimulera les seins de la mère tout en nourrissant l'enfant (153 – 1).
 - C. Les suppléments ne seront pas donnés sans une ordonnance médicale, y compris lorsqu'ils sont donnés à la demande de la mère (21). En cas d'ordonnance pour une raison médicale, cette dernière sera réévaluée et renouvelée (si nécessaire) quotidiennement. Les indications médicales de la supplémentation, le type du supplément, les horaires de supplémentation, le volume et la méthode de don du supplément et les instructions données à la mère concernant la supplémentation seront documentés dans le dossier médical de la mère/de l'enfant (21, 54).
 - D. Lorsqu'une mère demande à ce qu'un supplément soit donné alors que ce n'est pas médicalement indiqué, il sera nécessaire d'écouter ses raisons et de les explorer avec elle. Une évaluation détaillée de l'allaitement sera proposée, et les risques de la supplémentation seront discutés avec la mère et ses proches (54).
 - E. Des informations sur les pratiques sûres de préparation, d'administration, de manipulation et de stockage des substituts du lait maternel seront données aux familles qui n'allaitent pas ou dont le bébé reçoit des suppléments à la sortie de maternité (21), et des instructions écrites leur seront données si nécessaire.
20. Dans cette institution, nous reconnaissons le besoin des mères et des bébés à terme et en bonne santé de rester ensemble 24 heures sur 24 pour leur bien-être mutuel, quel que soit le choix des parents concernant l'alimentation de leur enfant ou la méthode d'accouchement (154 – 1, 63, 117), et nous facilitons cette cohabitation. Sauf en cas d'obligation légale, cette institution ne dispose pas d'un espace réservé à une nurserie pour les nouveau-nés à terme et en bonne santé (même si la suppression des nurseries n'est pas une obligation de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé). Si cette institution doit maintenir une nurserie, les nourrissons qui y séjournent ne devraient pas pouvoir être vus par les visiteurs, afin de ne pas attirer leur attention, de ne pas normaliser, encourager ou approuver la séparation mère-enfant.
 - A. La cohabitation est facilitée pour tous les nouveau-nés (155 – 2, 21), y compris pour les prématurés légers (140 – 1, 56) ou les enfants de poids de naissance > 1 750 g qui correspondent à des critères médicaux et de sécurité spécifiques (156 – 2). Des lits munis de berceaux en side-car seront encouragés dans les services de maternité (157, 158 – 2).
 - B. L'enfant et sa mère seront séparés uniquement pour des raisons cliniques justifiées. Les soignants devront documenter toute interruption de la cohabitation, les raisons de cette interruption, l'endroit où le nourrisson sera placé pendant l'interruption, et les paramètres temporels de cette interruption (154 – 1, 156). La cohabitation sera reprise dès que la raison de l'interruption aura disparu. Chaque fois qu'une

- mère doit être séparée de son bébé, les soignants soutiendront la mère afin qu'elle commence à tirer son lait aussi rapidement que possible, et au plus tard dans les 6 heures qui suivent la séparation (21). Chaque fois que les parents demandent à ce que leur enfant soit emmené ailleurs, les raisons de leur demande seront explorées, et l'importance de la cohabitation pour la santé et le bien-être de leur enfant leur sera expliquée (154 – 1). Ce don d'explication sera documenté par les soignants. Lorsque l'enfant est séparé de sa mère, soit pour des raisons médicales, soit sur la demande des parents, l'infirmière chargée des soins à l'enfant le ramènera à sa mère dès que l'enfant manifestera des signes de faim, afin d'encourager l'allaitement exclusif.
- C. Toutes les procédures effectuées en routine, évaluations, dépistages, auscultations cardiaques, vaccinations, évaluation de l'audition, prélèvements pour des examens en laboratoire, devraient être effectuées au lit de la mère (48, 63). Le suivi en routine de la glycémie n'est pas indiqué chez les enfants à terme et en bonne santé (52, 73). Baigner le nouveau-né est inutile la plupart du temps, mais les parents peuvent baigner leur bébé s'ils le désirent avec l'aide d'un soignant (48, 73).
 - D. Les enfants qui ont besoin d'une antibiothérapie intraveineuse ou d'une photothérapie, mais qui sont par ailleurs en bonne santé et cliniquement stables, devraient pouvoir rester auprès de leur mère (125 – 1, 56).
 - E. Des informations sur une cohabitation sans risque seront régulièrement proposées aux familles, afin d'éviter les chutes de l'enfant et les suffocations accidentelles. Elles incluront des informations sur les heures à haut risque (le petit matin) et les facteurs de risque (fatigue des parents), avec en particulier des conseils sur le fait qu'il est préférable d'allaiter le bébé dans un lit d'adulte la nuit ou si la mère est fatiguée, plutôt que sur un divan ou dans un fauteuil (159). Une surveillance plus importante sera proposée aux dyades mère-enfant qui ont été identifiées comme à haut risque (127 – 5, 56).
21. L'équipe soignante hospitalière s'assurera que toutes les mères, quels que soient le mode d'accouchement et le mode d'alimentation infantile choisi, savent comment répondre aux signaux montrant que leur bébé a faim, ou souhaite être contre sa mère et être réconforté. Des repas à heures fixes ne sont pas recommandés chez les nourrissons stables (21, 30, 73).
- A. On ne donnera aucune restriction pour la fréquence ou la durée des repas (les pleurs sont le signal ultime de faim, 21).
 - B. On informera la mère que :
 - Les nourrissons doivent téter au moins 8 fois par jour et que nombre d'entre eux ont besoin de tétées plus fréquentes.
 - Il est important de proposer les 2 seins à chaque tétée ; mais si le bébé est rassasié avec un seul sein, l'autre sein lui sera proposé en premier à la tétée suivante.
 - Les tétées « en grappe » (plusieurs tétées très rapprochées) sont courantes pendant les premières 24 à 36 heures et peuvent stimuler la production lactée. Elles ne sont pas le signe d'une production lactée insuffisante, ni de la nécessité d'une supplémentation (30). Plus tard, elles pourront être le signe d'un transfert inadéquat de lait (160 – 5).
 - C. Pendant la cohabitation, les parents d'un enfant de petit poids de naissance, d'un prématuré ou d'un enfant à terme précoce, ainsi que des nouveau-nés à terme qui perdent beaucoup de poids, seront informés de l'importance de nourrir le bébé aux premières manifestations de faim, et de l'éveiller si nécessaire afin que leur enfant reçoive au moins 8 repas par jour (56). En cas de séparation mère-enfant, les soignants apporteront l'enfant à la mère pour les tétées chaque fois qu'ils constateront que celui-ci manifeste des signes de faim (21).
22. Les sucettes et tétines ne seront pas proposées en routine aux nouveau-nés à terme et en bonne santé qui sont allaités (161, 162 – 1, 155, 163 – 2, 164, 165 – 3, 54).
- A. Si une mère demande à ce que son bébé reçoive un biberon ou une sucette, les soignants exploreront les raisons de cette demande, répondront aux questions de la mère et l'informeront sur les risques de leur utilisation, en soulignant leur impact sur la succion. Le déroulement de l'allaitement sera évalué afin d'éliminer la possibilité d'un problème d'allaitement (165 – 3, 21).
 - B. Les soignants ne donneront pas en routine de sucette aux enfants allaités. Si une mère souhaite donner une sucette à son bébé, les soignants exploreront les raisons de cette demande, répondront aux questions de la mère et l'informeront sur les risques de leur utilisation. Le don de ces informations sera documenté. Si la mère souhaite toujours donner une sucette après avoir reçu ses informations, sa demande sera respectée et inscrite dans le dossier médical (54).
 - C. Les prématurés et les enfants malades admis en néonatalogie ou en unité de soins spéciaux pourront recevoir une sucette pour la succion non nutritive (21, 50, 163).

