

Promotion de l'allaitement dans le cadre prénatal

Clinical Protocol # 19 – Breastfeeding promotion in the prenatal setting.
Revision 2015. Breastfeed Med 2015; 10(10) ; 451-6.

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.

Contexte

L'allaitement permet une nutrition optimale du bébé, et il est la norme physiologique pour les mères et les enfants (1-4). Les femmes enceintes prennent souvent une décision vis-à-vis de l'allaitement tôt pendant leur grossesse, et certaines ont même décidé si elles allaient allaiter avant la conception (5-7). Les encouragements et les informations provenant des professionnels de santé ont pour résultat une augmentation du taux d'allaitement et de sa durée (8-16). Pourtant, les professionnels de santé surestiment systématiquement la quantité et l'adéquation des informations et du soutien que les femmes enceintes reçoivent (7-24). Bien que ce protocole se focalise sur la période prénatale, des programmes ou des interventions qui incluent la période préconceptionnelle ainsi que les périodes périnatale et post-natale devraient être envisagés très sérieusement, car ils pourraient avoir un impact positif important sur la durée de l'allaitement et son exclusivité (8, 10, 25-27).

La qualité des preuves pour chaque recommandation (niveau de qualité I, II-1, II-2, II-3 et III), fondée sur les recommandations de la US Preventive Services Task Force Appendix A Task Force Rating (28), est notée entre parenthèses dans ce protocole.

Recommandations

1. Créer une consultation et une communauté amies de l'allaitement

A. Cabinet médical ami de l'allaitement (9)

- Le médecin dirigeant doit être impliqué dans chacune des étapes suivantes, en coopération avec une équipe multidisciplinaire qui inclut d'autres professionnels de santé et paramédicaux (par exemple incluant mais non limités aux médecins, infirmières, sages-femmes, assistants médicaux, spécialistes variés en lactation / consultant(e)s en lactation, en particulier lorsque leur expertise est nécessaire, nutritionnistes, doulas, formateurs en santé et en lactation, et soutien par les pairs).
- L'équipe doit être formée dans le domaine de la promotion, la protection et le soutien à l'allaitement.
- Avoir un règlement écrit pour faciliter ce soutien (9 – III).
- Les documents et échantillons fournis par l'industrie des laits pour nourrissons ne doivent pas être utilisés, car il a été démontré que cette publicité abaisse la prévalence de démarrage de l'allaitement et en raccourcit la durée. De plus, cela constitue une violation du Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel de l'OMS (29-33 – I, II-2, II-3, III).
- Des informations sur les intentions maternelles concernant l'allaitement devraient être notées dans tous les documents médicaux utilisés pour suivre la femme (ou la mère ou la patiente), incluant les dossiers de suivi prénatal, le dossier hospitalier, et le rapport de sortie de maternité.

- Créer des espaces amis de l'allaitement dans les locaux des cabinets médicaux, incluant des espaces sécurisés, propres et confortables, permettant aux patientes et aux membres du personnel de tirer leur lait, ainsi que des posters et des illustrations encourageant l'allaitement. Pour davantage de détails, voir le protocole #14 de l'Academy of Breastfeeding Medicine sur le cabinet médical ami de l'allaitement (9 – III).

B. Communauté amie de l'allaitement

- Des interventions communautaires ont remporté des succès significatifs pour améliorer les statistiques d'allaitement (34-38 – I, II-1, II-2, III).
- Rechercher les partenariats avec des organisations locales et régionales, afin d'optimiser les services et le soutien des patientes (par exemple organisations locales, régionales et nationale pour les mères et les enfants, les groupes de La Leche League, les travailleurs dans le domaine de la santé communautaire, les services de santé, les maternités et les centres de naissance, les organisations à but non lucratif, les programmes de conseillères paires, les programmes de distribution alimentaire tels que le WIC aux États-Unis, et les programmes de visite à domicile des mères).
- Connaître les communautés et les professionnels locaux chargés du soutien à l'allaitement, et comprendre les services qu'ils proposent. Tenir à jour une liste des sources de soutien, et la mettre à la disposition des femmes pendant leur grossesse.
- Envisager la possibilité d'un programme de visites prénatales à domicile, en particulier dans les zones et les populations mal desservies, et s'assurer que les personnes responsables de ce programme sont correctement formées (34, 36, 39-46 – I, II-1, III).

