

Protocole clinique n° 2 – Recommandations pour la sortie de maternité du nourrisson né à terme et allaité et de sa mère.

« Protocole du Retour au Domicile ».

ABM Clinical Protocol #2 : Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. Adrienne E. Hoyt-Austin¹, Laura R. Kair¹, Ilse A. Larson², Elizabeth K. Stehel³, and the Academy of Breastfeeding Medicine. Breastfeed Med 2022 ; 17(3) : 197-206.

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 pouvant 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. L'Academy of Breastfeeding Medicine reconnaît que toutes les personnes allaitantes ne s'identifient pas comme de sexe féminin. Toutefois, utiliser un langage inclusif sur le plan du genre n'est pas possible dans toutes les langues, dans tous les pays et pour tous les lecteurs. La position de l'Academy of Breastfeeding Medicine (<https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2202-declaration-de-principe-et-recommandations-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine-sur-genre-et-vocabulaire>) est d'interpréter les protocoles cliniques dans le cadre de l'inclusivité pour toutes les personnes allaitantes, nourrissant sur la poitrine et nourrissant avec du lait humain.

Introduction

La préparation à la sortie de maternité, ainsi qu'un planning de transition claire pendant l'hospitalisation après l'accouchement, sont recommandés dans le cadre des pratiques optimales du post-partum et des soins néonataux, et sont des composants essentiels d'un programme complet pour améliorer les pratiques d'allaitement et abaisser la mortalité (1, 2). Globalement, environ 300 000 femmes meurent tous les ans pendant l'accouchement ou dans les semaines qui suivent (211 pour 100 000 naissances), et le risque de mortalité pendant l'accouchement est estimé à 1 pour 190 personnes (3). Concernant les nouveau-nés de < 28 jours, le taux de mortalité est de 17 pour 1 000 naissances (1 700 pour 100 000), et il représente l'essentiel de la mortalité chez les moins de 5 ans (4). Les nouveau-nés ont un risque élevé de problèmes médicaux précoces ; globalement, 75 % des décès chez les nouveau-nés surviennent pendant la 1^{re} semaine post-partum (5).

L'allaitement exclusif abaisse la mortalité néonatale, en particulier dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (6-8). Les pratiques favorisant l'allaitement comme la mise en peau à peau n'augmentent pas le taux de décès infantiles pendant la 1^{re} semaine. Toutefois, il existe une controverse concernant le fait de déconseiller aux mères de s'endormir pendant qu'elles ont leur nouveau-né en peau à peau (9). Dans de nombreux pays développés, les inégalités en matière de santé induites par le racisme structurel et d'autres formes de discrimination contribuent grandement à des conséquences négatives chez la mère et le nouveau-né. Les taux de mortalité maternelle et néonatale sont plus élevés chez les personnes d'origine africaine aux États-Unis et chez les personnes autochtones en Australie (10-12). Une évaluation appropriée du nouveau-né et de sa mère pendant et après la naissance est importante pour abaisser le risque d'un impact négatif et pour assurer le succès de l'allaitement à long terme (13).

Dans le monde, les naissances peuvent survenir en milieu hospitalier et en dehors de ce milieu. Certaines des considérations de ce protocole peuvent être pertinentes (comme les facteurs de risque de difficultés de l'allaitement, de perte de poids et d'ictère) dans tous les lieux d'accouchement, mais d'autres pourront ne pas l'être pour les naissances survenant hors milieu hospitalier. Bien que ce protocole se focalise sur la préparation à la sortie du point de vue de la sécurité du nourrisson et de la capacité à allaiter, nous devons également considérer la santé physique et mentale de la mère, avec pour objectif de minimiser les séparations mère-enfant. Davantage d'informations sur de bonnes conditions de sortie de maternité pour la mère peuvent être trouvées auprès de l'OMS (WHO) et des National Institute for Health and Care Excellence UK guidelines (1, 14). Les recommandations ci-dessous sont applicables aux nouveau-nés à terme allaités. Les informations concernant la sortie des nouveau-nés admis en néonatalogie sont disponibles dans le protocole de l'ABM #12, celles sur les soins pour les prématurés légers et les enfants à terme précoce dans le protocole de l'ABM #10, et celles sur les règlements en maternité dans le protocole de l'ABM #7 (15-17).

1. Department of Pediatrics, University of California Davis Medical Center, Sacramento, California, USA.

2. Department of Pediatrics, University of California San Francisco, San Francisco, California, USA.

3. Department of Pediatrics, University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas, USA.

Recommandations

Pour chaque recommandation, la qualité des preuves (niveau de qualité 1, 2 et 3) et la force de la recommandation (A, B et C) sont notées selon les définitions de la Strengthen of recommendation taxonomy criteria (18). Ces recommandations sont résumées dans la Table 1.

Soutien à l'allaitement en milieu hospitalier

1. Le soutien à l'allaitement devrait être continu dès l'admission pour la naissance, et les dyades devraient être mises en contact avec d'autres sources de soutien après l'hospitalisation (2, 19-24).

L'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) soutient les pratiques hospitalières et les procédures énoncées par l'OMS et les 10 Conditions pour le succès de l'allaitement de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé de l'UNICEF (2). Le soutien pendant l'hospitalisation devrait être prodigué par un professionnel de santé formé au suivi de l'allaitement (25-26). L'évaluation habituelle devrait inclure l'évaluation de la position du bébé et de sa prise du sein, en évaluant avec attention les déglutitions audibles comme un signe de transfert du lait, le poids du nouveau-né, l'existence d'un ictère et les paramètres d'élimination (fréquence, couleur et volume des selles, présence de cristaux d'urate). Les conseils devraient inclure une démonstration pratique de la prise du sein et de l'expression du lait (27-28). Dans les situations où le séjour en maternité peut durer jusqu'à une semaine, l'évaluation des tétées pourra être poursuivie jusqu'à ce que l'allaitement soit bien établi, et sa fréquence pourra ensuite être abaissée. *Qualité des preuves : 1-3. Force de la recommandation : A.*

Facteurs de risque d'arrêt précoce de l'allaitement

2. Tous les problèmes tels que les mamelons douloureux, l'incapacité à exprimer du lait, la perception d'une production lactée inadéquate ou toute perception de la nécessité d'un supplément, devraient être rapidement évalués et traités (19, 28-29).

Dans les pays où la sortie de maternité survient habituellement 1,5 à 2 jours après un accouchement vaginal et 2 à 4 jours après une césarienne, des points importants doivent être pris en compte (30). Le poids du nouveau-né et le percentile ou le pourcentage de perte de poids doivent être évalués. La fréquence des évaluations dépend du moment prévu pour la sortie et des recommandations nationales (30). La sortie pourra devoir être retardée si la perte de poids du nouveau-né est plus élevée qu'attendu, et si un planning sûr et viable de suivi et d'alimentation n'est pas faisable.

Qualité des preuves : 2, 3. Force de la recommandation : B.

3. La dyade allaitante bénéficiera d'une approche centrée sur la famille pour le don d'informations sur l'allaitement, qui se focalise sur l'amélioration du soutien à l'allaitement de la mère, du père/partenaire et de la famille étendue.

On a démontré que cette approche améliorerait les pratiques d'allaitement à 6 mois (31-35). L'anticipation des problèmes d'allaitement devrait prendre en compte les facteurs de risque maternels et infantiles, abordés dans le protocole #7 de l'ABM sur les règlements en maternité et le protocole #3 de l'ABM sur le don de suppléments (17, 36).

Qualité des preuves : 1, 2. Force de la recommandation : B.