- D. Les bouts de sein (ou tétines de biberon) seront utilisés uniquement sur la recommandation d'une personne spécialisée dans la lactation et lorsque les autres stratégies de correction du problème rencontré ont échoué (166 – 1, 167 – 2, 50).
 - E. La mise au sein sera la méthode à privilégier pour reconforter un bébé allaité qui doit subir une procédure douloureuse (145 – 2). Une sucette sera utilisée pour l'analgésie pendant une telle procédure uniquement si la mise au sein est impossible, et elle sera enlevée à l'enfant après la procédure.
23. Cette institution utilise des sources scientifiquement fondées pour la prescription de médicaments compatibles avec l'allaitement, telles que LactMed (168), InfantRisk (169), le Lactation Study Center (170) ou le site Internet APOLAM (www.e-lactancia.org, 171). L'inhibition pharmacologique de la lactation ne sera pas proposée en routine pour cette inhibition (172, 173). On recommandera des mesures non pharmacologiques telles que les applications glacées et un analgésique de force moyenne pour soulager l'inconfort, l'expression lactée pour améliorer le confort, et un bon soutien des seins pour éviter l'engorgement (174 – 1, 172). Lorsqu'une mère a besoin d'une inhibition de la lactation après son accouchement pour des raisons médicales ou psychologiques, et si la mère le souhaite après avoir été correctement informée (173 – 5), le lisuride et la cabergoline peuvent être utilisés (175 – 1).

Continuum de soins après la sortie

24. Cette institution offre des soins coordonnés avec échange d'informations claires et précises entre les différents professionnels de santé et de suivi social (63) pour toutes les mères, les enfants et les familles.
- A. Avant la sortie de maternité, l'équipe soignante s'assurera que les tétées sont efficaces, que les mères allaitantes sont effectivement capables d'allaiter leur enfant et que la continuité des soins est garantie, soit par des visites de suivi (incluant des visites au domicile de la mère), soit par des consultations auprès d'un fournisseur de soins primaires et/ou d'un(e) spécialiste en lactation, et/ou par des groupes de soutien ou des conseillères paires (21, 28, 62, 176 – 1).
 - B. Si le nourrisson ne prend pas le sein ou ne tète pas correctement au moment de la sortie de maternité, un planning individualisé d'alimentation sera élaboré. En fonction de la situation clinique de la dyade et des ressources disponibles, la sortie de l'enfant pourra être retardée (53, 54). Un nourrisson en bonne santé ne sortira pas sans sa mère sauf si la sortie de la mère est impossible (mère en soins intensifs par exemple).
 - C. Du matériel d'information écrite sur l'allaitement sera fourni à la mère et les informations seront discutées avec elle et ses accompagnants (177 – 2) si nécessaire, mais cela ne devrait pas remplacer un soutien centré sur la personne, proactif et personnalisé (178 – 1, 46 – E). Des efforts seront faits pour inclure la famille dans les activités d'information. Avant la sortie du service, les soignants s'assureront que les personnes ayant accouché ont certaines connaissances et compétences (Table 4).
25. Cette institution collabore avec les programmes communautaires afin de fournir des messages coordonnés concernant l'allaitement et d'offrir une continuité des soins.
- A. Avant la sortie, on donnera à toutes les dyades les coordonnées des groupes locaux de soutien et des diverses sources de soutien à l'allaitement existant dans la communauté (1 – 1).
 - B. Une consultation avec un professionnel de santé sera programmée pour toutes les dyades, afin d'évaluer le bien-être général de la mère et de l'enfant, le déroulement de l'alimentation, l'existence d'un ictère, et ce 2 à 4 jours après l'accouchement et à nouveau la semaine suivante (21).
 - C. Chaque fois que nécessaire, un rendez-vous spécifique de suivi sera programmé. Des visites à domicile peuvent être planifiées et prévues, dans la mesure où elles ont démontré leur efficacité pour augmenter la durée de l'allaitement (1 – 1).