2. Prendre en compte la culture spécifique des femmes, des familles et des communautés

- Se renseigner sur la structure familiale et communautaire des patientes. Le soutien social, ou son absence, pourra jouer un rôle important dans les décisions concernant l'alimentation infantile chez de nombreuses femmes, en particulier les adolescentes (7, 47 – I, II-2).
- Comprendre le point de vue et les convictions du compagnon et des personnes soutien qui sont susceptibles d'avoir un impact sur l'allaitement, et les informer lorsque c'est approprié (45, 48-51). Prêter attention à la dynamique du genre, et cibler des interventions comportementales (telles que l'information, le conseil, le partage des tâches domestiques) pourra augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement (48 – I, II-2, III).
- Dans certaines cultures, s'assurer la coopération d'un membre important de la famille pourra grandement favoriser la promotion de l'allaitement (51 – I).
- Veiller à ce que les parents de diverses cultures comprennent l'importance de l'allaitement exclusif pour la croissance et le développement de leurs enfants (51 – I). Le niveau d'acculturation et d'assimilation des populations immigrées doit être pris en compte et respecté dans le cadre du choix de la famille en matière d'alimentation infantile (52 – I).
- Respecter les croyances culturelles et les tabous associés à la lactation, s'adapter à ces convictions culturelles pour faciliter un allaitement optimal, tout en informant avec délicatesse et respect sur les traditions qui sont susceptibles d'avoir un impact négatif sur l'allaitement (52, 53 – I, II-1).
- Prodiger toutes les informations et conseils dans la langue maternelle de la femme dans toute la mesure du possible, et s'assurer de son degré d'alphabétisation si nécessaire. Des dessins et des photos pédagogiques peuvent également être utilisés lorsque l'illettrisme est un problème.
- Comprendre les obstacles à l'allaitement liés au temps, à la reprise d'un travail, aux difficultés économiques ou aux obstacles socioculturels, et travailler à les surmonter avec les familles.
- Être conscient du rôle des convictions culturelles personnelles du médecin lors des interactions avec les patients (2 - III).

3. Envisager des approches comportementales et psycho-éducatives pour le soutien à l'allaitement

- Le sentiment d'efficacité et la confiance en sa capacité d'allaiter jouent un rôle important dans la décision maternelle d'allaiter, sur la durée de l'allaitement exclusif, et sur la durée totale de l'allaitement (50, 54-57 – I, II-2).
- Le conseil cognitiviste-comportemental, les modèles fondés sur la théorie cognitive-sociale, sur les compétences, les interventions fondées sur la tenue d'un cahier ou sur des groupes de développement personnel peuvent être envisagés, et se sont avérés efficaces pour améliorer les pratiques d'allaitement (7, 52, 58-64 – I, II-1, II-2).

- Chaque fois que c'est possible, les professionnels de santé devraient utiliser des techniques favorisant la motivation et l'auto-efficacité lorsqu'ils discutent de l'allaitement, par exemple :
 1. Encourager la femme enceinte à faire le point sur ses connaissances et sur ses raisons pour allaiter : « Que savez-vous sur l'allaitement ? » et « Pour quelles raisons souhaitez-vous allaiter votre bébé ? ».
 2. L'aider à réfléchir sur les obstacles : « Avez-vous réfléchi aux moyens qui vous permettraient d'atteindre votre objectif ? », ou
 3. L'aider à associer l'allaitement avec d'autres succès dans sa vie : « Est-ce qu'il y a d'autres domaines dans votre vie où vous avez réussi à atteindre l'objectif que vous vous étiez fixé ? » (64, 65 – II-3)
- Envisager de renforcer le don d'informations en période prénatale sur les problèmes du post-partum (saignements, modifications de l'humeur, douleur, perte des cheveux, incontinence, coliques du nourrisson, allaitement, etc.) et sur les opportunités de soutien social et d'autogestion, dans la mesure où des études qualitatives montrent une préparation insuffisante des mères (66), et que ce type d'intervention comportementale avait augmenté la durée de l'allaitement dans une minorité (67 – I, III).

