

Gestion en péripartum de l'allaitement chez la mère en bonne santé et son enfant né à terme

The Academy of Breastfeeding Medicine - ABM Protocols

Clinical Protocol Number 5 - Peripartum Breastfeeding Management For the Healthy Mother and Infant at Term.
Révision 2013. Holmes AV, A Yerdon McLeod, Bunik M. Breastfeed Med 2013; 8(6): 469-73.

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

Les recommandations et les pratiques hospitalières ont un impact important sur la réussite de l'allaitement (1-10). L'Initiative Hôpital Ami des Bébé a défini 10 Conditions pour le Succès de l'Allaitement, et 20 années de recherches ont maintenant confirmé le fait que « L'obtention du label Hôpital Ami des Bébé est une stratégie dont l'efficacité est démontrée pour augmenter le taux de démarrage de l'allaitement dans les services de maternité. » (1).

Afin d'assurer un bon démarrage de l'allaitement, les services hospitaliers devraient proposer en péripartum un soutien adéquat, des informations et un suivi. Une telle gestion fait partie d'un continuum de suivi et d'éducation qui débute en période prénatale par la promotion de l'allaitement en tant que méthode optimale d'alimentation infantile, et qui inclut des informations sur les bénéfices pour la mère et pour l'enfant. Les principes et pratiques suivants sont recommandés pour le suivi pendant le péripartum en milieu hospitalier.

Recommandations

Le niveau de preuve pour chaque recommandation, tel que défini par les recommandations de la US Preventive Task Force (11) est noté entre parenthèses (I, II-1, II-2, II-3 et III).

Période prénatale

1. Toutes les femmes enceintes doivent recevoir des informations sur les bénéfices de l'allaitement et sur sa pratique, afin de pouvoir faire un choix informé en matière de nutrition infantile (5-10). L'analyse des données scientifiques existantes sur les pratiques qui augmentent le taux de démarrage ou la durée de l'allaitement montre que « les actions combinant une intervention prénatale et post-natale sont plus efficaces que les soins en routine pour augmenter la durée de l'allaitement » (12). Le don d'information et de conseils par un professionnel de santé tôt pendant la grossesse est également recommandé par l'Association Américaine des Obstétriciens et des Gynécologues, dans leur déclaration, qui dit que « Les conseils et les encouragements provenant des gynécologues et obstétriciens sont très importants dans la décision d'allaiter » (6), et que « Des soins centrés sur la famille (partant du principe que l'équipe soignante et la famille sont des partenaires travaillant ensemble pour répondre au mieux aux besoins du patient) permettent le soutien à de bonnes pratiques d'allaitement pendant la vie de tous les membres de la famille » (9 – I, II-1, II-2, II-3, III).
2. Cette information prénatale devrait inclure des informations sur les bénéfices de l'allaitement exclusif débuté dans l'heure qui suit la naissance pour la mère et l'enfant (5). Le matériel à visée éducative produit par les fabricants de formules lactées commerciales n'est pas une source appropriée d'information sur l'alimentation infantile (13, 14 – I, III).
3. Les soins en maternité incluent une évaluation de tous les facteurs médicaux ou physiques susceptibles d'avoir un impact sur la capacité de la mère à allaiter son enfant. Dans certains cas, il pourra être utile d'obtenir une

consultation prénatale avec le médecin qui suivra l'enfant, et/ou avec une consultante en lactation ou un spécialiste, et de préparer un plan de suivi qui sera mis en œuvre au moment de la naissance (6-8). Les femmes auront avantage à participer à des groupes de discussion modérés, à des rencontres prénatales, à des groupes sur la gestion des problèmes, ou d'être référées à une organisation de soutien avant l'accouchement (6-8, 12). Il existe également des données fiables montrant que le soutien par des conseillères appartenant à la population ciblée favorise le démarrage et la poursuite de l'allaitement (15-16 – I, II-3, III).