Application

Toutes les personnes ayant accouché.

Autres protocoles de l'ABM associés

Protocoles #1, #3, #5, #8, #10, #14, #19, #21, #26, #28.

Recherches nécessaires

Les recherches menées pour la rédaction de ce protocole ont amené à prendre conscience du manque de données ou de données insuffisantes dans certains domaines, comme les stratégies efficaces pour augmenter la mise en œuvre de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés dans les services hospitaliers, ou les meilleurs moyens de suivre le respect du

règlement hospitalier concernant l'allaitement par les membres de l'équipe soignante. Il est nécessaire de mener des études contrôlées sur l'expression manuelle prénatale et en post-partum précoce du colostrum chez les mères d'enfants nés à terme présentant un risque de retard du stade II de la lactogénèse, ainsi que sur son impact sur le délai de survenue de ce stade II de la lactogénèse, sur la production lactée et sur la durée de l'allaitement. D'autres domaines dans lesquels nous manquons de données sont l'allaitement à la demande, les positions optimales d'allaitement, le peau à peau avec une personne autre que le père ou les autres membres de la famille (si la mère n'est pas disponible), les meilleurs traitements pour l'inhibition de la lactation si celle-ci est nécessaire, les parents transgenres, l'alimentation sur le torse et comment soutenir ces parents.

Références

1. Feltner C, Palmieri Weber R, Stuebe AM, et al. Breastfeeding Programs and Policies, Breastfeeding Uptake, and Maternal Health Outcomes in Developed Countries. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2018.
2. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, et al. Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet* 2016;387:475–490.
3. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104:96–113.
4. Merritt MA, Riboli E, Murphy N, et al. Reproductive factors and risk of mortality in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition; a cohort study. *BMC Med* 2015;13:252.
5. Nguyen B, Jin K, Ding D. Breastfeeding and maternal cardiovascular risk factors and outcomes: A systematic review. *PLoS One* 2017;12:e0187923.
6. Bartick MC, Schwarz EB, Green BD, et al. Suboptimal breastfeeding in the United States: Maternal and pediatric health outcomes and costs. *Matern Child Nutr* 2017;13:3–6; Erratum in *Matern Child Nutr* 2017.
7. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:3–13.
8. Cleminson J, Oddie S, Renfrew MJ, et al. Being baby friendly: Evidence-based breastfeeding support. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2015;100:F173–F178.
9. Bowatte G, Tham R, Allen KJ, et al. Breastfeeding and childhood acute otitis media: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:85–95.
10. Giugliani ER, Horta BL, Loret de Mola C, et al. Effect of breastfeeding promotion interventions on child growth: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:20–29.
11. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:30–37.
12. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:14–19.
13. Horta BL, de Sousa BA, de Mola CL. Breastfeeding and neurodevelopmental outcomes. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care* 2018;21:174–178.
14. Lodge CJ, Tan DJ, Lau M, et al. Breastfeeding and asthma and allergies: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104 Suppl 467:38–53.
15. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016;387:491–504.
16. Hansen K. Breastfeeding: A smart investment in people and in economies. *Lancet* 2016;387:416.
17. Babakazo P, Donnen P, Akilimali P, et al. Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: A prospective study. *Int Breastfeed J* 2015;10:19.
18. Graham W, Woodd S, Byass P, et al. Diversity and divergence: The dynamic burden of poor maternal health. *Lancet* 2016;388:2164–2175.
19. McDougall L, Campbell OMR, Graham W. Maternal Health. An Executive Summary for the Lancet's Series. London: The Lancet Maternal Health Series, 2016.
20. World Health Organization. Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. Geneva: World Health Organization, 2009.
21. World Health Organization-UNICEF. Implementation Guidance: Protecting, Promoting, and Supporting Breast feeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services: The Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018.
22. World Health Organization. National Implementation of the Baby-Friendly Hospital Initiative 2017. Geneva: World Health Organization, 2017.
23. Martens PJ. What do Kramer's Baby-Friendly Hospital Initiative PROBIT studies tell us? A review of a decade of research. *J Hum Lact* 2012;28:335–342.
24. Perez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2016;12:402–417.
25. Meek JY, Noble L. Implementation of the ten steps to successful breastfeeding saves lives. *JAMA Pediatr* 2016;170:925–926.
26. Spaeth A, Zemp E, Merten S, et al. Baby-friendly hospital designation has a sustained impact on continued breastfeeding. *Matern Child Nutr* 2018;14.