4. Intégrer la promotion, l'information et le soutien à l'allaitement dans le suivi prénatal

- Le soutien à l'allaitement devrait débiter activement en période préconceptionnelle (68), ou aussi rapidement que possible pendant le suivi prénatal, et ne pas cacher que le don d'une formule lactée commerciale présente des risques (2). Envisager une déclaration telle que « En tant que votre médecin, je veux que vous sachiez que je soutiens l'allaitement. L'alimentation avec une formule lactée commerciale présente de nombreux risques pour la santé des bébés et des mères. ». (I, III)
- L'inscription des souhaits de la mère dans un dossier médical électronique pourrait être utilisée pour améliorer la cohérence des informations données par le professionnel de santé (69, 70 – I, III)
- Envisager fortement d'intégrer un soutien et le don d'informations par un(e) consultant(e) en lactation travaillant dans le cabinet médical effectuant le suivi prénatal (71), dans la mesure où l'on a constaté que cela pouvait augmenter la durée de l'allaitement et son exclusivité (69, 70, 72 – I, III).
- Envisager fortement de proposer un soutien prénatal de groupe, ou de mettre la femme en contact avec un programme de groupe prénatal de soutien, dans la mesure où ces groupes peuvent avoir un impact positif sur le démarrage de l'allaitement (73, 74 – I, II-3).
- Actuellement, il n'existe pas de données permettant de déterminer avec fiabilité quel rôle les informations sur Internet peuvent jouer dans le soutien à l'allaitement (75). Toutefois, de nombreuses mères rechercheront des informations sur Internet, et pourront trouver des sites qui sont mal suivis sur le plan médical, et qui comportent des erreurs. Les femmes devraient être dirigées vers des sources fiables d'informations online, telles que le site de l'OMS sur l'allaitement (<http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/> - II-2).
- Envisager l'utilisation de nouvelles approches technologiques, telles que l'information via les réseaux et messageries des téléphones mobiles, dans la mesure où une étude préliminaire internationale suggère que cette approche augmente la durée et l'exclusivité de l'allaitement (76, 77 – I).

5. Recueillir un historique détaillé des antécédents d'allaitement dans le cadre des antécédents prénatals (2, 9, 78 – III)

- Pour chaque enfant, se renseigner sur l'allaitement, la durée de l'allaitement exclusif, la durée totale de l'allaitement, les sources de soutien pendant l'allaitement, les bénéfices et les difficultés perçus par la mère, et les raisons du sevrage.
- Chez les femmes qui n'ont pas allaité, envisager de les interroger sur leur perception des avantages de l'alimentation avec une formule lactée commerciale comme sur leur perception de ses désavantages. Leur demander ce qui aurait pu les aider à allaiter leur enfant précédent.
- Il est également important de déterminer les facteurs médicaux familiaux qui pourront rendre l'allaitement particulièrement utile pour l'enfant (comme les antécédents d'asthme, d'eczéma, de diabète et d'obésité) et/ou pour la mère (comme l'obésité, le diabète, la dépression, et le cancer du sein ou des ovaires – 1-3 – I).

6. Inclure l'allaitement en tant que composante importante du premier examen des seins en période prénatale (79 – II-3)

- Observer si le développement et l'anatomie des seins sont normaux.
- Noter si les antécédents ou l'examen physique suggèrent qu'une femme enceinte est à haut risque de problèmes d'allaitement (comme l'échec de l'allaitement d'un enfant précédent, la prise chronique de

médicaments ou de suppléments, une infertilité, une chirurgie mammaire, un traumatisme crânien ou une irradiation du torse, des violences domestiques ; un examen clinique montrant des mamelons plats ou rétractés, ou suggérant une hypoplasie glandulaire, ou une obésité ; des antécédents ou des signes cliniques suggérant un diabète, un problème thyroïdien, ou un syndrome des ovaires polykystiques – 1 – I).

- Si l'historique ou l'examen clinique suggèrent un risque élevé de problèmes d'allaitement, envisager la possibilité d'une consultation avec un professionnel spécialisé dans la lactation, ou avec un(e) consultant(e) en lactation (IBCLC si possible – 1, 2 – I).

7. Discuter d'allaitement à chaque visite prénatale (1, 2 – I)

- Envisager l'utilisation du Best Start 3-Step Counseling Strategy (64, 79) pour :
- Encourager un dialogue ouvert sur l'allaitement en commençant par poser des questions ouvertes.
- Souligner les sentiments de la patiente.
- Apporter une information ciblée (64, 80 – II-2, II-3).
- Aborder les questions et dissiper les idées fausses à chaque visite.
- Fournir des informations sur la sécurité des médicaments pendant la grossesse et l'allaitement.
- Envisager l'utilisation d'une série de matériel d'information dans le cabinet médical, tel que « Ready, Set, Baby » (www.tinyurl.com/readyssetbaby), qui inclut du matériel pour les patientes et des conseils pour les éducateurs.