Le travail et l'accouchement

1. Les femmes pourront bénéficier de la présence continue d'une personne proche (par exemple une doula, un époux ou un partenaire, ou un membre de la famille) pendant le travail et l'accouchement. Il a été montré que la présence d'une doula augmentait le taux de démarrage de l'allaitement et sa durée (17). La prévalence de nombreux facteurs associés au risque de sevrage précoce, incluant la durée moyenne du travail, la nécessité d'une intervention chirurgicale, et la mise en œuvre de techniques antalgiques telles que la péridurale ou d'autres médicaments, est abaissée par la présence d'une doula (18-20 – I, II-2, III).
2. L'analgésie pendant le travail peut également avoir un impact sur l'allaitement, et il est nécessaire de prendre en compte la nature et la dose de l'analgésie (6, 21-23). L'analgésie péridurale, les opiacés en IM, l'administration d'ocytocine, et l'ergométrine, sont des pratiques qui ont toutes été associées à une prévalence plus basse de démarrage de l'allaitement (24 – I, II-2, III).

Le post-partum immédiat

1. Le nouveau-né en bonne santé et à terme peut être donné directement à la mère pour un contact peau à peau jusqu'à la fin de la première tétée. L'enfant peut être séché, son Apgar mesuré et le premier examen physique effectué pendant que l'enfant est avec sa mère. Un tel contact permet à l'enfant de maintenir une stabilité physiologique optimale, de le maintenir au chaud, et de lui donner des opportunités pour la première tétée (10, 25-29). Un contact peau à peau extensif peut augmenter la durée totale d'allaitement et celle de l'allaitement exclusif (27-35). Retarder les procédures telles que la pesée, la mesure, l'administration de vitamine K et la prophylaxie oculaire et le premier bain (jusqu'à 6 heures après la naissance) favorise l'interaction parents-enfant (10, 36). Les nourrissons doivent être mis contre le sein aussi rapidement que possible après la naissance en fonction de l'état clinique de la mère et de l'enfant, afin de permettre une première prise du sein rapide, idéalement dans l'heure qui suit la naissance (28, 31-35). La première mise au sein doit survenir en salle de naissance ou en salle de réveil, et toutes les mères devraient être informées sur la pratique adéquate d'allaitement (5, 10, 31, 37-41 – I, II-2, II-3, III).
2. La mère et le bébé doivent rester ensemble 24 heures sur 24, afin d'augmenter les opportunités de création du lien, et pour un démarrage optimal de l'allaitement. Dans toute la mesure du possible, la mère et son bébé doivent rester ensemble pendant le séjour à l'hôpital (10, 30, 35, 42-45). Afin d'éviter les séparations inutiles, les évaluations effectuées sur l'enfant en post-partum immédiat et par la suite seront, dans l'idéal, faites dans la chambre de la mère. Il a été constaté que les mères peuvent se reposer tout aussi bien et que la qualité de leur sommeil est la même, que leur enfant soit avec elles ou qu'il soit placé en nurserie pendant la nuit (42-44 – II-1, II-2, II-3, III).
3. Les informations données sur les avantages de la cohabitation 24 heures sur 24 encouragent les parents à la mettre en œuvre comme pratique hospitalière courante pour eux et leur bébé. Une équipe soignante qualifiée doit prendre le temps d'être disponible pour évaluer et surveiller le statut de l'enfant et son alimentation pendant que le bébé est dans la chambre de ses parents (5, 10, 41, 45-46 – I, II-3, III).
4. Les femmes pourront avoir besoin de l'aide des professionnels de santé pour vérifier qu'elles mettent correctement leur bébé au sein dans une bonne position. Celles qui ont accouché par césarienne pourront avoir besoin de davantage d'aide de la part de l'équipe soignante afin d'allaiter dans une position confortable. Un observateur entraîné devrait évaluer le bon déroulement de l'allaitement au moins toutes les 8-12 heures après l'accouchement et jusqu'à la sortie de la mère et de l'enfant. Dans les pays où le séjour en maternité peut durer jusqu'à une semaine, cette évaluation sera poursuivie jusqu'à constatation de la réussite du démarrage de l'allaitement (1, 10). Le suivi en péripartum de la dyade devrait évaluer et noter la position de l'enfant au sein, sa prise du sein, le transfert de lait, la prise de poids du bébé, l'apparition d'un ictère, ainsi que tous les problèmes rapportés par la mère tels que des douleurs aux mamelons ou l'impression de ne pas avoir assez de lait. Les recommandations en vigueur dans le service concernant l'allaitement doivent être évaluées avec soin afin de voir si elles sont efficaces et si elles représentent les meilleures pratiques (38-41). Certains nourrissons sont somnolents pendant les premières 24 heures. Pendant le second jour, les nourrissons pour qui l'allaitement