4. Dans les communautés où les taux d'allaitement sont sub-optimaux en raison des inégalités en matière de santé, incluant le racisme structurel et le sectarisme, il est important d'intervenir à de multiples niveaux en utilisant des approches intégratives pour mieux soutenir la santé maternelle et infantile dans le cadre de l'allaitement (11, 12, 37, 38).

Les approches intégratives incluent la communication culturellement appropriée, l'amélioration de l'accès aux soins, la continuité des soins et l'incorporation de la santé maternelle dans le cadre du conseil concernant les intentions en matière d'allaitement, d'exclusivité et de durée. Les personnes rencontrant des obstacles complexes à l'allaitement devraient bénéficier d'une approche intégrative, les stratégies globales devant remplacer les interventions désordonnées qui échouent à répondre aux besoins sociaux et psychologiques. Ces stratégies devraient fonctionner sans heurts dans la société et au sein des institutions au niveau individuel, interpersonnel, communautaire, des règlements et des macrosystèmes, en prenant également en compte le contexte socio-historique (34).

Qualité des preuves : 2. Force de la recommandation : B.

5. *Tous les problèmes en rapport avec l'allaitement, constatés par les équipes soignantes ou abordés par la mère, devraient être gérés par un(e) consultant(e) en lactation, un(e) conseiller(ère) ou un professionnel de santé compétent dans le domaine du suivi clinique de la lactation avant la sortie de la mère et du nouveau-né (39, 40).*

Il existe de multiples facteurs de risque d'arrêt précoce de l'allaitement, incluant la perception d'une production lactée insuffisante, la séparation de la dyade après l'accouchement, un accouchement vaginal instrumental, un accouchement par césarienne, le tabagisme maternel, la consommation maternelle de drogues, le manque de soutien par la famille ou par les soignants, les violences du partenaire, la jeunesse de la mère, un faible niveau de scolarité, l'absence de congés payés de maternité et la reprise du travail par la mère (41-46).

Il y a divers facteurs de risque de montée de lait retardée (stade II de la lactogénèse > 72 heures post-partum), incluant le diabète maternel, la consommation d'alcool pendant la grossesse, un score ≥ 10 à l'échelle d'évaluation de la dépression d'Edimbourg et un âge maternel avancé (47, 48). Les femmes qui expérimentent (ou qui sont à risque pour) une montée de lait tardive ont un risque plus élevé d'arrêt précoce de l'allaitement (49). Les femmes en surpoids (ILC ≥ 25 kg/m²) ou obèses (IMC ≥ 30 kg/m²) sont moins nombreuses à commencer à allaiter, à allaiter exclusivement, et ont un risque plus élevé d'arrêt précoce de l'allaitement (19, 50-56).

Les facteurs de risque d'arrêt précoce de l'allaitement en rapport avec le nourrisson incluent l'ankyloglossie, les anomalies anatomiques de l'oropharynx, l'hypotonie, la prématurité et d'autres conditions qui devraient être prises en compte individuellement, et un planning spécifique de soutien devrait être préparé avant la sortie. L'ankyloglossie est discutée plus en détail dans la déclaration de principe de l'ABM sur le sujet (57).

Qualité des preuves : 1-3. Force de la recommandation : B.

Risques d'une sortie précoce

6. *La possibilité d'une sortie précoce devrait être soigneusement évaluée pour les nouveau-nés exclusivement allaités dans la mesure où il existe un risque de réhospitalisation en raison d'une hyperbilirubinémie et d'une déshydratation (58-61).*

Une plus longue durée d'hospitalisation et une médicalisation de l'alimentation du nouveau-né ne sont pas forcément corrélées à un meilleur déroulement de l'allaitement (62-64). La durée minimale de l'hospitalisation du nouveau-né et de sa mère devrait être de 24 heures après la naissance (13, 65, 66). Dans les structures qui permettent une sortie plus rapide, des mesures devraient être prises afin d'assurer un suivi adéquat. Avant la sortie, il est important de s'assurer que la mère et l'enfant sont cliniquement stables. L'enfant devrait avoir reçu les interventions et les dépistages recommandés à l'échelle locale ou nationale (comme l'administration de vitamine K, la vaccination contre l'hépatite B, l'administration oculaire d'érythromycine et le démarrage de la supplémentation en vitamine D). D'autres points à évaluer sont la gestion de la douleur maternelle, le succès du démarrage de l'allaitement, le don de conseils pratiques et cohérents de la part de tous les cliniciens (tels que médecin, sage-femme, praticien en soins avancés, infirmière, consultant(e) en lactation) à toute la famille, et si un soutien professionnel est disponible après la sortie (67). La sortie devrait être retardée jusqu'à ce que ces points soient pris en compte et qu'un suivi soit organisé.

Qualité des preuves : 1-3. Force de la recommandation : B.

Prise en compte de la perte de poids du nouveau-né

7. *Lorsque le don de suppléments est médicalement indiqué, le fait de donner ces suppléments avec une méthode alternative d'alimentation (comme la seringue, la tasse, etc.) plutôt qu'avec un biberon protège l'allaitement exclusif ou partiel, et devrait être pratiqué chez les nourrissons à terme (2, 68, 69).*

Chez le nouveau-né à terme, une perte de poids excessive (par exemple > 75^e percentile sur le Newborn Early Weight Loss Tool, ou > 10% du poids de naissance) ou < 1 émission d'urines ou de selles par jour, devrait amener à une évaluation rapide et soignée de l'allaitement (70). De nombreux nouveau-nés, mais pas tous, reprennent leur poids de naissance entre 7 et 14 jours après l'accouchement. La rapidité de la reprise du poids de naissance est fonction du mode d'accouchement (voie basse ou césarienne). Certains nouveau-nés reprennent leur poids de naissance à > 14 jours, en particulier s'ils sont nés par césarienne (71, 72). La supplémentation pour des raisons médicales se fera par ordre de préférence avec : du lait maternel, du lait humain provenant de donneuses si le lait maternel n'est pas disponible, ou une préparation pour nourrissons si du lait humain n'est pas disponible, comme décrit dans le protocole #3 de l'ABM (36).

Qualité des preuves : 1,2. Force de la recommandation : A.

Importance des soins fondés sur la dyade

8. *Si la mère est médicalement prête pour sortir de maternité mais que le nouveau-né ne l'est pas ou vive versa, le nouveau-né et la mère devraient continuer à cohabiter 24 heures sur 24 pour faciliter l'allaitement et optimiser la santé de la dyade allaitante. La mère devrait être encouragée à passer autant de temps que possible avec le nouveau-né hospitalisé, à l'allaiter régulièrement, à pratiquer le portage kangourou, et on devrait lui apprendre comment exprimer son lait afin qu'il puisse être donné au nouveau-né hospitalisé en cas de séparation (19-21, 23).*

Veiller à ce que la mère ait accès à un tire-lait ou qu'elle sache comment tirer son lait manuellement si un tire-lait n'est pas disponible, et que des informations de qualité élevée concernant le tire-lait lui soient données (73). On devrait programmer le prêt d'un tire-lait à utiliser au domicile si la mère n'y a pas accès par ailleurs. S'il y a une quelconque difficulté pour exprimer le lait et/ou des problèmes avec la production lactée, il sera indiqué de référer la mère à un(e) consultant(e) en lactation et/ou à un médecin compétent dans la gestion de l'allaitement.