Pendant le premier trimestre

- En l'absence de contre-indications, recommander clairement l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois, puis la poursuite de l'allaitement parallèlement à l'introduction des solides pendant 1-2 ans, ou aussi longtemps que souhaité par la mère et l'enfant. Le simple fait d'émettre cette recommandation s'est avéré efficace pour augmenter les taux d'allaitement (81, II-2).
- Inclure les compagnons et les personnes servant de soutien, et les informer sur les bénéfices de l'allaitement pour les mères et les bébés (82 – II-2).
- Aborder les principaux obstacles connus, tels que le manque de confiance en soi, l'embarras, les contraintes de temps et sociales, les questions alimentaires et de santé, le manque de soutien social, les questions sur la reprise du travail et le placement de l'enfant dans un système de garde, et la crainte de la douleur (65, 79 – I, II-3). Prendre en compte le fait que la société et le mode de vie peuvent avoir un impact particulièrement important chez les adolescentes (7, 45 – I), les femmes obèses (83, 84 – I) et les femmes des minorités (25, 37, 44, 47, 85 – I, II-2, II-3, III).

Pendant le second trimestre

- Encourager les femmes à identifier les personnes pouvant servir de modèle sur le plan de l'allaitement en parlant avec la famille, les amis et les collègues qui ont réussi à allaiter.
- Recommander à la mère et à son compagnon d'assister à une séance d'information sur l'allaitement, à une réunion de soutien de mère à mère et/ou à des groupes de soutien prénatal en plus des informations reçues par le biais de la consultation (73, 74, 85-90 – I, II-1, II,3).
- Revoir les connaissances de base sur l'allaitement, comme l'importance de l'allaitement exclusif, la loi de l'offre et de la demande, l'allaitement à la demande, la fréquence des tétées, les signes de faim et de satiété, l'intérêt d'éviter les tétines jusqu'à ce que l'enfant tète bien, et l'importance d'une bonne prise du sein.
- La mère qui doit reprendre un travail ou des études après la naissance sera encouragée à réfléchir sur les installations dont elle pourra disposer pour tirer et conserver son lait, quel délai elle aura avant de reprendre le travail, et de quelles législation et réglementations elle disposera pour la soutenir (1, 2 – III).
- Encourager les mères à obtenir le soutien d'une assistante formée au soutien pendant l'accouchement (doula) pour le travail, la naissance et les soins prénatals, dans la mesure où cela améliore significativement le déroulement de l'allaitement (90, 91 – I).

Pendant le troisième trimestre

- Envisager l'utilisation de poupées et autres accessoires pour montrer comment mettre correctement le bébé au sein, ainsi que les positions d'allaitement les plus courantes, telles que la position de biological nurturing, la position assise classique, la position croisée, ou en « ballon de rugby » (92 – I).
- Revoir la physiologie du démarrage de l'allaitement, et l'impact du don de suppléments (1, 2, 65 – II-3, III).
- Recommander l'achat d'un soutien-gorge d'allaitement adapté, et de vêtements qui faciliteront l'allaitement tout en étant culturellement appropriés.

- Encourager l'assistance à une autre réunion d'un groupe de soutien, dans la mesure où les intérêts et les objectifs de la mère à ce stade peuvent être différents de ceux qu'elle avait plus tôt dans la grossesse (3, 26, 32, 36, 79 – I, II-3).
- Revoir les diverses options pour la gestion de la douleur pendant le travail, et leur possible impact sur l'allaitement, dans la mesure où certains médicaments contre la douleur peuvent avoir un impact négatif sur le démarrage de l'allaitement (93-95 – I, III).
- Discuter de l'importance d'une mise précoce en peau à peau après la naissance (quel que soit le mode d'accouchement) et pendant le post-partum pour un démarrage optimal de l'allaitement, et pour la santé générale du nouveau-né (93, 96-98 – I, II-3). Discuter de la physiologie de la première mise au sein, incluant le « ramper vers le sein », et comment faciliter ce comportement en salle de naissance (99, 100 – III).
- Recommander à la mère de discuter du suivi médical de son enfant et du soutien à l'allaitement avec son pédiatre (101 - I).
- Souligner la nécessité d'un suivi précoce en post-partum s'il existe la moindre raison de penser que la femme, son enfant ou les deux ont un risque élevé de problème d'allaitement.
- Encourager les femmes et leur famille à avoir une expérience d'accouchement favorisant le démarrage de l'allaitement.
- Informer les femmes sur les 10 Conditions pour le succès de l'allaitement, et sur les moyens de demander des soins en maternité qui soient amis de l'allaitement (101 – I).
- Discuter du soutien à l'allaitement en cas d'accouchement par césarienne (96-98 – I, II-3).
- Encourager la mère à demander l'aide d'un spécialiste en lactation pendant le séjour en maternité et/ou rapidement après la sortie, en particulier s'il existe des difficultés d'allaitement.
- Recommander que l'enfant soit vu par un professionnel de santé rapidement après la sortie de maternité, pour s'assurer de la bonne santé de l'enfant et du déroulement optimal de l'allaitement (III), en particulier lorsque la mère et son enfant sont sortis à 1-3 jours post-partum.
- Veiller à ce que la mère ait un système adéquat de soutien en place pendant le post-partum, et qu'elle sait comment obtenir de l'aide.
- Apporter des conseils préventifs sur des sujets tels que l'engorgement, les tétées fréquentes, et les tétées nocturnes.