27. Vieira TO, Vieira GO, de Oliveira NF, et al. Duration of exclusive breastfeeding in a Brazilian population: New determinants in a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:175.
28. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Blueprint for action (revised 2008). Luxembourg: European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment, 2008.
29. US Department of Health and Human Services. The Surgeon General's Call to Action to Support Breastfeeding. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.
30. Perinatal Services BC. Breastfeeding Healthy Term Infants. Vancouver, BC: Perinatal Services BC, 2015.
31. Renfrew MJ, Pokhrel S, Quigley M, et al. Preventing Disease and Saving Resources: The Potential Contribution of Increasing Breastfeeding Rates in the UK. London: UNICEF UK, 2012.
32. Jones KM, Power ML, Queenan JT, et al. Racial and ethnic disparities in breastfeeding. *Breastfeed Med* 2015;10:186–196.
33. UNICEF, World Health Organization. Capture the moment: Early initiation of breastfeeding: The best start for every newborn. New York: UNICEF, 2018.
34. Bartick MC, Jegier BJ, Green BD, et al. Disparities in breastfeeding: Impact on maternal and child health outcomes and costs. *J Pediatr* 2017;181:49–55.e46.
35. Sacker A, Kelly Y, Iacovou M, et al. Breast feeding and intergenerational social mobility: What are the mechanisms? *Arch Dis Child* 2013;98:666–71.
36. Victora CG, Requejo J, Boerma T, et al. Countdown to 2030 for reproductive, maternal, newborn, child, and adolescent health and nutrition. *Lancet Glob Health* 2016;4:e775–e776.
37. Condon LJ, Salmon D. 'You likes your way, we got our own way': Gypsies and Travellers' views on infant feeding and health professional support. *Health Expect* 2015;18:784–795.
38. Bohren MA et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;7:CD003766.
39. Centers for Disease Control and Prevention. Breastfeeding Among U.S. Children Born 2002–2014, CDC National Immunization Survey. 2017. Available at https://www.cdc.gov/breastfeeding/data/nis_data/results.html (accessed March 3, 2018).
40. French CA, Cong X, Chung KS. Labor epidural analgesia and breastfeeding: A systematic review. *J Hum Lact* 2016;32:507–520.
41. Carvalho ML, Boccolini CS, Oliveira MI, et al. The Baby-Friendly Hospital Initiative and breastfeeding at birth in Brazil: A cross sectional study. *Reprod Health* 2016;13(Suppl 3):119.
42. Black L, Hulsey T, Lee K, et al. Incremental hospital costs associated with comorbidities of prematurity. *Manag Care* 2015;24:54–60.
43. Hobbs AJ, Mannion CA, McDonald SW, et al. The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:90.
44. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA. Planned caesarean section for women with a twin pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2015:CD006553.
45. Cabrera-Rubio R, Mira-Pascual L, Mira A, et al. Impact of mode of delivery on the milk microbiota composition of healthy women. *J Dev Orig Health Dis* 2016;7:54–60.
46. Sudhinaraset M, Afulani P, Diamond-Smith N, et al. Advancing a conceptual model to improve maternal health quality: The person-centered care framework for reproductive health equity. *Gates Open Res* 2017;1:1.
47. World Health Assembly. Framework on Integrated People-Centered Health Services. Geneva: World Health Organization, 2016.
48. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:469–473. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1022-5-gestion-en-peripartum-de-lallaiteement-chez-la-mere-en-bonne-sante-et-son-enfant-ne-a-terme>
49. Downe S, Finlayson K, Oladapo O, et al. What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS One* 2018;13:e0194906.
50. Nyqvist KH, Maastrup R, Hansen MN, et al. Neo-BFHI: The Baby-Friendly Hospital Initiative for neonatal wards. Core document with recommended standards and criteria. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association, 2015.
51. International Lactation Consultant Association. Neo-BFHI Package. Raleigh, NC: ILCA, 2018.
52. Wight N, Marinelli KA, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #1: Guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. *Breastfeed Med* 2014;9:173–179. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1024-1-recommandations-pour-le-suivi-de-la-glycemie-et-le-traitement-de-lhypoglycemie>
53. Evans A, Marinelli KA, Taylor JS, Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol#2: Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: "The going home protocol." *Breastfeed Med* 2014;9:3–8. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1019-2-protocole-du-retour-a-domicile>
54. Kellams A, Harrel C, Omage S, et al. ABM clinical protocol #3: Supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:188–198. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1020-3-recommandations-pour-le-don-de-complements-en-maternite>
55. Eglash A, Simon L. Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #8: Human milk storage information for home use for full-term infants, revised 2017. *Breastfeed Med* 2017;12:390–395. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1025-8-conservation-du-lait-humain>