Tous les hôpitaux et les structures de naissance devraient développer un règlement pour soutenir les parents allaitants et leurs nourrissons hospitalisés comme souligné dans le protocole #35 de l'ABM (69). Les données concernant la fourniture de tire-lait pendant ou après l'hospitalisation aux dyades mère-enfant non séparées et son impact sur le taux d'allaitement exclusif ne sont pas concluantes (74, 75).

Qualité des preuves : 1,2. Force de la recommandation : B.

Kit de sortie / cadeaux fournis par l'hôpital

9. *Les familles pourront bénéficier de matériel d'information approprié, scientifiquement fondé sur l'allaitement et libre de biais commerciaux pendant l'hospitalisation, au moment de la sortie et après la sortie (74, 76, 77).*

Le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel de l'OMS devrait être respecté dans les pays dans lesquels ce code a été transcrit dans la législation, ainsi que dans les structures ayant reçu le label Hôpital Ami des Bébé, et son application reste la meilleure pratique dans toutes les structures (78).

Qualité des preuves : 2. Force de la recommandation : B.

10. *Les kits de sortie contenant une préparation pour nourrissons, des sucettes ou du matériel comportant des publicités, en particulier sur les préparations pour nourrissons et les aliments pour jeunes enfants ne devraient pas être distribués et ne sont pas en accord avec le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel (78).*

Ces produits sapent le démarrage normal et la poursuite de l'allaitement, ce qui peut induire un sevrage prématuré (76, 79-82).

Qualité des preuves : 1,2. Force de la recommandation : A.

Suggestions pour des conseils préventifs

11. *Une approche centrée sur la famille et sur ce à quoi elle doit s'attendre pendant le post-partum peut soutenir la dyade allaitante, dans la mesure où le manque de soutien familial et social est un facteur de risque bien décrit d'arrêt précoce de l'allaitement (29, 45, 83-86).*

Un soutien préventif culturellement adapté dans la langue préférée de la famille devrait être discuté avant la sortie de maternité, et du matériel écrit supplémentaire devrait être fourni. Les forums en ligne et les applications mobiles recommandées ou conçues par le personnel soignant pourraient diminuer la confusion et l'exposition à des informations inadéquates (87).

Qualité des preuves : 1-3. Force de la recommandation : B.

12. *Toute mère allaitante devrait recevoir du soutien et un encadrement sur l'expression manuelle du lait pour soulager l'engorgement et obtenir du lait à donner au nouveau-né en cas de séparation mère-enfant ou si le nouveau-né est incapable de se nourrir directement au sein (2, 27, 87).*

Les points abordés à l'occasion des conseils préventifs peuvent inclure les faits auxquels il faut s'attendre et les situations potentielles nécessitant une évaluation immédiate :

- Prévention et gestion de l'engorgement.
- Interprétation des manifestations de faim du nouveau-né, alimentation fondée sur ces manifestations, et à quoi s'attendre en matière de fréquence des tétées.
- Indicateurs d'apports et d'hydratation adéquats.
- Signes d'ictère excessif.
- Sécurité du sommeil et bénéfices et risques du partage du lit parental, voir le protocole #6 de l'ABM (88).

Qualité des preuves : 2. Force de la recommandation : B.

TABLE 1. RESUME DES RECOMMANDATIONS ET FORCE DE LA TAXONOMIE DES RECOMMANDATIONS

FDLTR			FDLRT		
Recommandation	QDP	FDLR	Recommandation	QDP	FDLR
Soutien à l'allaitement en maternité Le soutien devrait se poursuivre pendant la durée de l'hospitalisation, et des contacts pour un soutien à l'allaitement après la sortie devraient être mis en place	1-3	A	Les kits de sortie contenant une préparation pour nourrissons , des sucettes ou du matériel commercial se référant aux préparations pour nourrissons et aux aliments pour nourrissons ne devraient pas être distribués. Ces produits peuvent encourager de mauvaises pratiques d'allaitement, ce qui pourra induire un sevrage prématuré	1, 2	A
Risques de sevrage précoce Tous les problèmes tels que douleurs des mamelons, incapacité à exprimer son lait, perception d'une production lactée inadéquate et toute perception de la nécessité d'un supplément doivent être rapidement évalués et gérés. La dyade allaitante devrait bénéficier d'une approche centrée sur la famille pour le don d'informations sur l'allaitement, qui se focalisera sur l'amélioration du soutien à l'allaitement apporté à la mère, au père/partenaire et à la famille. Dans les communautés où les taux d'allaitement sont sub-optimaux en raison des inégalités en matière de santé incluant le racisme dans le cadre des systèmes de santé et hors de ce cadre, il est important d'utiliser des stratégies intégratives pour mieux soutenir la santé maternelle et infantile avec l'allaitement.	2, 3	B	Suggérer le don préventif de conseils Utiliser une approche centrée sur la famille et culturellement appropriée sur ce à quoi la famille doit s'attendre en post-partum, et sur comment soutenir la mère allaitante.	1-3	B
Tous les problèmes liés à l'allaitement devraient être pris en compte et documentés par un(e) consultant(e) en lactation, un(e) conseiller(ère) ou un praticien de santé compétent en matière d'allaitement avant la sortie de la mère et de l'enfant.	1,2	B	Toutes les mères allaitantes devraient recevoir du soutien et un encadrement sur les techniques d'expression du lait pour soulager l'engorgement et obtenir du lait à donner au nouveau-né en cas de séparation ou si le nouveau-né est incapable de se nourrir directement au sein.	2	B
Risques liés à une sortie précoce de maternité Une sortie précoce devrait être évaluée avec soin chez les nourrissons exclusivement allaités, dans la mesure où il y a un risque de réadmission en raison d'une hyperbilirubinémie et d'une déshydratation.	2	B	Continuité et transitions dans le suivi de l'allaitement Un soutien coordonné et le fait de référer la mère en cas de problèmes d'allaitement susceptibles de survenir après la sortie de maternité est important pour mieux soutenir la dyade allaitante.	3	C
Considérations sur la perte de poids du nouveau-né Lorsque des suppléments sont cliniquement indiqués, donner ces suppléments à l'aide de méthodes alternatives (seringue, tasse, etc....) plutôt qu'au biberon protégera l'allaitement exclusif et partiel chez les prématurés et peut être utilisé chez les bébés à terme.	1-3	B	Nature et timing du suivi après la sortie de maternité Des soins au nouveau-né et à la personne ayant accouché sont recommandés après la naissance/après la sortie de maternité, effectués par des praticiens et/ou des visiteurs médicaux communautaires.	1-3	A
Importance des soins fondés sur la dyade La dyade allaitante ne devrait pas être séparée si possible, et la mère devrait allaiter régulièrement, pratiquer le portage kangourou, et apprendre des techniques pour exprimer son lait en cas de séparation.	1, 2	A	Le soutien à la dyade allaitante après la naissance/la sortie de maternité peut se faire soit en cabinet médical, soit à domicile, dans la mesure où l'impact de ces 2 types de suivi est similaire.	1, 2	B
Kits de sortie / cadeaux fournis par l'hôpital Les familles bénéficieront d'informations sur l'allaitement appropriées et fondées sur les preuves, dépourvues de biais commerciaux, pendant le séjour en maternité, au moment de la sortie et après cette sortie. Les produits présentant des biais commerciaux peuvent encourager de mauvaises pratiques d'allaitement et peuvent induire un sevrage prématuré.	1, 2	A	Les nouveau-nés qui sortent de maternité avant 48 heures post-partum devraient être évalués dans les 24-48 heures après leur sortie.	2, 3	C
			Suivi pour le soutien à l'allaitement après la sortie de maternité. Les familles devraient être mises en lien après la sortie avec des systèmes communautaires de soutien à l'allaitement, soutien qui peut être fait face à face ou via la télémedecine.	2, 3	B
			Les visites en cabinet médical, à domicile, par téléphone ou par vidéoconsultation avec un professionnel de la lactation et les groupes de soutien à l'allaitement de pair à pair devraient faire partie du suivi régulier, et on a démontré que cela augmentait l'exclusivité et la durée de l'allaitement de façon variable, et que cela était rentable.	1-3	B
			Le matériel d'information, incluant celui qui est prodigué via Internet ou des applications mobiles, peut également contribuer au succès de l'allaitement et peut être rentable, en particulier lorsqu'il cible des populations avec de faibles taux d'allaitement au départ.	1-3	B