Recommandation pour les futures recherches

- Bien que de nombreuses études aient fait état de l'efficacité d'interventions prénatales spécifiques, des études sur leur rapport coût/efficacité sont nécessaires pour déterminer lesquelles, parmi ces interventions, devraient être les plus encouragées dans la pratique clinique de routine.
- Des études sont nécessaires sur le rapport coût/efficacité des actions nécessaires pour rendre une consultation médicale amie de l'allaitement.
- Des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact des interventions prénatales dans des populations variées, comme par exemple des femmes de niveaux socioéconomiques et d'origines ethniques variés. Par exemple, le résultat des études sur les pères ou les compagnons varie de façon significative suivant le lieu géographique ; les facteurs socioculturels affectant l'impact de ces interventions nécessitent des études.
- Des études sont nécessaires pour évaluer le rôle de la technologie (dossiers médicaux électroniques, textos sur les mobiles, ressources et réseaux online, etc.) pour améliorer le déroulement de l'allaitement et le vécu des mères.
- De nombreuses études ont été publiées ces 5 dernières années sur les interventions prénatales, avec un succès substantiel. Des recherches translationnelles devraient être menées pour évaluer la mise en œuvre et la promotion de l'allaitement chez les organisations de professionnels de santé, les organisations communautaires, et les systèmes politiques.

Remerciements

Ce travail a été financé en partie par un don du Bureau de la Santé Maternelle et Infantile, Département de la Santé et des Services Humains des États-Unis.

Références

1. Eidelman A, Schanler R. AAP executive summary: Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:600–603.
2. AAFP Breastfeeding Advisory Committee. Position paper: Breastfeeding, family physicians supporting. Updated 2014. Available at www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-support.html (accessed November 2, 2015).
3. 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;(153):1–186.
4. Horta B, Victora C. Long-Term Effects of Breastfeeding: A Systematic Review. Geneva: World Health Organization, 2013.
5. Izatt SD. Breastfeeding counseling by health care providers. *J Hum Lact* 1997;13:109–113.
6. Gurka KK, Hornsby PP, Drake E, et al. Exploring intended infant feeding decisions among low-income women. *Breastfeed Med* 2014;9:377–384.
7. Wambach KA, Aaronson L, Breedlove G, et al. A randomized controlled trial of breastfeeding support and education for adolescent mothers. *West J Nurs Res* 2011;33: 486–505.
8. Guise JM, Palda V, Westhoff C, et al. The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med* 2003;1:70–78.
9. Grawey AE, Marinelli KA, Holmes AV. ABM clinical protocol #14: Breastfeeding-friendly physician's office: Optimizing care for infants and children, revised 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:237–242.
10. Mansbach IK, Palti H, Pevsner B, et al. Advice from the obstetrician and other sources: Do they affect women's breast feeding practices? A study among different Jewish groups in Jerusalem. *Soc Sci Med* 1984;19:157–162.
11. Hannula L, Kaunonen M, Tarkka MT. A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *J Clin Nurs* 2008;17:1132–1143.
12. Lu MC, Lange L, Slusser W, et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290–295.
13. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics* 2004;113:e283–e290.
14. Taveras EM, Capra AM, Braveman PA, et al. Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003;112:108–115.
15. Mekuria G, Edris M. Exclusive breastfeeding and associated factors among mothers in Debre Markos, Northwest Ethiopia: A cross-sectional study. *Int Breastfeed J* 2015;10:1.
16. Jahan K, Roy SK, Mhrshahi S, et al. Short-term nutrition education reduces low birthweight and improves pregnancy outcomes among urban poor women in Bangladesh. *Food Nutr Bull* 2014;35:414–421.
17. Cross-Barnet C, Augustyn M, Gross S, et al. Long-term breastfeeding support: Failing mothers in need. *Matern Child Health J* 2012;16:1926–1932.
18. Pound CM, Williams K, Grenon R, et al. Breastfeeding knowledge, confidence, beliefs, and attitudes of Canadian physicians. *J Hum Lact* 2014;30:298–309.
19. Demirci JR, Bogen DL, Holland C, et al. Characteristics of breastfeeding discussions at the initial prenatal visit. *Obstet Gynecol* 2013;122:1263–1270.
20. Archabald K, Lundsberg L, Triche E, et al. Women's prenatal concerns regarding breastfeeding: Are they being addressed? *J Midwifery Womens Health* 2011;56:2–7.
21. Szucs KA, Miracle DJ, Rosenman MB. Breastfeeding knowledge, attitudes, and practices among providers in a medical home. *Breastfeed Med* 2009;4:31–42.
22. Miracle DJ, Fredland V. Provider encouragement of breastfeeding: Efficacy and ethics. *J Midwifery Womens Health* 2007;52:545–548.
23. Dusdieker LB, Dungy CI, Losch ME. Prenatal office practices regarding infant feeding choices. *Clin Pediatr (Phila)* 2006;45:841–845.
24. Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics* 2004;113:e405–e411.
25. Wong KL, Tarrant M, Lok KY. Group versus individual professional antenatal breastfeeding education for extending breastfeeding duration and exclusivity: A systematic review. *J Hum Lact* 2015;31:354–366.
26. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: A systematic review of prenatal and postnatal interventions. *J Hum Lact* 2001;17:326–343.
27. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, et al. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;5:CD001141.
28. Appendix A Task Force Ratings. Guide to clinical preventive services: Report of the U.S. Preventive Services