56. Boies EG, Vaucher YE. ABM Clinical Protocol #10: Breastfeeding the late preterm (34–36 6/7 weeks of gestation) and early term infants (37–38 6/7 weeks of gestation), second revision 2016. *Breastfeed Med* 2016;11:494–500. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1047-l-allaitement-du-premature-leger-et-des-enfants-a-terme-precoc>
57. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes AV, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office: Optimizing care for infants and children, revised 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:237–242. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1083-14-le-cabinet-medical-ami-de-lallaitement>
58. Rosen-Carole C, Hartman S, Academy of Breastfeeding M. ABM clinical protocol #19: Breastfeeding promotion in the prenatal setting, revision 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:451–457. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1604-19-promotion-de-lallaitement-dans-le-cadre-prenatal>
59. Reece-Stremtan S, Marinelli KA. ABM clinical protocol #21: Guidelines for breastfeeding and substance use or substance use disorder, revised 2015. *Breastfeed Med* 2015;10:135–141. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1606-21-recommandations-pour-lallaitement-chez-la-femme-toxicomane>
60. Berens P, Eglash A, Malloy M, et al. ABM clinical protocol #26: Persistent pain with breastfeeding. *Breastfeed Med* 2016;11:46–53. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1820-douleur-persistante-pendant-l-allaitement>
61. Martin E, Vickers B, Landau R, et al. ABM clinical protocol #28, peripartum analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med* 2018;13:164–171. Texte français à : <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1972-analgesie-et-anesthesie-en-peripartum-chez-la-mere-allaitante>
62. World Health Organization. Guideline: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services. Geneva: World Health Organization, 2017.
63. World Health Organization. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities. Geneva: World Health Organization, 2016.
64. Spangler A, Wambach K. Clinical Guidelines for the Establishment of Exclusive Breastfeeding. Raleigh, NC: International Lactation Consultant Association, 2014.
65. World Health Organization. The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes, 2017 Update, Frequently Asked Questions. Geneva: World Health Organization, 2017. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/fr/>
66. World Health Organization. Code and subsequent resolutions. 2016. www.who.int/nutrition/netcode/resolutions/en (accessed July 17, 2018).
67. Howick J, Chalmers I, Glasziou P, OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 Levels of Evidence. 2011. www.cebm.net/index.aspx?o=5653 (accessed July 9, 2018).
68. Lewin S, Bohren M, Rashidian A, et al. Applying GRADECERQual to qualitative evidence synthesis findings-paper 2: How to make an overall CERQual assessment of confidence and create a summary of qualitative findings table. *Implement Sci* 2018;13(Suppl 1):10.
69. MacDonald T, Noel-Weiss J, West D, et al. Transmasculine individuals' experiences with lactation, chestfeeding, and gender identity: A qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:106.
70. Reisman T, Goldstein Z. Case report: Induced lactation in a transgender woman. *Transgend Health* 2018;3:24–26.
71. Fontenot HB. Transition and adaptation to adoptive motherhood. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2007;36:175–182.
72. Farhadi R, Philip RK. Induction of lactation in the biological mother after gestational surrogacy of twins: A novel approach and review of literature. *Breastfeed Med* 2017;12:373–376.
73. World Health Organization. WHO Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. Geneva: World Health Organization, 2018.
74. Tervalon M, Murray-Garcia J. Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *J Health Care Poor Underserved* 1998;9:117–125.
75. Li CM, Li R, Ashley CG, et al. Associations of hospital staff training and policies with early breastfeeding practices. *J Hum Lact* 2014;30:88–96.
76. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding in obstetrics residency: Exploring maternal and colleague resident perspectives. *Breastfeed Med* 2013;8:394–400.
77. Sattari M, Levine D, Serwint JR. Physician mothers: An unlikely high risk group-call for action. *Breastfeed Med* 2010;5:35–39.
78. Sattari M, Serwint JR, Shuster JJ, et al. Infant-feeding intentions and practices of internal medicine physicians. *Breastfeed Med* 2016;11:173–179.
79. Piwoz EG, Huffman SL. The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food Nutr Bull* 2015;36:373–386.
80. Tarrant M, Lok KY, Fong DY, et al. Effect of a hospital policy of not accepting free infant formula on in-hospital formula supplementation rates and breast-feeding duration. *Public Health Nutr* 2015;18:2689–2699.
81. Barennes H, Empis G, Quang TD, et al. Breast-milk substitutes: A new old-threat for breastfeeding policy in developing countries. A case study in a traditionally high breastfeeding country. *PLoS One* 2012;7:e30634.