- se passe bien seront nourris à la demande. La fréquence des tétées va de 8 à 12 ou plus par jour, avec un minimum de 8 tétées par jour. Limiter la durée des tétées n'est pas nécessaire et peut avoir un impact néfaste sur l'établissement d'une production lactée adéquate. Les enfants cessent habituellement spontanément de téter ou s'endorment lorsqu'ils sont rassasiés (I, II-2, II-3, III).
5. Les bébés allaités ne devraient pas recevoir de suppléments sauf indication médicale (10, 13, 47-49). Le don de suppléments peut empêcher l'établissement d'une production lactée suffisante, et avoir un impact négatif sur l'allaitement (par exemple retard de la montée de lait, engorgement). Les suppléments peuvent modifier la flore intestinale des nourrissons, les sensibiliser à des allergènes (en fonction de la nature des suppléments donnés et de la méthode utilisée pour les donner), interférer avec la création du lien mère-enfant, et ils peuvent interférer avec la prise de poids du bébé (14, 47-49). Il n'y a aucune raison de supplémenter en routine les nourrissons non déshydratés avec de l'eau pure ou dextrosée, et cette pratique pourrait contribuer à l'hyperbilirubinémie (50). Avant de commencer à donner quelque supplément que ce soit, il est important qu'un professionnel de santé qualifié dans le domaine de la lactation effectue une évaluation détaillée de la mère et du bébé, avec observation directe d'une tétée (14 – I, II-2, III).
 6. L'utilisation d'une sucette pendant la période néonatale devrait être prudente. Des recherches plus anciennes montraient que l'utilisation d'une sucette en période néonatale avait un impact négatif sur la durée de l'allaitement exclusif et la durée totale de l'allaitement (51, 52), tandis qu'une récente méta-analyse de la Cochrane Database concluait que l'utilisation d'une sucette chez des enfants allaités nés à terme, à partir de la naissance ou lorsque l'allaitement était bien démarré, n'avait pas d'impact significatif sur la prévalence et la durée de l'allaitement exclusif ou la durée totale d'allaitement pendant les 5 premiers mois (53). D'autres études récentes suggèrent que la relation entre les sucettes, l'allaitement et la supplémentation est plus complexe que ce que l'on croyait (54 – I).
 7. Dans l'ensemble, les infections aiguës, les fièvres sans cause diagnostiquée et les infections courantes du post-partum chez la mère ne sont pas des contre-indications à l'allaitement, dans la mesure où ces conditions peuvent être contrôlées et traitées. Les enfants ne devraient pas être allaités en cas de tuberculose active non traitée, ou d'herpès en cas de lésions mammaires (55-57). En cas d'infection maternelle par le VIH, l'OMS spécifie que « les autorités nationales de chaque pays décident des pratiques qui doivent être recommandées par les services de santé publique, comme par exemple l'allaitement avec un traitement antirétroviral pour limiter le risque de transmission, ou le non-allaitement » (55). Une varicelle survenant en péripartum chez la mère pourra nécessiter la séparation de la mère et de l'enfant, limitant les mises au sein, mais le lait maternel exprimé pourra être utilisé (10). Outre les maladies infectieuses, lister toutes les contre-indications n'est pas du domaine de ce document, mais des sources fiables d'information sur le sujet sont disponibles, et comprennent des informations sur les médicaments et les produits radioactifs (56-63 - III).
 8. Tous les enfants allaités devraient être vus par un professionnel de santé 3-5 jours après la naissance, ou 48-72 heures après la sortie de maternité, afin d'évaluer l'état de santé de l'enfant et le succès du démarrage de l'allaitement (10, 64-66). En fonction de la durée d'hospitalisation ou du pays, les pratiques en post-partum peuvent varier. Par exemple, au Japon et en Australie, la mère et l'enfant restent en maternité 4-5 jours, en Grande-Bretagne les mères sont visitées à domicile par des puéricultrices pendant environ 10 jours (I, III). Le soutien par des conseillères paires peut également être proposé, et il a été démontré efficace pour favoriser le succès de l'allaitement (16, 46 – I, I-2).