FDLTR : force de la taxonomie des recommandations ; QDP : qualité des preuves ; FDLR : force de la recommandation

Continuité et transitions dans le suivi de l'allaitement

13. *En particulier, un suivi et une orientation coordonnés pour les problèmes d'allaitement qui surviennent rapidement après la sortie de maternité sont importants pour soutenir au mieux la dyade allaitante (89).*

Si le praticien qui suit la mère en maternité n'est pas le même que celui qui la suivra après la sortie, une communication coordonnée devrait être mise en place pour optimiser les soins de suivi. Voir le protocole #10 de l'ABM pour davantage de détails concernant le prématuré léger et l'enfant à terme précoce (16).

Qualité des preuves : 3. Force de la recommandation : C.

Nature et timing du suivi après l'hospitalisation en maternité

14. *Des visites en post-partum pour les deux membres de la dyade sont recommandées quelle que soit la structure où la naissance a eu lieu.*

Les visites post-natales peuvent se faire en cabinet médical ou au domicile de la patiente. Depuis 2013, les recommandations de l'OMS sur les soins post-nataux de la mère et du nouveau-né incluent une évaluation de la mère et du nouveau-né dans les 24 heures qui suivent un accouchement à domicile. Pour les accouchements vaginaux en milieu hospitalier, l'OMS recommande 24 heures d'observation après l'accouchement (90). Les visites médicales post-natales sont recommandées pour la mère et le bébé ou le nouveau-né au 3^e jour de vie (48-72 heures), à 1-2 semaines et à 6 semaines post-partum pour toutes les naissances (90). Dans les pays où la durée d'hospitalisation est plus longue, un suivi en routine peut être recommandé à divers intervalles. Un suivi post-natal à domicile par des praticiens médicaux et/ou des travailleurs médicaux communautaires est associé à une mortalité néonatale plus basse, à un taux plus élevé d'allaitement exclusif, à une augmentation du niveau maternel de satisfaction vis-à-vis du suivi post-natal, et ce suivi est rentable, en particulier dans les pays à revenus faibles ou moyens (91-96). Les visites à domicile ne se sont pas avérées rentables dans des études menées aux États-Unis (97-98).

Qualité des preuves : 1-3. Force de la recommandation : A.

15. *Dans de nombreux contextes, des visites en cabinet médical ou à domicile de la dyade allaitante peuvent être faites, dans la mesure où il ne semble pas y avoir de différence sur le plan de l'impact sur la santé pour les visites en cabinet médical versus des visites à domicile (99, 100).*

Le suivi de la personne qui a accouché peut être fait par le soignant qui a assisté à l'accouchement (par exemple obstétricien, médecin de famille ou sage-femme) ou par un médecin généraliste qui n'a pas participé à l'accouchement.

Qualité des preuves : 1, 2. Force de la recommandation : B.

16. *Les nouveau-nés qui sortent de maternité avant 48 heures de vie devraient être évalués dans les 24-48 heures suivant leur sortie (65, 66, 101).*

Dans les pays où la sortie de maternité survient couramment dans les 72 heures suivant la naissance, des rendez-vous pendant lesquels l'allaitement sera évalué devraient être programmés avant la sortie de la mère et du bébé (soit en cabinet médical, soit au domicile). Les praticiens devraient savoir que nombre de nouveau-nés qui sortent dans les 48 heures suivant la naissance pourront ne pas bénéficier du suivi précoce qui est recommandé (102, 103). Les obstacles à un suivi du nouveau-né après la sortie de maternité peuvent être une maladie maternelle, le manque de transports fiables et le manque de compréhension de l'importance du suivi du nouveau-né en bonne santé (102, 104). Les nouveau-nés qui ne sont pas vus dans les délais recommandés après leur sortie de maternité ont un taux plus élevé de réadmission à l'hôpital (105). Des méthodes innovantes de communication avec les familles tels que l'envoi de textos, un suivi via Internet ou un soutien téléphonique se sont avérées efficaces pour augmenter un suivi en temps voulu après la sortie de maternité et un meilleur soutien à l'allaitement (106-109). Dans les pays où le séjour en maternité est plus long (par exemple 5 jours), la santé du nouveau-né et l'allaitement peuvent être évalués pendant cette période. La plupart des nouveau-nés ont atteint leur pic de perte de poids et leur pic de bilirubinémie avant leur sortie. En conséquence, la première visite après la sortie peut être programmée plus tardivement (par exemple à 2 semaines post-partum).

Qualité des preuves : 2, 3. Force de la recommandation : C.

Suivi pour le soutien à l'allaitement après la sortie de maternité

17. *Les familles devraient être mises en contact après la sortie de maternité avec un soutien à l'allaitement dans leur communauté, qui peut être fait dans le cadre des services de santé, à domicile ou via la télémédecine (2, 110, 111).*

Une large gamme de types de soutien est possible et leur nature peut varier en fonction de la localisation, des ressources locales et des préférences des patientes. La poursuite de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé via l'Initiative Communauté Amie des Bébé, un système de soutien communautaire à l'allaitement de mère à mère, sont des stratégies associées à une baisse de la mortalité infantile, à une augmentation des taux d'allaitement et à une baisse du don d'aliments avant la montée de lait (112). Le soutien à domicile par une doula peut renforcer les convictions parentales et favoriser des interactions plus positives avec le système de santé (113, 114).

Qualité des preuves : 2, 3. Force de la recommandation : B.

18. Les visites de suivi avec un professionnel de la lactation en cabinet médical ou à domicile devraient faire partie du suivi régulier.

En particulier, le soutien à l'allaitement incluant des visites face à face et de fréquentes interactions peut prévenir un arrêt précoce de l'allaitement (115-117). Partout dans le monde, un soutien téléphonique proactif ou utilisant des vidéos après la sortie de maternité, prodigué par un professionnel de santé compétent dans le domaine de la lactation, est bien perçu par les familles et les praticiens, et on a démontré que ce soutien augmentait le taux d'allaitement exclusif (118-121). Des groupes de soutien à l'allaitement de pair à pair, en face à face ou en ligne, se sont avérés également efficaces pour augmenter l'exclusivité et la durée de l'allaitement, et ce soutien est financièrement rentable (122-132).

Qualité des preuves : 1-3. Force de la recommandation : B.

19. Le matériel d'information, y compris celui présent sur Internet ou sur des appareils mobiles, peut également contribuer au succès de l'allaitement et pourrait être la stratégie la plus efficace lorsqu'elle cible les populations dans lesquelles les taux d'allaitement sont bas.

Ces interventions peuvent soutenir la confiance en elle de la mère, la connexion avec les professionnels de santé, aider dans la mise au sein, et peuvent favoriser l'allaitement (134-137). Enfin, les forums de soutien en ligne et les applications mobiles sont couramment consultés par les nouveaux parents, bien que la qualité de leur contenu, le volume des documents d'information et la prise en compte de la diversité présentent d'importantes variations suivant les produits (138-145).