- Task Force, 2nd ed. Available at www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK15430/ (accessed November 2, 2015).
29. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95:296–303.
 30. Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, et al. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(2):CD002075.
 31. Rosenberg KD, Eastham CA, Kasehagen LJ, et al. Marketing infant formula through hospitals: The impact of commercial hospital discharge packs on breastfeeding *Am J Public Health* 2008;98:290–295.
 32. 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.
 33. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes, 1981, Resolution WHA34.22. Available at www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf (accessed September 10, 2015).
 34. Memon ZA, Khan GN, Soofi SB, et al. Impact of a community-based perinatal and newborn preventive care package on perinatal and neonatal mortality in a remote mountainous district in Northern Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:106.
 35. Brunton G, O'Mara-Eves A, Thomas J. The 'active ingredients' for successful community engagement with disadvantaged expectant and new mothers: A qualitative comparative analysis. *J Adv Nurs* 2014;70:2847–2860.
 36. Lassi ZS, Das JK, Salam RA, et al. Evidence from community level inputs to improve quality of care for maternal and newborn health: Interventions and findings. *Reprod Health* 2014;11(Suppl 2):S2.
 38. Muhajarine N, Ng J, Bowen A, et al. Understanding the impact of the Canada Prenatal Nutrition Program: A quantitative evaluation. *Can J Public Health* 2012;103(7Suppl 1):eS26–eS31.
 39. Edwards RC, Thullen MJ, Korfmacher J, et al. Breastfeeding and complementary food: Randomized trial of community doula home visiting. *Pediatrics* 2013;132(Suppl 2):S160–S166.
 40. Khan AI, Hawkesworth S, Ekstrom EC, et al. Effects of exclusive breastfeeding intervention on child growth and body composition: The MINIMat trial, Bangladesh. *Acta Paediatr* 2013;102:815–823.
 41. Karp SM, Howe-Heyman A, Dietrich MS, et al. Breastfeeding initiation in the context of a home intervention to promote better birth outcomes. *Breastfeed Med* 2013;8:381–387.
 42. Kirkwood BR, Manu A, ten Asbroek AH, et al. Effect of the Newhints home-visits intervention on neonatal mortality rate and care practices in Ghana: A cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2013;381:2184–2192.
 43. Ochola SA, Labadarios D, Nduati RW. Impact of counselling on exclusive breast-feeding practices in a poor urban setting in Kenya: A randomized controlled trial. *Public Health Nutr* 2013;16:1732–1740.
 44. Gogia S, Sachdev HS. Home visits by community health workers to prevent neonatal deaths in developing countries: A systematic review. *Bull World Health Organ* 2010;88:658–666B.
 45. Ingram J, Johnson D. Using community maternity care assistants to facilitate family-focused breastfeeding support. *Matern Child Nutr* 2009;5:276–281.
 46. Sandy JM, Anisfeld E, Ramirez E. Effects of a prenatal intervention on breastfeeding initiation rates in a Latina immigrant sample. *J Hum Lact* 2009;25:404–411.
 47. Apostolakis-Kyrus K, Valentine C, DeFranco E. Factors associated with breastfeeding initiation in adolescent mothers. *J Pediatr* 2013;163:1489–1494.
 48. Kraft JM, Wilkins KG, Morales GJ, et al. An evidence review of gender-integrated interventions in reproductive and maternal-child health. *J Health Commun* 2014;19(Suppl 1):122–141.
 49. Chapman DJ, Perez-Escamilla R. Breastfeeding among minority women: Moving from risk factors to interventions. *Adv Nutr* 2012;3:95–104.
 50. Inoue M, Binns CW, Otsuka K, et al. Infant feeding practices and breastfeeding duration in Japan: A review. *Int Breastfeed J* 2012;7:15.
 51. Clifford J, McIntyre E. Who supports breastfeeding? *Breastfeed Rev* 2008;16:9–19.
 52. Schlickau JM. Prenatal Breastfeeding Education: An Intervention for Pregnant Immigrant Hispanic Women. Lincoln, NE: University of Nebraska Medical Center, 2005.
 53. Bevan G, Brown M. Interventions in exclusive breastfeeding: A systematic review. *Br J Nurs* 2014;23:86–89.
 54. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women Birth* 2010;23:135–145.
 55. Otsuka K, Dennis CL, Tatsuoka H, et al. The relationship between breastfeeding self-efficacy and perceived insufficient milk among Japanese mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008;37:546–555.
 56. Blyth R, Creedy DK, Dennis CL, et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: An application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth* 2002;29:278–284.
 57. Hundalani SG, Irigoyen M, Braitman LE, et al. Breastfeeding among inner-city women: From intention before delivery to breastfeeding at hospital discharge. *Breastfeed Med* 2013;8:68–72.
 58. Sikander S, Maselko J, Zafar S, et al. Cognitive-behavioral counseling for exclusive breastfeeding in rural pediatrics: A cluster RCT. *Pediatrics* 2015;135:e424–e431.