Problèmes et complications

1. Les dyades mère-enfant à risque pour les problèmes d'allaitement devraient être identifiées rapidement afin de recevoir l'assistance nécessaire. Une consultation avec un spécialiste en matière de gestion de l'allaitement pourra être utile dans les situations suivantes (liste non limitative) :
 - a) Demande de la mère / anxiété
 - b) Echec d'un allaitement précédent
 - c) La mère a des mamelons plats / rétractés
 - d) La mère a des antécédents de chirurgie mammaire
 - e) Naissance multiple (jumeaux, triplés et plus, grandes multipares)
 - f) Enfant légèrement prématuré (37-38 6/7 semaines de gestation) ou prématuré (< 37 semaines de gestation)
 - g) Le nourrisson a un problème congénital, une anomalie neurologique, ou un autre problème médical qui affecte sa capacité à téter
 - h) La mère ou l'enfant présente un problème médical nécessitant la suspension de l'allaitement, ou l'expression du lait

- i) Constatation, après les premières tétées, de l'existence d'un problème de démarrage de l'allaitement (tel que mauvaise prise du sein, bébé somnolent, etc.).
 - j) Hyperbilirubinémie
2. Lorsque la mère sort rapidement de maternité (avant 48 heures), il est nécessaire que l'existence d'un problème d'allaitement soit identifiée rapidement afin de tirer un maximum de bénéfices du séjour en maternité (64). La recommandation d'un suivi étroit est particulièrement importante pour les dyades sorties rapidement de maternité.
 3. Si un nourrisson a besoin d'être transféré dans une unité de pédiatrie néonatale ou de néonatalogie de haut niveau, des mesures doivent être prises pour maintenir la lactation chez la mère. Dans toute la mesure du possible, le mieux est de transférer la mère en pédiatrie néonatale ou en soins intensifs avec son enfant. Si l'allaitement n'est pas possible, on pourra prendre des mesures pour que le nouveau-né soit nourri avec du lait humain. On devrait montrer aux mères comment maintenir leur lactation en tirant leur lait avec un tire-lait ou manuellement lorsqu'elles sont séparées de leur bébé (5, 10). Des données semblent montrer que la production lactée pourrait être plus importante lorsque la mère utilise un tire-lait électrique qu'avec uniquement l'expression manuelle (67, 68). La combinaison de l'expression manuelle et avec un tire-lait (69) pourrait optimiser la production lactée (I, I-2, III).
 4. Si un enfant ne tète pas régulièrement et efficacement au sein au moment de la sortie de la maternité, il faudra montrer à la mère comment maintenir sa production lactée en tirant son lait avec un tire-lait ou manuellement, et vérifier que la mère arrive à vider ses seins efficacement avant qu'elle sorte de maternité (67, 68). La nécessité éventuelle de donner des suppléments à l'enfant devra être envisagée, et en particulier la nature du complément donné et la méthode avec laquelle il sera donné. Tout le lait que la mère pourra exprimer devrait être donné à son bébé, et le don d'autres compléments ne sera envisagé que si la mère a une production lactée insuffisante. L'alimentation à la tasse pourra aider à préserver l'allaitement chez les bébés qui auront besoin de recevoir des suppléments à plusieurs reprises en raison de la possibilité d'une confusion sein-tétine ou d'une préférence pour le biberon (52). La mère et son enfant pourront avoir besoin d'être référés à un professionnel compétent en matière de suivi de l'allaitement pour recevoir de l'aide et du soutien.