Qualité des preuves : 1-3. Force de la recommandation : B.

Futurs domaines de recherches

Nombre des recommandations cliniques de ce protocole sont fondées sur les preuves, mais il reste des domaines dans lesquels des recherches sont nécessaires. Les méthodes de soutien aux mères allaitantes et aux nouveau-nés pendant le séjour en maternité sont bien décrites dans la littérature médicale, dans les pratiques courantes et dans les recommandations telles que l'Initiative Hôpital Ami des Bébé de l'OMS et les 10 Conditions pour le succès de l'allaitement. Après la sortie de maternité, il est clair que toute forme de soutien à l'allaitement est corrélée avec une augmentation du taux d'allaitement exclusif et partiel. Toutefois, il y a des limites à la généralisation des résultats des études car il n'y a pas beaucoup d'études bien contrôlées sur l'impact des recommandations gouvernementales ou des politiques généralisées pour le soutien de l'allaitement après la sortie de maternité (110). De plus, il n'y a pas de méthode globale standardisée pour le suivi des femmes et des nouveau-nés après l'accouchement. Dans les endroits où un tel suivi existe, il n'est pas universellement appliqué : les soins sont variables suivant l'origine ethnique, le statut socioéconomique, le niveau de scolarité et la prise en charge financière (la personne bénéficie ou non d'une assurance). Nous recommandons d'autres études bien conçues, comme suggéré par Tiruneh et al, afin d'éclairer et de standardiser les visites post-natales à domicile et les soins aux nouveau-nés (91).

Des études bien conçues sont nécessaires concernant la télémédecine après la sortie de maternité, prenant spécifiquement en compte la sécurité et l'efficacité cliniques des soins en pédiatrie générale, obstétrique et en lactation. Des études et une collaboration à l'échelle de la communauté sont nécessaires pour mieux connaître la morbidité et la mortalité maternelle et infantile, et la mortalité pour les populations qui subissent un manque d'équité en matière de soins médicaux (10-12). Enfin, des études sont nécessaires pour évaluer l'impact à long terme des pandémies, des épidémies et des catastrophes naturelles sur le déroulement de la naissance, le séjour en maternité et le retour au domicile.

Informations sur le financement

Le travail du Dr Hoyt-Austin a été soutenu par le programme Quality, Safety, and Comparative Effectiveness Research Training in Primary Care (QSCERT-PC), financement HRSA T32HP30037. Le travail des Drs Hoyt-

Austin et Kair est également soutenu par le National Center for Advancing Translational Sciences, le National Institute of Health, via le financement numéro UL1 TR001860. Le travail du Dr. Kair a également été soutenu par un prix accordé par le Building Interdisciplinary Research Careers in Women's Health (K12 HD051958) financé par le National Institute of Child Health and Human Development (NICHD), l'Office of Research on Women's Health, l'Office of Dietary Supplements, et le National Institute of Aging.

Déclarations de conflits d'intérêts

Il n'existe aucun conflit d'intérêt. Le contenu est publié sous la responsabilité des auteurs et ne représente pas nécessairement le point de vue officiel du NIH.

Références

1. WHO Safe Childbirth Checklist Collaboration Evaluation Report. Geneva, 2017. Available at <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259953/9789241511490-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Implementation Guidance: Protecting, Promoting and Supporting Breastfeeding in Facilities Providing Maternity and Newborn Services—the Revised Baby-Friendly Hospital Initiative. Geneva: World Health Organization, 2018. Available at <http://apps.who.int/bookorders>
3. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva, 2019. Available at <http://apps.who.int/bookorders>
4. Sharrow D, Hug L, Liu Y, et al. Levels & Trends in Child Mortality: Estimates Developed by the United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. New York, New York, 2020. Available at: <https://www.unicef.org/media/79371/file/UN-IGME-child-mortality-report-2020.pdf.pdf>
5. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? *Lancet* 2005;365:891–900.
6. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;1–186.
7. Edmond K, Newton S, Hurt L, et al. Timing of initiation, patterns of breastfeeding, and infant survival: Prospective analysis of pooled data from three randomised trials. *Lancet Glob Health* 2016;4:266–275.
8. Liang LD, Kotadia N, English L, et al. Predictors of mortality in neonates and infants hospitalized with sepsis or serious infections in developing countries: a systematic review. *Front Pediatr* 2018;6:277.
9. Bartick M, Boisvert ME, Philipp BL, et al. Trends in breastfeeding interventions, skin-to-skin care, and sudden infant death in the first 6 days after birth. *J Pediatr* 2020;218:11–15.
10. Greenwood BN, Hardeman RR, Huang L, et al. Physician-patient racial concordance and disparities in birthing mortality for newborns. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2020;117:21194–21200.
11. Sivertsen N, Anikeeva O, Deverix J, et al. Aboriginal and Torres Strait Islander family access to continuity of health care services in the first 1000 days of life: A systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res* 2020;20.
12. Chen L, Xiao L, Auger N, et al. Disparities and trends in birth outcomes, perinatal and infant mortality in Aboriginal vs. non-aboriginal populations: A population-based study in Quebec, Canada 1996–2010. *PLoS One* 2015;10:e0138562.
13. Feldman-Winter L, Kellams A, Peter-Wohl S, et al. Evidence-based updates on the first week of exclusive breastfeeding among infants ≥ 35 weeks. *Pediatrics* 2020;145:e20183696.
14. National Institute for Health and Clinical Excellence. Intrapartum care for healthy women and babies: Clinical Guideline. *Nice* 2017;1–90. Available at <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190>
15. Noble LM, Okogbule-Wonodi AC, Young MA, et al. ABM clinical protocol #12: Transitioning the breastfed-preterm infant from the neonatal intensive care unit to home, revised 2018. *Breastfeed Med* 2018;13:230–236. www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1049-12-transition-entre-le-service-de-maternite-et-le-retour-au-domicile-pour-le-premature-allaitenourri-au-lait-maternel
16. 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. www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1047-1-allaitement-du-premature-leger-et-des-enfants-a-terme-precoce
17. Hernández-Aguilar MT, Bartick M, Schreck P, et al. ABM clinical protocol #7: Model maternity policy supportive of breastfeeding. *Breastfeed Med* 2018;13:559–575. www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1018-7-modele-de-reglement-concernant-lallaitement