59. Hildebrand DA, McCarthy P, Tipton D, et al. Innovative use of influential prenatal counseling may improve breastfeeding initiation rates among WIC participants. *J Nutr Educ Behav* 2014;46:458–466.
60. Otsuka K, Taguri M, Dennis CL, et al. Effectiveness of a breastfeeding self-efficacy intervention: Do hospital practices make a difference? *Matern Child Health J* 2014;18:296–306.
61. Nichols J, Schutte NS, Brown RF, et al. The impact of a self-efficacy intervention on short-term breast-feeding outcomes. *Health Educ Behav* 2009;36:250–258.
62. Olenick P. The Effect of Structured Group Prenatal Education on Breastfeeding Confidence, Duration and Exclusivity to Twelve Weeks Postpartum [PhD thesis]. Toronto: Toronto University International, 2006.
63. Kronborg H, Maimburg RD, Vaeth M. Antenatal training to improve breast feeding: A randomised trial. *Midwifery* 2012;28:784–790.
64. Best Start Social Marketing. Using Loving Support to Implement Best Practices in Peer Counseling. Updated 2004. Available at www.nal.usda.gov/wicworks/Learning_Center/research_brief.pdf (accessed July 3, 2015).
65. Hartley BM, O'Connor ME. Evaluation of the 'Best Start' breast-feeding education program. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996;150:868–871.
66. Martin A, Horowitz C, Balbierz A, et al. Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Matern Child Health J* 2014;18:707–713.
67. Howell EA, Bodnar-Deren S, Balbierz A, et al. An intervention to extend breastfeeding among black and Latina mothers after delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2014;210:239–248.
68. Dean SV, Lassi ZS, Imam AM, et al. Preconception care: Closing the gap in the continuum of care to accelerate improvements in maternal, newborn and child health. *Reprod Health* 2014;11(Suppl 3):S1.
69. Andaya E, Bonuck K, Barnett J, et al. Perceptions of primary care-based breastfeeding promotion interventions: Qualitative analysis of randomized controlled trial participant interviews. *Breastfeed Med* 2012;7:417–422.
70. Bonuck K, Stuebe A, Barnett J, et al. Effect of primary care intervention on breastfeeding duration and intensity. *Am J Public Health* 2014;104(Suppl 1):S119–S127.
71. Committee on Health Care for Underserved Women, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 361: Breastfeeding: Maternal and infant aspects. *Obstet Gynecol* 2007;109:479–480.
72. Hartman S, Barnett J, Bonuck K. Implementing international board-certified lactation consultants' intervention into routine care: Barriers and recommendations. *Clin Lact* 2012;3–4:131–137.
73. Ickovicks JR, Kershaw TS, Westdahl C. Group prenatal care and perinatal outcomes: A randomized, controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110:330–339.
74. Tanner-Smith E, Steinka-Fry K, Lipsey M. Effects of CenteringPregnancy group prenatal care on breastfeeding outcomes. *J Midwifery Womens Health* 2013;58:389–395.
75. Giglia R, Binns C. The effectiveness of the internet in improving breastfeeding outcomes: A systematic review *J Hum Lact* 2014;30:156–160.
76. Gallegos D, Russell-Bennett R, Previte J, et al. Can a text message a week improve breastfeeding? *BMC Pregnancy Childbirth* 2014;14:374.
77. Flax VL, Negerie M, Ibrahim AU, et al. Integrating group counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a microcredit program increases Nigerian women's adherence to international breastfeeding recommendations. *J Nutr* 2014;144:1120–1124.
78. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. *Breastfeeding Handbook for Physicians*, 2nd ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2013, p. 337.
79. Issler H, de Sa MB, Senna DM. Knowledge of newborn health care among pregnant women: Basis for promotional and educational programs on breastfeeding. *Sao Paulo Med J* 2001;119:7–9.
80. Humenick SS, Hill PD, Spiegelberg PL. Breastfeeding and health professional encouragement. *J Hum Lact* 1998;14:305–310.
81. Lu MC, Lange L, Slusser W, et al. Provider encouragement of breast-feeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001;97:290–295.
82. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004;20:367–379.
83. Martin J, MacDonald-Wicks L, Hure A, et al. Reducing postpartum weight retention and improving breastfeeding outcomes in overweight women: A pilot randomised controlled trial. *Nutrients* 2015;7:1464–1479.
84. Chapman DJ, Morel K, Bermudez-Millan A, et al. Breastfeeding education and support trial for overweight and obese women: A randomized trial. *Pediatrics* 2013;131:e162–e170.
85. Pitcock N. Evaluation of an Initiative to Increase Rates of Exclusive Breastfeeding Among Rural Hispanic Immigrant Women [PhD thesis]. Charlottesville, VA: University of Virginia, 2013.
86. Reifsnider E, Eckhart D. Prenatal breastfeeding education: Its effect on breastfeeding among WIC participants. *J Hum Lact* 1997;13:121–125.