Recommandations pour les futures recherches

1. La controverse persiste sur l'impact des médicaments administrés pendant l'accouchement sur l'allaitement. D'autres études sont nécessaires pour évaluer l'impact des divers médicaments disponibles sur l'allaitement, à court et à long terme.
2. Malgré les données montrant que retarder les interventions sur le nouveau-né en post-partum a un impact bénéfique sur l'allaitement, de nombreux règlements hospitaliers continuent encore à exiger que l'enfant soit immédiatement pesé, mesuré, qu'il reçoive de la vitamine K, une prophylaxie oculaire, et un premier bain, pratiques qui interfèrent avec le contact peau à peau précoce et continu, et avec le démarrage de l'allaitement. Une mise en œuvre large et/ou des études multicentriques pourraient être nécessaires pour arriver à modifier les pratiques hospitalières si ces constatations persistent.
3. Les relations entre la sucette et l'allaitement sont plus complexes que constatées au départ. Davantage de recherches sont nécessaires pour évaluer l'impact des sucettes sur les problèmes d'allaitement à court terme, et à long terme sur la durée de l'allaitement.
4. Dans la mesure où de plus en plus de services adoptent les 10 Conditions et reçoivent le label Hôpital Ami des Bébé, il est nécessaire de continuer à collecter des données concernant chacune des pratiques périnatales, afin de déterminer lesquelles sont les plus importantes pour obtenir le résultat souhaité en matière d'allaitement.

Remerciements

Ce travail a été financé en partie par une subvention du Maternal and Child Health Bureau, Département Américain de la Santé et des Services Humains.

Références

1. Holmes AV. Establishing successful breastfeeding in the newborn period. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:147–168.

2. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. www.unicef.org/programme/breastfeeding/baby.htm (accessed October 31, 2013).
3. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): A cluster-randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA* 2001;285:413–420.
4. 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.
5. World Health Organization, UNICEF, Wellstart International. Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, Updated and Expanded for Integrated Care. 2009. www.unicef.org/nutrition/files/BFHI_2009_s1.pdf (accessed October 31, 2013).
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians; Committee on Health Care for Underserved Women. Committee Opinion No. 570: Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013; 122:423–428.
7. Rotundo G. Centering pregnancy: The benefits of group prenatal care. *Nurs Womens Health* 2011;15:508–517.
8. Caine VA, Smith M, Beasley Y, et al. The impact of prenatal education on behavioral changes toward breast feeding and smoking cessation in a healthy start population. *J Natl Med Assoc* 2012;104:258–264.
9. American Academy of Family Physicians. Family Physicians Supporting Breastfeeding, Position Paper. www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html (accessed October 31, 2013).
10. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827–e841.
11. Appendix A Task Force Ratings. Guide to Clinical Preventive Services: Report of the U.S. Preventive Services Task Force. 2nd edition. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430 (accessed October 31, 2013).
12. Chung M, Raman G, Trikalinos T, et al. Interventions in primary care to promote breastfeeding: An evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2008;149:565–582.
13. Howard CR, Howard FM, Lawrence RA, et al. The effect on breastfeeding of physicians' office-based prenatal formula advertising. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
14. Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM clinical protocol #3: Hospital guidelines for the use of supplementary feedings in the healthy term breastfed neonate, revised 2009. *Breastfeed Med* 2009;4:175–182. Erratum in: *Breastfeed Med* 2011;6:159.
15. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Review: Breastfeeding peer counseling: From efficacy through scale-up. *J Hum Lact* 2010;26:314–332.
16. 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.
17. Kozhimannil KB, Attanasio LB, Hardeman RR, et al. Doula care supports near-universal breastfeeding initiation among diverse, low-income women. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:378–382.
18. Hodnett E, Gates, S, Hofmeyr G, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
19. Nommsen-Rivers LA, Mastergeorge AM, Hansen RL, et al. Doula care, early breastfeeding outcomes, and breastfeeding status at 6 weeks postpartum among low-income primiparae. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009;38:157–173.
20. Mottl-Santiago J, Walker C, Ewan J, et al. A hospital-based doula program and childbirth outcomes in an urban, multicultural setting. *Matern Child Health J* 2008;12:372–377
21. Beilin Y, Bodian CA, Weiser J, et al. Effect of labor epidural analgesia with and without fentanyl on infant breastfeeding. A prospective, randomized, double-blind study. *Anesthesiology* 2005;103:1211–1217.
22. Gizzo S, DiGangi S, Saccardi C, et al. Epidural analgesia during labor: Impact on delivery outcome, neonatal well-being, and early breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012;7:262–268.
23. Montgomery A, Hale TW; Academy of Breastfeeding Medicine. ABM clinical protocol #15: Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother, revised 2012. *Breastfeed Med* 2012;7:547–553.
24. Jordan S, Emery S, Watkins A, et al. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: Analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG* 2009;116:1622–1629.
25. Christensson K, Siles C, Moreno L, et al. Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta Paediatr* 1992; 81:488–493.
26. Marin-Gabriel MA, Llana-Martin I, Lopez-Escobar A, et al. Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: Effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatr* 2010; 99:1630–1634.
27. Mikiel-Kostyra K, Mazur J, Bołtruszko I, et al. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: A prospective cohort study. *Acta Paediatr* 2002;91: 1301–1306.
28. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, et al. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD003519.
29. Bramson L, Lee JW, Moore E, et al. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010;26:130–137.