18. Ebell MH, Siwek J, Weiss BD, et al. Strength of recommendation taxonomy (SORT): A patient-centered approach to grading evidence in the medical literature—American family physician. Vol 69; 2004. Available at: www.aafp.org/afp.
19. Gubler T, Krähenmann F, Roos M, et al. Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: A Swiss university hospital observational study. *J Perinat Med* 2013;41:331–339.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. Cottrell BH, Detman LA. Breastfeeding concerns and experiences of African American mothers. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2013;38:297–304.
24. Yotebieng M, Labbok M, Soeters HM, et al. Ten steps to successful breastfeeding programme to promote early initiation and exclusive breastfeeding in DR congo: A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal* 2015;3:e546–e555.
25. WHO/UNICEF. Ensuring competency of direct care providers to implement the baby-friendly hospital initiative. 2020:1–40. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008854>
26. World Health Organization and the United Nations Children’s Fund (UNICEF). BFHI-Training-Course-for-Maternity-Staff. 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008915>
27. Hennessy M, Byrne M, Laws R, et al. “They just need to come down a little bit to your level”: A qualitative study of parents’ views and experiences of early life interventions to promote healthy growth and associated behaviours. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17:3605.
28. Witt AM, Bolman M, Kredit S. Mothers value and utilize early outpatient education on breast massage and hand expression in their self-management of engorgement. *Breastfeed Med* 2016;11:433–439.
29. Yilmaz E, Dogă Öcal F, Vural Yilmaz Z, et al. Early initiation and exclusive breastfeeding: Factors influencing the attitudes of mothers who gave birth in a baby-friendly hospital. *Turk J Obs Gynecol* 2017;14:1–9.
30. Kilpatrick Lu-Ann Macones, George A. SJP, ed. Guidelines for Perinatal Care, 8th Edition. Elk Grove Village, IL; Washington, DC: American Academy of Pediatrics; The American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017.
31. Ke J, Ouyang YQ, Redding SR. Family-centered breastfeeding education to promote primiparas’ exclusive breastfeeding in China. *J Hum Lact* 2018;34:365–378.
32. Fu I, Fong D, Heys M, et al. Professional breastfeeding support for first-time mothers: A multicentre cluster randomised controlled trial. *BJOG* 2014;121:1673–1683.
33. Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice—Results of a quasi-experimental study. *Matern Child Nutr* 2019;15(Suppl 1).
34. Martin SL, McCann JK, Gascoigne E, et al. Mixed-methods systematic review of behavioral interventions in low- and middle-income countries to increase family support for maternal, infant, and young child nutrition during the first 1000 days. *Curr Dev Nutr* 2020;4:nzaa085.
35. Zhu Y, Zhang Z, Ling Y, et al. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. *Women Birth* 2017;30:146–152.
36. 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. www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1020-3-recommandations-pour-le-don-de-complements-en-maternite
37. Johnson A, Kirk R, Rosenblum KL, et al. Enhancing breastfeeding rates among African American women: A systematic review of current psychosocial interventions. *Breastfeed Med* 2015;10:45–62.
38. Morrow AL, McClain J, Conrey SC, et al. Breastfeeding disparities and their mediators in an urban birth cohort of black and white mothers. *Breastfeed Med* 2021;16:452–462.
39. Patel S, Patel S. The effectiveness of lactation consultants and lactation counselors on breastfeeding outcomes. *J Hum Lact* 2016;32:530–541.
40. McFadden A, Siebelt L, Marshall JL, et al. Counselling interventions to enable women to initiate and continue breastfeeding: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2019;14:42.
41. Wachman EM, Byun J, Philipp BL. Breastfeeding rates among mothers of infants with neonatal abstinence syndrome. *Breastfeed Med* 2010;5:159–164.
42. Coy KC, Haight SC, Anstey E, et al. Postpartum marijuana use, perceptions of safety, and breastfeeding initiation and duration: an analysis of PRAMS data from seven states, 2017. *J Hum Lact* 2021;37:803–812.

43. Zitkute V, Snieckuviene V, Zakareviciene J, et al. Reasons for breastfeeding cessation in the first year after childbirth in Lithuania: A prospective cohort study. *Medicina* 2020;56:226.
44. Ogbo FA, Eastwood J, Page A, et al. Prevalence and determinants of cessation of exclusive breastfeeding in the early postnatal period in Sydney, Australia. *Int Breastfeed J* 2017;12.
45. Mangrio E, Persson K, Bramhagen A-C. Sociodemographic, physical, mental and social factors in the cessation of breastfeeding before 6 months: A systematic review. *Scand J Caring Sci* 2018;32:451–465.
46. Gianni ML, Bettinelli ME, Manfra P, et al. Breastfeeding difficulties and risk for early breastfeeding cessation. *Nutrients* 2019;11:2266.
47. 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.
48. Rocha BO, Machado MP, Bastos LL, et al. Risk factors for delayed onset of lactogenesis II among primiparous mothers from a Brazilian baby-friendly hospital. *J Hum Lact* 2020;36:146–156.
49. Brownell E, Howard CR, Lawrence RA, et al. Delayed onset lactogenesis II predicts the cessation of any or exclusive breastfeeding. *J Pediatr* 2012;161:608–614.
50. Preusting I, Brumley J, Odibo L, et al. Obesity as a predictor of delayed lactogenesis II. *J Hum Lact* 2017;33:684–691.
51. Garcia AH, Voortman T, Baena CP, et al. Maternal weight status, diet, and supplement use as determinants of breastfeeding and complementary feeding: A systematic review and meta-analysis. *Nutr Rev* 2016;74:490–516.
52. Marchi J, Berg M, Dencker A, et al. Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: A systematic review of reviews. *Obes Rev* 2015;16:621–638.
53. Turcksin R, Bel S, Galjaard S, et al. Maternal obesity and breastfeeding intention, initiation, intensity and duration: A systematic review. *Matern Child Nutr* 2014;10:166–183.
54. Fair FJ, Ford GL, Soltani H. Interventions for supporting the initiation and continuation of breastfeeding among women who are overweight or obese. *Cochrane Database Syst Rev* 2019;9:CD012099.
55. Lepe M, Bacardí Gascón M, Castañeda-González LM, et al. Effect of maternal obesity on lactation: Systematic review. *Nutr Hosp* 2011;26:1266–1269.
56. Amir LH, Donath S. A systematic review of maternal obesity and breastfeeding intention, initiation and duration. *BMC Pregnancy Childbirth* 2007;7:9.
57. LeFort Y, Evans A, Livingstone V, et al. Academy of breastfeeding medicine position statement on ankyloglossia in breastfeeding dyads. *Breastfeed Med* 2021;16:278–281. www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2187-declaration-de-principe-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine-sur-l-ankyloglossie-chez-les-dyades-allaitantes
58. Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, et al. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics* 2015;135:314–321.
59. Jones E, Taylor B, Rudge G, et al. Hospitalisation after birth of infants: Cross sectional analysis of potentially avoidable admissions across England using hospital episode statistics. *BMC Pediatr* 2018;18:390.
60. Flaherman V, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Health care utilization in the first month after birth and its relationship to newborn weight loss and method of feeding. *Acad Pediatr* 2018;18:677–684.
61. Blumovich A, Mangel L, Yochpaz S, et al. Risk factors for readmission for phototherapy due to jaundice in healthy newborns: A retrospective, observational study. *BMC Pediatr* 2020;20:248.
62. Knudsen RK, Kruse AR, Lou S. Parents' experiences of early discharge after a planned caesarean section: A qualitative interpretive study. *Midwifery* 2020;86:102706.
63. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women Birth* 2017;30:e281–e291.
64. Jones E, Taylor B, MacArthur C, et al. Early postnatal discharge for infants: A meta-analysis. *Pediatrics* 2020;146:e20193365.
65. Benitz WE, Watterberg KL, Aucott S, et al. Committee on Fetus and Newborn, American Academy of Pediatrics. Hospital stay for healthy term newborn infants. *Pediatrics* 2015;135:948–953.
66. Lemyre B, Jefferies AL, O'Flaherty P. Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatr Child Health* 2018;23:515–531.
67. James L, Sweet L, Donnellan-Fernandez R. Breastfeeding initiation and support: A literature review of what women value and the impact of early discharge. *Women Birth* 2017;30:87–99.
68. McKinney CM, Glass RP, Coffey P, et al. Feeding neonates by cup: A systematic review of the literature. *Matern Child Health J* 2016;20:1620–1633.
69. Bartick M, Hernández-Aguilar M, Wight N, et al. ABM clinical protocol #35: Supporting breastfeeding during maternal or child hospitalization. *Breastfeed Med* 2021;16:664–674. www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/2204-soutenir-l-allaitement-pendant-une-hospitalisation-maternelle-ou-infantile

70. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics* 2015;135:e16–e23.
71. Paul IM, Schaefer EW, Miller JR, et al. Weight change nomograms for the first month after birth. *Pediatrics* 2016;138:e20162625.
72. Wilbaux M, Kasser S, Gromann J, et al. Personalized weight change prediction in the first week of life. *Clin Nutr* 2019;38:689–696.
73. Chen PG, Johnson LW, Rosenthal MS. Sources of education about breastfeeding and breast pump use: What effect do they have on breastfeeding duration? An analysis of the Infant Feeding Practices Survey II. *Matern Child Health J* 2012;16:1421–1430.
74. Bai Y, Wunderlich SM, Kashdan R. Alternative hospital gift bags and breastfeeding exclusivity. *ISRN Nutr* 2013;2013:560810.
75. Fewtrell M, Kennedy K, Lukyanova O, et al. Short-term efficacy of two breast pumps and impact on breastfeeding outcomes at 6 months in exclusively breastfeeding mothers: A randomised trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12779.
76. Sadacharan R, Grossman X, Matlak S, et al. Hospital discharge bags and breastfeeding at 6 months: Data from the infant feeding practices study II. *J Hum Lact* 2014;30:73–79.
77. Waite WM, Christakis D. The impact of mailed samples of infant formula on breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2016;11:21–25.
78. WHO/UNICEF. Marketing of Breast Milk Substitutes: National Implementation of the International Code, Status Report 2020. Geneva: World Health Organization, 2020. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240006010>.
79. Hermanson Å, Åstrand LL. The effects of early pacifier use on breastfeeding: A randomised controlled trial. *Women Birth* 2019.
80. Manhire KM, Williams SM, Tipene-Leach D, et al. Predictors of breastfeeding duration in a predominantly Māori population in New Zealand. *BMC Pediatr* 2018;18:299.
81. Mauch CE, Scott JA, Magarey AM, et al. Predictors of and reasons for pacifier use in first-time mothers: An observational study. *BMC Pediatr* 2012;12:7.
82. 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.
83. Nilsson IMS, Kronborg H, Rahbek K, et al. The significance of early breastfeeding experiences on breastfeeding self-efficacy one week postpartum. *Matern Child Nutr* 2020;16.
84. Feenstra MM, Nilsson I, Danbjørg DB. ‘Dad - a practical guy in the shadow’: Fathers’ experiences of their paternal role as a father during early discharge after birth and readmission of their newborns. *Sex Reprod Healthc* 2018;15:62–68.
85. Houghtaling B, Byker Shanks C, Jenkins M. Likelihood of breastfeeding within the USDA’s food and nutrition service special supplemental nutrition program for women, infants, and children population: A systematic review of the literature. *J Hum Lact* 2017;33:83–97.
86. Ogbo FA, Akombi BJ, Ahmed KY, et al. Breastfeeding in the community - How can partners/fathers help? A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17.
87. Orbatu D, Karaca SY, Alaygut D, et al. Educational features of Youtube videos depicting breastfeeding: quality, utility, and reliability analysis. *Breastfeed Med* 2021;16:635–639.
88. Blair PS, Ball HL, McKenna JJ, et al. Bedsharing and breastfeeding: The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol #6, revision 2019. *Breastfeed Med* 2020;15:5–16. www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1023-6-recommandation-sur-le-sommeil-partage-et-lallaitement
89. McLelland G, Hall H, Gilmour C, et al. Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery* 2015;31:e1–e6.
90. WHO Recommendations on: Postnatal Care of the Mother and Newborn. Geneva: World Health Organization; 2013. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/
91. Tiruneh GT, Shiferaw CB, Worku A. Effectiveness and cost-effectiveness of home-based postpartum care on neonatal mortality and exclusive breastfeeding practice in low-and-middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:507.
92. Zhao P, Han X, You L, et al. Effect of basic public health service project on neonatal health services and neonatal mortality in China: A longitudinal time-series study. *BMJ Open* 2020;10.
93. Olson T, Bowen A, Smith-Fehr J, et al. Going home with baby: Innovative and comprehensive support for new mothers. *Prim Heal Care Res Dev* 2018;20.

94. Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, et al. A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: The Nurses for Infants through Teaching and Assessment after the Nursery (NITTANY) study. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2012;166:263–270.
95. Janmohamed A, Sohani N, Lassi ZS, et al. The effects of community home visit and peer group nutrition intervention delivery platforms on nutrition outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and metaanalysis. *Nutrients* 2020;12.
96. Lassi ZS, Kedzior SGE, Bhutta ZA. Community-based maternal and newborn educational care packages for improving neonatal health and survival in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2019; 2019.
97. Escobar G, Braveman P, Ackerson L, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. *Pediatrics* 2001;108:719–727.
98. Lieu TA, Braveman PA, Escobar GJ, et al. A randomized comparison of home and clinic follow-up visits after early postpartum hospital discharge. *Pediatrics* 2000;105:1058–1065.
99. Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, et al. Schedules for home visits in the early postpartum period. *Cochrane database Syst Rev* 2017;8:CD009326.
100. Verpe H, Kjellevoid M, Moe V, et al. Early postpartum discharge: Maternal depression, breastfeeding habits and different follow-up strategies. *Scand J Caring Sci* 2019;33:85–92.
101. Jing L, Bethancourt C-N, McDonagh T. Assessing infant and maternal readiness for newborn discharge. *Curr Opin Pediatr* 2017;29:598–605.
102. Milambo JPM, Cho K, Okwundu C, et al. Newborn follow-up after discharge from a tertiary care hospital in the Western Cape region of South Africa: A prospective observational cohort study. *Glob Heal Res Policy* 2018;3.
103. Kaplan M, Zimmerman D, Shoob H, et al. Post-discharge neonatal hyperbilirubinemia surveillance. *Acta Paediatr* 2020;109:923–929.
104. Goyal NK, Hall ES, Kahn RS, et al. Care coordination associated with improved timing of newborn primary care visits. *Matern Child Health J* 2016;20:1923–1932.
105. Shakib J, Buchi K, Smith E, et al. Timing of initial well-child visit and readmissions of newborns. *Pediatrics* 2015;135:469–474.
106. Hannan J, Brooten D, Page T, et al. Low-income first-time mothers: effects of APN follow-up using mobile technology on maternal and infant outcomes. *Glob Pediatr Heal* 2016;3:2333794X1666023.
107. Ahmed AH, Roumani AM, Szucs K, et al. The effect of interactive web-based monitoring on breastfeeding exclusivity, intensity, and duration in healthy, term infants after hospital discharge. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2016;45:143–154.
108. Grylka-Baeschlin S, Iglesias C, Erdin R, et al. Evaluation of a midwifery network to guarantee outpatient postpartum care: A mixed methods study. *BMC Health Serv Res* 2020;20.
109. Odendaal WA, Anstey Watkins J, Leon N, et al. Health workers' perceptions and experiences of using mHealth technologies to deliver primary healthcare services: A qualitative evidence synthesis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;2020.
110. Patnode CD, Henninger ML, Senger CA, et al. Primary care interventions to support breastfeeding: Updated evidence report and systematic review for the US preventive services task force. *JAMA* 2016;316:1694–1705.
111. National Institute for Health and Care Excellence. Postnatal Care (NICE Guideline 194). 2021. www.nice.org.uk/guidance/ng194
112. Kavle JA, Ahoya B, Kiige L, et al. Baby-friendly community initiative - From national guidelines to implementation: A multisectoral platform for improving infant and young child feeding practices and integrated health services. *Matern Child Nutr* 2019;15(Suppl 1).
113. Munns A, Watts R, Hegney D, et al. Effectiveness and experiences of families and support workers participating in peer-led parenting support programs delivered as home visiting programs: A comprehensive systematic review. *JBIC Database Syst Rev Implement Rep* 2016;14:167–208.
114. K Åks P, Målvist M. Peer support for disadvantaged parents: A narrative review of strategies used in home visiting health interventions in high-income countries. *BMC Health Serv Res* 2020;20:1–15.
115. McFadden A, Gavine A, Renfrew MJ, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;2:CD001141.
116. Kimani-Murage EW, Griffiths PL, Wekesah FM, et al. Effectiveness of home-based nutritional counselling and support on exclusive breastfeeding in urban poor settings in Nairobi: A cluster randomized controlled trial. *Global Health* 2017;13.
117. Cheng LY, Wang X, Mo PK. The effect of home-based intervention with professional support on promoting breastfeeding: A systematic review. *Int J Public Health* 2019;64:999–1014.
118. Uscher-Pines L, Ghosh-Dastidar B, Bogen DL, et al. Feasibility and effectiveness of telelactation among rural breastfeeding women. *Acad Pediatr* 2019;20:652–659.