82. Barennes H, Slesak G, Goyet S, et al. Enforcing the international code of marketing of breast-milk substitutes for better promotion of exclusive breastfeeding: Can lessons be learned? *J Hum Lact* 2016;32:20–27.
83. Parry K, Taylor E, Hall-Dardess P, et al. Understanding women’s interpretations of infant formula advertising. *Birth* 2013;40:115–124.
84. Feldman-Winter L, Grossman X, Palaniappan A, et al. Removal of industry-sponsored formula sample packs from the hospital: Does it make a difference? *J Hum Lact* 2012;28:380–388.
85. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:CD001141.
86. de Jesus PC, de Oliveira MI, Fonseca SC. Impact of health professional training in breastfeeding on their knowledge, skills, and hospital practices: A systematic review. *J Pediatr (Rio J)* 2016;92:436–450.
87. Balogun OO, Kobayashi S, Anigo KM, et al. Factors influencing exclusive breastfeeding in early infancy: A prospective study in North Central Nigeria. *Matern Child Health J* 2016;20:363–375.
88. Beake S, Pellowe C, Dykes F, et al. A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Matern Child Nutr* 2012;8:141–161.
89. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, et al. Support for breastfeeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD001141.
90. Coutinho SB, Lira PI, Lima MC, et al. Promotion of exclusive breast-feeding at scale within routine health services: Impact of breast-feeding counselling training for community health workers in Recife, Brazil. *Public Health Nutr* 2014;17:948–955.
91. Gavine A, MacGillivray S, Renfrew MJ, et al. Education and training of healthcare staff in the knowledge, attitudes and skills needed to work effectively with breastfeeding women: A systematic review. *Int Breastfeed J* 2016;12:6.
92. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr* 2015;104Suppl 467:114–134.
93. Spiby H, McCormick F, Wallace L, et al. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009;25:50–61.
94. Ekström AC, Thorstensson S. Nurses and midwives professional support increases with improved attitudes - Design and effects of a longitudinal randomized controlled process-oriented intervention. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:275.
95. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, et al. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun* 2014;19 Suppl 1:122–141.
96. Esteve TM, Daumas RP, Oliveira MI, et al. Factors associated to breastfeeding in the first hour of life: Systematic review. *Rev Saude Publica* 2014;48:697–708.
97. Nguyen PH, Kim SS, Sanghvi T, et al. Integrating nutrition interventions into an existing maternal, neonatal, and child health program increased maternal dietary diversity, micronutrient intake, and exclusive breastfeeding practices in Bangladesh: Results of a cluster-randomized program evaluation. *J Nutr* 2017;147:2326–2337.
98. Tadesse K, Zelenko O, Mulugeta A, et al. Effectiveness of breastfeeding interventions delivered to fathers in low-and middle-income countries: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12612.
99. Wouk K, Tully KP, Labbok MH. Systematic review of evidence for Baby-Friendly Hospital Initiative step 3. *J Hum Lact* 2017;33:50–82.
100. Balyakina E, Fulda KG, Franks SF, et al. Association between healthcare provider type and intent to breastfeed among expectant mothers. *Matern Child Health J* 2016;20:993–1000.
101. Costanian C, Macpherson AK, Tamim H. Inadequate prenatal care use and breastfeeding practices in Canada: A national survey of women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016;16:100.
102. Wouk K, Lara-Cinisomo S, Stuebe AM, et al. Clinical interventions to promote breastfeeding by Latinas: A meta-analysis. *Pediatrics* 2016;137.
103. Liu L, Zhu J, Yang J, et al. The effect of a perinatal breastfeeding support program on breastfeeding outcomes in primiparous mothers. *West J Nurs Res* 2017;39:906–923.
104. Leclair E, Robert N, Sprague AE, et al. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent pregnancies: A cohort study. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015;28:516–521.
105. Bever Babendure J, Reifsnider E, Mendias E, et al. Reduced breastfeeding rates among obese mothers: A review of contributing factors, clinical considerations and future directions. *Int Breastfeed J* 2015;10:21.
106. Johnson AM, Kirk R, Rooks AJ, et al. Enhancing breastfeeding through healthcare support: Results from a focus group study of African American mothers. *Matern Child Health J* 2016;20(Suppl 1):92–102.
107. Khan AI, Kabir I, Eneroth H, et al. Effect of a randomised exclusive breastfeeding counselling intervention nested into the MINIMat prenatal nutrition trial in Bangladesh. *Acta Paediatr* 2017;106:49–54.
108. Behera D, Anil Kumar K. Predictors of exclusive breastfeeding intention among rural pregnant women in India: A study using theory of planned behaviour. *Rural Remote Health* 2015;15:3405.
109. Lee SH, Nurmatov UB, Nwaru BI, et al. Effectiveness of mHealth interventions for maternal, newborn and child health in low- and middle-income countries: Systematic review and meta-analysis. *J Glob Health* 2016;6:010401.
110. Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2018;15:e1002494.
111. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, et al. Breastfeeding after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr* 2012;95:1113–1135.
112. Chien LY, Tai CJ. Effect of delivery method and timing of breastfeeding initiation on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Birth* 2007;34:123–130.

113. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD004667.
114. Fortier JH, Godwin M. Doula support compared with standard care: Meta-analysis of the effects on the rate of medical interventions during labour for low-risk women delivering at term. *Can Fam Physician* 2015;61:e284–e292.
115. Beake S, Bick D, Narracott C, et al. Interventions for women who have a Caesarean birth to increase uptake and duration of breastfeeding: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2017;13.
116. Cleveland L, Hill CM, Pulse WS, et al. Systematic review of skin-to-skin care for full-term, healthy newborns. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2017;46:857–869.
117. World Health Organization. WHO Recommendations on Newborn Health. Geneva: World Health Organization, 2017.
118. Work Group of Clinical Practice Guide on Breastfeeding. Clinical Practice Guide on Breastfeeding. San Sebastián, Spain. Ministry of Social Services and Equality, Basque Government, 2017.
119. Dumas L, Lepage M, Bystrova K, et al. Influence of skin-to-skin contact and rooming-in on early mother-infant interaction: A randomized controlled trial. *Clin Nurs Res* 2013;22:310–336.
120. Righard L. The baby is breastfeeding—Not the mother. *Birth* 2008;35:1–2.
121. Widström AM, Lilja G, Aaltomaa-Michalias P, et al. Newborn behaviour to locate the breast when skin-to-skin: A possible method for enabling early self-regulation. *Acta Paediatr* 2011;100:79–85.
122. Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev* 2008;84:441–449.
123. Brimdyr K, Cadwell K, Stevens J, et al. An implementation algorithm to improve skin-to-skin practice in the first hour after birth. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12571.
124. Stevens J, Schmied V, Burns E, et al. Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: A review of the literature. *Matern Child Nutr* 2014;10:456–473.
125. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;11:CD003519.
126. Guala A, Boscardini L, Visentin R, et al. Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *ScientificWorldJournal* 2017;2017:1940756.
127. Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee on Fetus and Newborn, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. *Pediatrics* 2016;138:pii:e20161889.
128. Pallás Alonso C, R, Rodríguez López J, Comité de Estándares de Sociedad Española de Neonatología. Factors associated with the safety of early skin-to-skin contact after delivery. *An Pediatr (Barc)*. 2014;80:203–205.
129. Rabe H, Reynolds G, Diaz-Rossello J. A systematic review and meta-analysis of a brief delay in clamping the umbilical cord of preterm infants. *Neonatology* 2008;93:138–144.
130. World Health Organization. Delayed Umbilical Cord Clamping for Improved Maternal and Infant Health and Nutrition Outcomes. Geneva: World Health Organization, 2014.
131. Garofalo M, Abenhaim HA. Early versus delayed cord clamping in term and preterm births: A review. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34:525–531.
132. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion No. 648: Umbilical cord blood banking. *Obstet Gynecol* 2015;126:e127–e129.
133. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135:e16–e23.
134. McMillan D, Canadian Paediatric Society Fetus and Newborn Committee. Position statement: Routine administration of vitamin K to newborns. 2018. Available at <https://www.cps.ca/en/documents/position/administration-vitamin-K-newborns> (accessed June 16, 2018).
135. World Health Organization. Recommendations for Management of Common Childhood Conditions: Newborn Conditions, Dysentery, Pneumonia, Oxygen Use and Delivery, Common Causes of Fever, Severe Acute Malnutrition and Supportive Care. Geneva: World Health Organization, 2012.
136. U.S. Preventive Services Task Force. Clinical Summary: Ocular Prophylaxis for Gonococcal Ophthalmia Neonatorum. 2011. Available at <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/ClinicalSummaryFinal/ocular-prophylaxis-for-gonococcal-ophthalmia-neonatorum-preventive-medication> (accessed June 20, 2018).
137. AAP Committee on Infectious Diseases, AAP Committee on Fetus Newborn. Elimination of perinatal hepatitis B: Providing the first vaccine dose within 24 hours of birth. *Pediatrics* 2017;140:pii:e20171870.
138. Neovita Study Group. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 2016;4:e266–e275.
139. Smith ER, Hurt L, Chowdhury R, et al. Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0180722.
140. Goyal NK, Attanasio LB, Kozhimannil KB. Hospital care and early breastfeeding outcomes among late preterm, early-term, and term infants. *Birth* 2014;41:330–338.
141. Conde-Agudelo A, Diaz-Rossello JL. Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD002771.
142. Johns HM, Forster DA, Amir LH, et al. Prevalence and outcomes of breast milk expressing in women with healthy term infants: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13:212.
143. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomised trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F18–F23.