30. Bystrova K, Widstrom AM, Matthiesen AS, et al. Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomized trial in St. Petersburg. *Int Breastfeed J* 2007;2:9.
31. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after Cesarean to improve breastfeeding. *Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324; quiz 325–326.
32. DiGirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Heim SB. Effect of maternity-care practices on breastfeeding. *Pediatrics* 2008; 122(Suppl 2):S43–S49.
33. Mahmood I, Jamal M, Khan J. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surgeons Pakistan* 2011;21:601–605.
34. Thukral A, Sankar MJ, Agarwal R, et al. Early skin-to-skin contact and breast-feeding behavior in term neonates: A randomized controlled trial. *Neonatology* 2012;102:114–119.
35. Murray EK, Ricketts S, Dellaport J. Hospital practices that increase breastfeeding duration: Results from a population-based study. *Birth* 2007;34:202–211.
36. Preer G, Pisegna JM, Cook JT, et al. Delaying the bath and in-hospital breastfeeding rates. *Breastfeed Med* 2013;8:485–490.
37. Righard L, Alade MO. Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet* 1990;336:1105–1107.
38. Righard L, Alade MO. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth* 1992;19:185–189.
39. Cordova do Espirito Santo L, Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER. Factors associated with low incidence of exclusive breastfeeding for the first 6 months. *Birth* 2007;34: 212–219.
40. Henderson A, Stamp G, Pincombe J. Postpartum positioning and attachment education for increasing breastfeeding: A randomized trial. *Birth* 2001;28:236–242.
41. Kervin BE, Kemp L, Pulver LJ. Types and timing of breast-feeding support and its impact on mothers' behaviours. *J Paediatr Child Health* 2010;46:85–91.
42. Keefe MR. The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *J Obstet Gynecol Neonat Nurs* 1988;17:122–126.
43. Waldenstrom U, Swenson A. Rooming-in at night in the postpartum ward. *Midwifery* 1991;7:82–89.
44. 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.
45. Perez-Escamilla R, Pollitt E, Lonnerdal B, et al. Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: An analytical overview. *Am J Public Health* 1994;84:89–97.
46. Renfrew MJ, McCormick FM, Quinn WA, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
47. Bystrova K, Matthiesen AS, Widstrom AM, et al. The effect of Russian maternity home routines on breastfeeding and neonatal weight loss with special reference to swaddling. *Early Hum Dev* 2007;83:29–39.
48. Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, et al. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. *Acta Paediatr* 1994;83:1122–1126.
49. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, et al. Baby-Friendly Hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics* 2012;130:54–60.
50. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
51. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, et al. Pacifiers and breastfeeding: A systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2009;163:378–382.
52. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111: 511–518.
53. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, et al. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;7: CD007202.
54. Kair LR, Kenron D, Etheredge K, et al. Pacifier restriction and exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2013;131:e1101–e1107.
55. www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241599535/en/ (accessed October 30, 2013).
56. Lawrence RM. Circumstances when breastfeeding is contraindicated. *Pediatr Clin North Am* 2013;60:295–318.
57. Lawrence RA, Lawrence RM. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*, 7th ed. Elsevier/Mosby, Philadelphia, 2011.
58. Sachs HC; Committee on Drugs. The transfer of drugs and therapeutics into human breast milk: An update on selected topics. *Pediatrics* 2013;132:e796–e809.
59. Toxnet: Toxicology Data Network. Drugs and Lactation Database (LactMed). <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT> (accessed October 31, 2013).
60. Hale TW. *Medications and Mothers' Milk*, 15th ed. Pharmasoft, Amarillo, TX, 2012.

61. Webb JA, Thomsen HS, Morcos SK, et al. The use of iodinated and gadolinium contrast media during pregnancy and lactation. *Eur Radiol* 2005;15:1234–1240.
62. Chen MM, Coakley FV, Kaimal A, et al. Guidelines for computed tomography and magnetic resonance imaging use during pregnancy and lactation. *Obstet Gynecol* 2008;112:333–340.
63. American Thyroid Association Taskforce on Radioiodine Safety, Sisson JC, Freitas J, et al. Radiation safety in the treatment of patients with thyroid diseases by radioiodine 131 I: Practice recommendations of the American Thyroid Association. *Thyroid* 2011;21:335–346.
64. Academy of Breastfeeding Medicine Clinical Protocol Committee. ABM clinical protocol #2 (2007 revision): Guidelines for hospital discharge of the breastfeeding term newborn and mother: “the going home protocol.” *Breastfeed Med* 2007;2:158–165.
65. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS. Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005; 115:e139–e146.
66. American Academy of Pediatrics Committee on the Fetus and Newborn. Hospital stay for healthy term newborns. *Pediatrics* 2010;125:405–409.
67. Becker GE, Cooney F, Smith HA. Methods of milk expression for lactating women. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (12):CD006170.
68. Flaherman VJ, Gay B, Scott C, et al. Randomized trial comparing hand expression with breast pumping for mothers of term newborns feeding poorly. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2012;97:F18–F23.
69. Morton J, Hall JY, Wong RJ, et al. Combining hand techniques with electric pumping increases milk production in mothers of preterm infants. *J Perinatol* 2009;29:757–764.

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.

Le Comité pour les Protocoles de l’Academy of Breastfeeding Medicine

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson

Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-Chairperson

Larry Noble, MD, FABM, Translations Chairperson

Nancy Brent, MD

Amy E. Grawey, MD

Alison V. Holmes, MD, MPH, FABM

Ruth A. Lawrence, MD, FABM

Tomoko Seo, MD, FABM

Julie Scott Taylor, MD, MSc, FABM