119. Puharić D, Malički M, Borovac JA, et al. The effect of a combined intervention on exclusive breastfeeding in primiparas: A randomised controlled trial. *Matern Child Nutr* 2020;16:e12948.
120. Patel A, Kuhite P, Puranik A, et al. Effectiveness of weekly cell phone counselling calls and daily text messages to improve breastfeeding indicators. *BMC Pediatr* 2018;18:337.
121. Jerin I, Akter M, Talukder K, et al. Mobile phone support to sustain exclusive breastfeeding in the community after hospital delivery and counseling: A quasi-experimental study. *Int Breastfeed J* 2020;15:1–11.
122. Shakya P, Kunieda MK, Koyama M, et al. Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2017;12:e0177434.
123. Forster DA, McLachlan HL, Davey MA, et al. Ringing up about breastfeeding: A randomised controlled trial exploring early telephone peer support for breastfeeding (RUBY)-trial protocol. *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:177.
124. McLardie-Hore FE, McLachlan HL, Shafiei T, et al. Proactive telephone-based peer support for breastfeeding: A cross-sectional survey of women's experiences of receiving support in the RUBY randomised controlled trial. *BMJ Open* 2020;10:e040412.
125. Ara G, Khanam M, Papri N, et al. Peer counselling improves breastfeeding practices: A cluster randomized controlled trial in urban Bangladesh. *Matern Child Nutr* 2018;14:e12605.
126. Assibey-Mensah V, Suter B, Thevenet-Morrison K, et al. Effectiveness of peer counselor support on breastfeeding outcomes in WIC-enrolled women. *J Nutr Educ Behav* 2019;51:650–657.
127. Buckland C, Hector D, Kolt GS, et al. Interventions to promote exclusive breastfeeding among young mothers: A systematic review and meta-analysis. *Int Breastfeed J* 2020;15:102.
128. Burns ES, Duursma L, Triandafilidis Z. Breastfeeding support at an Australian Breastfeeding Association drop-in service: A descriptive survey. *Int Breastfeed J* 2020;15.
129. Camacho EM, Hussain H. Cost-effectiveness evidence for strategies to promote or support breastfeeding: A systematic search and narrative literature review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2020;20.
130. Clark A, Baker SS, McGirr K, et al. Breastfeeding peer support program increases breastfeeding duration rates among middle- to high-income women. *Breastfeed Med* 2018;13:112–115.
131. Lee YH, Chang GL, Chang HY. Effects of education and support groups organized by IBCLCs in early postpartum on breastfeeding. *Midwifery* 2019;75:5–11.
132. McCoy MB, Geppert J, Dech L, et al. Associations between peer counseling and breastfeeding initiation and duration: An analysis of Minnesota participants in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children (WIC). *Matern Child Health J* 2018;22:71–81.
133. Palmer MJ, Henschke N, Bergman H, et al. Targeted client communication via mobile devices for improving maternal, neonatal, and child health. *Cochrane database Syst Rev* 2020;8:CD013679.
134. Mbuthia F, Reid M, Fichardt A. mHealth communication to strengthen postnatal care in rural areas: A systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:N.PAG-N.PAG.
135. Martinez-Brockman JL, Harari N, Segura-Pérez S, et al. Impact of the lactation advice through texting can help (LATCH) trial on time to first contact and exclusive breastfeeding among WIC participants. *J Nutr Educ Behav* 2018;50:33–42.e1.
136. Martinez-Brockman JL, Harari N, Goeschel L, et al. A qualitative analysis of text message conversations in a breastfeeding peer counselling intervention. *Matern Child Nutr* 2020;16.
137. Almohanna AA, Win KT, Meedya S. Effectiveness of internet-based electronic technology interventions on breastfeeding outcomes: Systematic review. *J Med Internet Res* 2020;22:e17361.
138. Regan S, Brown A. Experiences of online breastfeeding support: Support and reassurance versus judgement and misinformation. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12874.
139. Robinson A, Davis M, Hall J, et al. It takes an E-village: Supporting African American mothers in sustaining breastfeeding through Facebook communities. *J Hum Lact* 2019;35:569–582.
140. Robinson A, Lauckner C, Davis M, et al. Facebook support for breastfeeding mothers: A comparison to offline support and associations with breastfeeding outcomes. *Digit Health* 2019;5.
141. Lebron CN, St. George SM, Eckembrecher DG, et al. “Am I doing this wrong?” Breastfeeding mothers’ use of an online forum. *Matern Child Nutr* 2020;16:e12890.
142. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. “I did a lot of Googling”: A qualitative study of exclusive breastfeeding support through social media. *Women Birth* 2019;32:147–156.
143. Cavalcanti DS, Cabral CS, de Toledo Vianna RP, et al. Online participatory intervention to promote and support exclusive breastfeeding: Randomized clinical trial. *Matern Child Nutr* 2019;15:e12806.
144. Sidhu S, Ma K, Sadovnikova A. Features and educational content related to milk production in breastfeeding apps: Content analysis informed by social cognitive theory. *JMIR Pediatr Parent* 2019;2:e12364.
145. Shieh C, Khan I, Umoren R. Engagement design in studies on pregnancy and infant health using social media: Systematic review. *Prev Med Reports* 2020;19:101113.

Les protocoles de l'ABM expirent cinq ans après leur date de publication. Le contenu de ce protocole est à jour au moment de sa 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.

Auteurs

Adrienne E. Hoyt-Austin, DO, MAS, auteur principal

Laura R. Kair, MD, MAS

Ilse A. Larson, MD

Elizabeth K. Stehel, MD

Membres du comité des protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Elizabeth Stehel, MD, Chair

Lawrence Noble, MD, FABM, Translations Chair

Melissa C. Bartick, MD, MS, FABM

Sarah Calhoun, MD

Laura Kair, MD, MAS, FABM

Susan Lappin, MD, FABM

Ilse Larson, MD

Yvonne LeFort, MD, FABM

Nicole Marshall, MD, MCR

Katrina Mitchell, MD

Susan Rothenberg, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Gina Weissman, DMD

Nancy Wight, MD, FABM

Lori Feldman-Winter, MD, MPH

Adora Okogbule-Wonodi, MD

Michal Young, MD, FABM

Deena Zimmerman, MD, MPH

Correspondence: abm@bfmed.org