144. Morton J, Wong RJ, Hall JY, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2012;32:791–796.
145. Soltani S, Zohoori D, Adineh M. Comparison the effectiveness of breastfeeding, oral 25% dextrose, kangaroo-mother care method, and EMLA cream on pain score level following heel prick sampling in newborns: A randomized clinical trial. *Electron Physician* 2018;10:6741–6748.
146. Parker LA, Sullivan S, Krueger C, et al. Association of timing of initiation of breastmilk expression on milk volume and timing of lactogenesis stage II among mothers of very low-birth-weight infants. *Breastfeed Med* 2015;10:84–91.
147. Spatz DL, Froh EB, Schwarz J, et al. Pump early, pump often: A continuous quality improvement project. *J Perinat Educ* 2015;24:160–170.
148. Fewtrell MS, Kennedy K, Ahluwalia JS, et al. Predictors of expressed breast milk volume in mothers expressing milk for their preterm infant. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2016;pii:fetalneonatal-2015-308321.
149. Acuña-Muga J, Ureta-Velasco N, de la Cruz-Bértolo J, et al. Volume of milk obtained in relation to location and circumstances of expression in mothers of very low birth weight infants. *J Hum Lact* 2014;30:41–46.
150. Puthussery S, Chutiyami M, Tseng PC, et al. Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: A meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatr* 2018;18:223.
151. Charpak N, Ruiz JG. Latin American clinical epidemiology network series—Paper 9: The kangaroo mother care method: From scientific evidence generated in Colombia to worldwide practice. *J Clin Epidemiol* 2017;86:125–128.
152. Chan GJ, Labar AS, Wall S, et al. Kangaroo mother care: a systematic review of barriers and enablers. *Bull World Health Organ* 2016;94:130–141J.
153. Collins CT, Gillis J, McPhee AJ, et al. Avoidance of bottles during the establishment of breast feeds in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;9:CD005252.
154. Jaafar SH, Ho JJ, Lee KS. Rooming-in for new mother and infant versus separate care for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016:CD006641.
155. Colombo L, Crippa BL, Consonni D, et al. Breastfeeding determinants in healthy term newborns. *Nutrients* 2018;10.
156. De Carvalho Guerra Abecasis F, Gomes A. Rooming-in for preterm infants: How far should we go? Five-year experience at a tertiary hospital. *Acta Paediatr* 2006;95:1567–1570.
157. Ball HL, Ward-Platt MP, Heslop E, et al. Randomised trial of infant sleep location on the postnatal ward. *Arch Dis Child* 2006;91:1005–1010.
158. Tully KP, Ball HL. Postnatal unit bassinet types when rooming-in after cesarean birth: Implications for breastfeeding and infant safety. *J Hum Lact* 2012;28:495–505.
159. Task Force On Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Updated 2016 recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics* 2016;138;pii:e20162940.
160. Douglas P, Geddes D. Practice-based interpretation of ultrasound studies leads the way to more effective clinical support and less pharmaceutical and surgical intervention for breastfeeding infants. *Midwifery* 2018;58:145–155.
161. Jaafar SH, Ho JJ, Jahanfar S, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;CD007202.
162. Buccini GDS, Perez-Escamilla R, Paulino LM, et al. Pacifier use and interruption of exclusive breastfeeding: Systematic review and meta-analysis. *Matern Child Nutr* 2017;13.
163. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e1101–1107.
164. Lindau JF, Mastroeni S, Gaddini A, et al. Determinants of exclusive breastfeeding cessation: Identifying an “at risk population” for special support. *Eur J Pediatr* 2015;174:533–540.
165. Kair LR, Colaizy TT. Association between in-hospital pacifier use and breastfeeding continuation and exclusivity: Neonatal intensive care unit admission as a possible effect modifier. *Breastfeed Med* 2017;12:12–19.
166. Chow S, Chow R, Popovic M, et al. The use of nipple shields: A review. *Front Public Health* 2015;3:236.
167. Ekström A, Abrahamsson H, Eriksson RM, et al. Women’s use of nipple shields-Their influence on breastfeeding duration after a process-oriented education for health professionals. *Breastfeed Med* 2014;9:458–466.
168. U.S. National Library of Medicine. LactMed: A ToxNet Database. 2018. Available at <https://www.toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm> (accessed June 28, 2018).
169. Infant Risk Center. InfantRisk. 2018. Available at www.infantrisk.com (accessed August 7, 2018).
170. University of Rochester Medical Center, Golisano Children’s Hospital. Human Lactation Center. 2018. Available at <https://www.urmc.rochester.edu/childrens-hospital/neonatology/lactation.aspx> (accessed September 4, 2018).
171. e-lactancia.org Is it compatible with breastfeeding? Valencia, Spain: Association for Promotion and cultural and scientific Research into Breastfeeding (APILAM), 2018. (accessed August 4, 2018).
172. European Medicines Agency. CMDh Endorses Restrictive Use of Bromocriptine for Stopping Breast Milk Production. London: European Medicines Agency of the European Union, 2014.
173. Marcellin L, Chantry AA. [Breast-feeding (part II): Lactation inhibition—Guidelines for clinical practice]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2015;44:1080–1083.
174. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progression in one hundred years. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179(6, Part 1):1485–1490.
175. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD005937.
176. Sudfeld CR, Fawzi WW, Lahariya C. Peer support and exclusive breastfeeding duration in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2012;7:e45143.
177. Abbass-Dick J, Stern SB, Nelson LE, et al. Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics* 2015;135:102–110.

178. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012:CD001141.
179. Centers for Disease Control and Prevention. Contraindications to Breastfeeding or Feeding Expressed Breast Milk to Infants. 2018. Available at <https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/Contraindications-to-breastfeeding.html> (accessed June 28, 2018).
180. UNICEF. WHO/UNAIDS/UNICEF Infant feeding guidelines. Available at <https://www.unicef.org/programme/breastfeeding/feeding.htm> (accessed June 28, 2018).
181. Amiri M, Diekmann L, von Kockritz-Blickwede M, et al. The diverse forms of lactose intolerance and the putative linkage to several cancers. *Nutrients* 2015;7:7209–7230.
182. Kimberlin DW, Brady MT, Long SS, Jackson MA. *Red Book®: 2018 Report on the Committee on Infectious Disease*, 31st Edition. Itasca, IL: American Academy of Pediatrics; 2018.
183. Centers for Disease Control and Prevention. Updated recommendations for use of VariZIG—United States, 2013. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013;62:574–576.
184. U.S. Department of Health and Human Services. Guidance for Counseling and Managing Women Living with HIV in the United States Who Desire to Breastfeed. 2018. Available at <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/3/perinatal/513/counseling-and-management-of-women-living-with-hiv-who-breast-feed> (accessed September 17, 2018).
185. Blair PS, Sidebotham P, Pease A, et al. Bed-sharing in the absence of hazardous circumstances: Is there a risk of sudden infant death syndrome? An analysis from two case-control studies conducted in the UK. *PLoS One* 2014;9:e107799.
186. Thompson JMD, Tanabe K, Moon RY, et al. Duration of breastfeeding and risk of SIDS: An individual participant data meta-analysis. *Pediatrics* 2017;140.
187. Ball HL, Howel D, Bryant A, et al. Bed-sharing by breastfeeding mothers: Who bed-shares and what is the relationship with breastfeeding duration? *Acta Paediatr* 2016;105:628–634.
188. Ball HL. The Atlantic divide: Contrasting U.K. and U.S. recommendations on cosleeping and bed-sharing. *J Hum Lact* 2017;33:765–769.
189. Bartick M, Tomori C. Sudden infant death and social justice: A syndemics approach. *Matern Child Nutr* 2018:e12652.
190. Centers for Disease Control and Prevention. How to keep your breast pump kit clean: The essentials. 2017. Available at <https://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/healthychildcare/infantfeeding/breastpump.html> (accessed August 2, 2018).
191. Infant Risk Center. MommyMeds. 2018. Available at mommymeds.com (accessed August 7, 2018).
192. De Bortoli J, Amir LH. Is onset of lactation delayed in women with diabetes in pregnancy? A systematic review. *Diabet Med* 2016;33:17–24.
193. Nommsen-Rivers LA. Does insulin explain the relation between maternal obesity and poor lactation outcomes? An overview of the literature. *Adv Nutr* 2016;7:407–414.
194. Riddle SW, Nommsen-Rivers LA. Low milk supply and the pediatrician. *Curr Opin Pediatr* 2017;29:249–256.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Des révisions fondées sur des données scientifiques sont faites au bout de cinq ans, ou plus rapidement s'il y a des modifications significatives des connaissances. La précédente version de ce protocole avait été écrite par Barbara L Philipp.

Comité des Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine :

Michal Young, MD, FABM, Chairperson
 Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson
 Sarah Calhoun, MD
 Sarah Dodd, MD
 Megan Elliott-Rudder, MD
 Susan Lappin, MD
 Ilse Larson, MD
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Kathleen A. Marinelli, MD, FABM
 Nicole Marshall, MD
 Katrina Mitchell, MD
 Sarah Reece-Stremtan, MD
 Casey Rosen-Carole, MD, MPH, MSED
 Susan Rothenberg, MD
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Adora Wonodi, MD