87. Wong KL, Fong DY, Lee IL, et al. Antenatal education to increase exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2014;124:961–968.
88. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD006425.
89. Chapman DJ, Damio G, Perez-Escamilla R. Differential response to breastfeeding peer counseling within a low-income, predominantly Latina population. *J Hum Lact* 2004;20:389–396.
90. Chapman DJ, Damio G, Young S, et al. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: A randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:897–902.
91. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;7:CD003766.
92. Duffy EP, Percival P, Kershaw E. Positive effects of an antenatal group teaching session on postnatal nipple pain, nipple trauma and breast feeding rates. *Midwifery* 1997;13:189–196.
93. Holmes AV, McLeod AY, Bunik M. ABM clinical protocol #5: Peripartum breastfeeding management for the healthy mother and infant at term, revision 2013. *Breastfeed Med* 2013;8:469–473.
94. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion: Breastfeeding in underserved women: Increasing initiation and continuation of breastfeeding. *Obstet Gynecol* 2013;122:423–428.
95. 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.
96. 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.
97. Hung KJ, Berg O. Early skin-to-skin after cesarean to improve breastfeeding. *MCN Am J Matern Child Nurs* 2011;36:318–324.
98. Mahmood I, Jamal M, Khan N. Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: A randomized controlled trial. *J Coll Physicians Surg Pak* 2011;21:601–605.
99. Henderson A. Understanding the breast crawl: Implications for nursing practice. *Nurs Womens Health* 2011;15:296–307.
100. Klaus M. Mother and infant: Early emotional ties. *Pediatrics* 1998;102(5 Suppl E):1244–1246.
101. Loh NR, Kelleher CC, Long S, et al. Can we increase breast feeding rates? *Ir Med J* 1997;90:100–101.

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.

Comité pour les protocoles

Kathleen A. Marinelli, MD, FABM, Chairperson
 Maya Bunik, MD, MSPH, FABM, Co-chairperson
 Larry Noble, MD, FAMB, Protocols Committee
 Translations Chairperson
 Nancy Brent, MD
 Cadey Harrel, MD
 Ruth A. Lawrence, MD, FABM
 Kate Naylor, MBBS, FRACGP
 Sarah Reece-Stremtan, MD
 Casey Rosen-Carole, MD, MPH
 Tomoko Seo, MD, FABM
 Rose St. Fleur, MD
 Michal Young, MD